वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीची देयके तपासणी व
मंजूरीसाठी जमाबंदी आयुक्त कार्यालयास सादर करताना करावयाची परिगणना व करावयाच्या कागदपत्रांच्या (Cheek list)पुर्ततेबाबत

जमाबंदी आयुक्त आणि संचालक भूमि अभिलेख, महाराष्ट्र राज्य,पुणे
(लेखा विभाग)
क्रमांक: लेखा-३/वैद्यकीय देयके/प्रतिपूर्ती/२०१८
दिनांक १३/८/२०१८ | ५५१

परिपत्रक :

महाराष्ट्र शासन,सार्वजनिक आरोग्य विभाग, शासन निर्णय क्रमांक : वैखप्र-२०१५/ प्र.क्र.१८४/ २०१५/ राकावि-२, दिनांक १४ जानेवारी २०१६ अन्वये शासकीय कर्मचा-यांच्या **वैद्यकीय** खर्चाच्या प्रतिपूर्ती प्ररणाबाबत जमाबंदी आयुक्त आणि संचालक, भूमि अभिलेख, महाराष्ट्र राज्य, पुणे यांचे वित्तीय अधिकारात वाढ करुन त्याची मर्यादा रक्कम रुपये ३,००,०००/- पर्यत वाढविण्यात आली आहे.

तसेच, महाराष्ट्र शासन महसूल व वन विभाग शासन निर्णय क्रमांक : वैखप्र-२०१५/प्र.क्र.२५/ई-११, दिनांक ३० नोव्हेंबर २०१६ अन्वये रक्कम रुपये ३,००,०००/-पेक्षा जास्त रकमेच्या वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती मंजूर करण्याचे प्रशासीय विभागास असलेले अधिकार जमाबंदी आयुक्त आणि संचालक भूमि अभिलेख, महाराष्ट्र राज्य,पुणे यांना प्रदान करणेत आलेले आहेत.

उपरोक्त दिनांक १४ जानेवारी २०१६ व ३० नोव्हेंबर २०१६ अन्वयेचे शासन निर्णयानुसार सर्व विभागातील प्राप्त होणारी रकम रुपये ३,००,०००/-पर्यंतची तसेच ३,००,०००/-चे वरील सर्व वैद्यकीय खर्चाची देयके छाननी व मंजुरीसाठी प्राप्त होतात.

त्याअनुषंगाने सार्वजनिक आरोग्य विभाग यांचेकडील निर्णय क्रमांक: बैठक २०१३/प्र.क्र.३५३/१३/ राकावि-२, दिनांक ०४ एप्रिल २०१४ चे शासन निर्णयानुसार वैद्यकीय खर्चाच्या प्रतिपूर्ती संदर्भात वैद्यकीय देयकांचा वाजवी खर्च निश्चित करण्यासाठी शासन स्तरावर समिती गठीत करणेत आली आहे. त्याच धर्तीवर विभागीय स्तरावर जमाबंदी आयुक्त आणि संचालक भूमि अभिलेख,महाराष्ट्र राज्य,पुणे यांचे दिनांक ६/६/२०१७ चे टिपणी मान्यतेनुसार या कार्यालयाचे आदेश क्रमांक लेखा-३/वै.प्र.देयके/समिती गठीत/२०१७, दिनांक ८/६/२०१७ अन्वये वैद्यकीय देयके छाननी व मंजुरी समिती स्थापन करणेत आलेली आहे.

दर महिन्यात या कार्यालयाचे अधिनस्त असलेली सर्व उपसंचालक भूमि अभिलेख, सर्व जिल्हा अधीक्षक भूमि अभिलेख व त्यांचे अधिनस्त सर्व कार्यालयांकडून प्राप्त होणा-या वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ती देये मंजूरीसाठी मा.जमाबंदी आयुक्त आणि संचालक भूमि अभिलेख, महाराष्ट्र राज्य पुणे यांचे अध्यक्षतेखालील समितीसमोर छाननी करणेत येते. संबंधित अधिनस्त कार्यालयाकडून प्राप्त होणा-या वैद्यकीय देयकांनमध्ये अनेक प्रकारच्या तृटी आढळून येतात. त्यामुळे अशी देयके मंजुर होत नाहीत. वैद्यकीय देयके प्रतिपूर्तीसाठी या कार्यालयाचे स्तरावर प्रलंबित राहतात. त्यान्वये भाग १ ते ४ मध्ये देयकांची छाननी करणेची आहे. वैद्यकीय देयके तपासणी व मंजूरी देणेसाठी या कार्यालयाच्या स्तरावर स्तरावर भाग १,२,३ व ४ तसेच भाग-२(प्रमाणपत्र/ प्रतिज्ञापत्रामध्ये)१ ते २९ मुद्दयांची तपासणी सूची (Check List) महाकोषवरील वित्त विभागाच्या मार्गदर्शक सूचनेप्रमाणे करणेत आलेली आहे. तसेच परिगणना करणेकामी महाराष्ट्र शासन सार्वजनिक आरोग्य विभाग,

दा. ता. १८ / ८ /२०१८

का.अ.ले.

शासन निर्णय क्रमांक एमएजी २००५/९/प्र.क्र.१/ आरोग्य-३,दिनांक १९ मार्च,२००५ मध्ये मार्गदर्शक सूचना देणेत आलेल्या आहेत, त्याप्रमाणे या कार्यालयास वैद्यकीय देयक सादर करताना परिगणना करावी व कागदपत्रांची पुर्तता करुन या कार्यालयास सादर करण्याची दक्षता घ्यावी.

वैद्यकीय देयक प्रतिपूर्तीसाठी देयक या कार्यालयास सादर करताना खालील बाबींची पूर्तता करण्यात यावी :-

१) भाग -१ (जिल्हाअधिकारी कार्यालयाचा अहवाल व जिल्हा शल्य चिकीत्सक प्रमाणपत्र)
२) भाग -२ (अ.क्र.१ ते २९) (प्रमाणपत्र / प्रतिज्ञापत्र)
३) भाग -३ परिगणना तक्ता
४) भाग -४ आंतररुग्ण कालावधीतील औषधोपचाराच्या पावत्यांचा तक्ता
(अ.क्र.१ ते ४ नमुना व तद्नुषंगिक नमुने सोबत जोडले आहे.)

उपरोत शासन निर्णयानुसार कार्यवाही करुन सदर परिपत्रक कार्यालय प्रमुख यांनी सर्व अधिकारी/ कर्मचारी यांचे निदर्शनास आणुन द्यावे. त्याचप्रमाणे सर्व कार्यालयांनी या कार्यालयाकडे वैद्यकीय देयके सादर करण्याची दक्षता घ्यावी.

स्वाक्षरी -xxx
(एस्. चोक्कलिंगम्)
जमाबंदी आयुक्त आणि संचालक,
भूमि अभिलेख (महाराष्ट्र राज्य)पुणे

प्रति,
उपसंचालक भूमि अभिलेख, संलग्न जमाबंदी आयुक्त (सर्वसाधारण)/ (भूमापन)/(नागरी भूमापन)/(एकत्रीकरण) यांना माहितीस्तव
१) स्वीय सहाय्यक ,सर्व जमाबंदी आयुक्त कार्यालय, पुणे यांना माहितीस्तव
२) उपसंचालक भूमि अभिलेख, सर्व यांना माहितीस्तव
३) जिल्हा अधीक्षक भूमि अभिलेख,सर्व यांना माहितीस्तव
२. आपले सर्व अधिनस्त कार्यालयांना वरील परिपत्रकाप्रमाणे कार्यवाही करणेबाबत सुचना द्याव्यात.
५) कार्यालय अधीक्षक, सर्व यांना माहितीस्तव

" निर्गमित "
13/8/
(कविता द्विवेदी)
उपसंचालक भूमि अभिलेख,संलग्न
जमाबंदी आयुक्त (सर्वसाधारण)पुणे

भाग १

(संबंधित कार्यालयाचा अहवाल व जिल्हा शल्य चिकित्सक प्रमाणपत्र)

१. संबंधित कार्यालयाचा अहवाल हा परिपुर्ण व स्वयंस्पष्ट असावा. अहवालामध्ये रुग्णाचे नाव ,पद, कार्यालय तसेच रुग्णालयाचे नाव, रुग्णालय शासीय मान्यताप्राप्त आहे किंवा खाजगी, आंतररुग्ण कालावधी,झालेल्या खर्चाची रक्कम,(विहीत तक्त्यानुसार) व शासन निर्णय,सार्वजनिक आरोग्य विभाग, दिनांक १९/०३/२००५ अन्वये प्रत्येक खर्चाची स्वतंत्रपणे परिगणना करुन आलेली रक्कम, जिल्हा शल्य चिकत्सक प्रमाणपत्राचा उल्लेख इ. बाबी स्पष्ट नमुद असणे आवश्यक आहे.

२. रुग्णाच्या आजाराचे स्वरुप, सदर अजार षासनाच्या विनिर्दिष्ट आकस्मिक/ गंभीर आजाराच्या यादीतील क्रमांक व त्याबाबतचे जिल्हा शल्य चिकित्साचे/ अधिष्ठाता यांचे प्रमाणपत्र सादरकरावे.सदर जिल्हा शल्य चिकित्सक प्रमाणपत्रामध्ये रुग्णाचे नाव, आंतररुग्ण कालावधी, वैद्यकीय देयकाची रक्कम, आजाराचा क्रमांक व आजाराचे नाव सार्वजनिक आरोग्य विभाग, दिनांक १९/३/२००५ च्या सहपत्रानुसार स्पष्ट लिहिलेले असावे.

अ.क्र.	माहितीचा तपशिल	तपशिलानुसार माहिती
१	रुग्णाचे नाव	
२	पद	
३	कार्यालयाचे नाव	
४	रुग्णालयाच नाव	
५	रुग्णालय शासकीय मान्यताप्राप्त आहे किंवा खाजगी	
६	आंतररुग्ण कालावधी	
७	खर्चाची रक्कम	
८	शासन निर्णय सार्वजनिक आरोग्य विभाग, दि.१९/३/२००५ अन्वये प्रत्येक खर्चाची स्वतंत्रपणे परिगणना	
९	जिल्हा शल्य चिकित्सकांचे प्रमाणपत्र	

उपरोक्त नमूद मुद्दयानुसार सदर कार्यालयाचा परिपूर्ण अहवाल व जिल्हा शल्य चिकित्सक प्रमाणपत्र सादर करण्यात येत आहे व ते बरोबर आहे

(सक्षम प्राधिका-यांची सही व शिक्का)

भाग २

(प्रमाणपत्र / प्रतिज्ञापत्र)

अ.क्र.	प्रमाणपत्र / प्रतिज्ञापत्र	पृष्ठ क्रमांक	अभिप्राय
१	संबंधित अधिकारी / कर्मचारी यांनी विहीत नमुन्यात् (परिशिष्ट १) अर्ज केला आहे किंवा कसे ?		
२	वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीचा दावा विहित कालावधीत केला आहे किंवा कसे त्याबाबतचे संबंधित कार्यालयाचे प्रमाणपत्र		
३	वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्तीचा दावा विहित मुदतीत सादर केला नसल्यास त्याबाबतचे स्पष्टीकरण		
४	जिल्हा शल्य चिकित्सक यांचे प्रमाणपत्र		
	परिशिष्ट - २		
६	FORM – B		
७	FORM –C (आजाराची आकस्मिकता)		
८	FORM – D (खर्चाचे प्रमाणपत्र)		
९	औषधोपचारातील औषधामध्ये मद्यार्क अथवा अन्न पदार्थ नसल्याचे संबंधित रुग्णालयाचे प्रमाणपत्र		
१०	रुग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला		
११	Nursing Certificate		
१२	विशेष परिचर्या प्रमाणपत्र		
१३	पत्नी/ कुटुंबातील इतर कोणीही व्यक्ती शासकीय/निम शासकीय नोकरी करीत आहेत किंवा कसे ? याबाबतचे प्रमाणपत्र व आई,वडील व अवलंबित भाऊ/बहिण यांच्या वैद्यकीय प्रतिपूर्तीचा प्रस्ताव असल्यास ते निवृत्तीवेतनधारक आहेत किंवा कसे,निवृत्ती वेतनधारक असल्यास निवृत्तीवेतनाची रक्कम किती आहे ?		
१४	हमीपत्र व कोणत्याही कंपनीकडून/शासकीय/निमशासकीय संस्थेकडून विमा/मदत घेतले नसल्याबाबतचे प्रमाणपत्र.		
१५	कुटूंब मर्यादित असल्याचे प्रमाणपत्र		
१६	खर्चाचे प्रमाणपत्र व रुग्ण मागणी कर्त्यावर अवलंबून असल्यास त्याबाबतचे प्रमाणपत्र		
१७	कुटुंबाचा तपशिल		

अ.क्र.	प्रमाणपत्र / प्रतिज्ञापत्र	पृष्ठ क्रमांक	अभिप्राय
१८	अपघात प्रकरणी प्रमाणपत्र		
१९	न्यायालयीन प्रकरण		
२०	वैद्यकीय खर्चास अग्रिम दिले अथवा नाही ? याचे कार्यालयाचे प्रमाणपत्र		
२१	कुटुंबाचा तपशील बाबत सेवापस्तकातील नमुना ३ ची नोंद		
२२	खाजगी रुग्णालयात किंवा राज्याबाहेरीत रुग्णालयात उपचार घेण्याचे कारण व त्या समर्थनाथ कार्यालयाचे अभिप्राय		
२३	प्रसूतीचे देयक असल्यास, गर्भधारणेनंतर तीन महिन्यात शासकीय रुग्णलयात नाव नोंदविल्याबाबतचे प्रमाणपत्र		
२४	महिला अधिकारी / कर्मचा-यांसाठी प्रमाणपत्र		
२५	परिशिष्ट-६ केवळ मधुमेह झालेल्या रु.गांवर उपचार केले असताना द्यावयाचे प्रमाणपत्र		
२६	Discharg Card/ Discharge Summary		
२७	सादर केलेल्या वैद्यकीय प्रतिपुर्तीच्या देयकातील सर्व बिलांची छाननी/ परिगणना केली असता ती अचुक/ बरोबर असल्याची संबंधित कार्यालयाचे प्रमाणपत्र		
२८	रजा मंजूरी आदेश		
२९	अधिकारी/ कर्मचारी शासन सेवेत रुजू झालेबाबत सेवापुस्तकाची साक्षांकीत प्रत		

(सक्षम प्राधिका-यांची सही व शिक्का)

भाग-३

परिगणना तक्ता

अधिकारी / कर्मचा-यांचे नाव व पदनाम -

रुग्णाचे नाव व नात -

रुग्णालयाचे नाव -

आंतरुग्ण कालावधी -

अ.क्र.	खर्चाची बाब	रक्कम	वगळावयाची खर्चाचीबाब	वगळावयाची रक्कम	प्रतिपूर्ती पात्र रक्कम (३-५)	प्रतिपूर्ती दर (%)	प्रतिपूर्ती योग्य रक्कम
१	२	३	४	५	६	७	८
१	औषधोपचारावरील खर्च		I. ii. iii. iv.				
२	वास्तव्यावरील खर्च १)जनरल वार्ड (सर्वसामान्य कक्ष) २) जनरल वार्डच्या (सर्वसाधारण कक्षाच्या)बाजूचा बाथरुम नसलेला कक्ष ३) बाथरुमसह स्वतंत्र कक्ष ४) बाथरुमसह डबल बेडेड कक्ष ५) बाथरुमसह वातानुकुलित कक्ष ६) अतिदक्षता कक्ष (I.C.U.)						

(सक्षम प्राधिका-यांची सही व शिक्का)

भाग-४

आंतररुग्ण कालावधीतील औषधोपचाराच्या पावत्यांचा तक्ता

अ.क्र.	पावती क्रमांक	दिनांक	रक्कम	शेरा	पान नंबर
१					
२					
३					
४					
५					
६					
७					
८					
९					
१०					
एकूण रक्कम					
परिगणना रक्कम					

सर्व औषधोपचाराच्या औषधांच्या आंतररुग्ण कालावधीतील पावत्या वरीलप्रमाणे अनुक्रमोने लावलेल्या आहेत व त्या प्रमाणित केलेल्या आहेत.

टिप :-
१) औषधांच्या पावत्या जाड प्रतीच्या कागदावर अनुक्रमाने चिकटविणे.
२) औषधांच्या प्रत्येक पावतीवर संबंधित कर्मचा-याने Paid by me लिहून स्वाक्षरी करावी.
३) रुग्णालयाची देयके सोबत जोडावीत.
४) रुग्णालय रक्कम ५,०००/- चे वर असलेस रुपये १/- Revenue Stamp वर संबंधित कर्मचारी यांनी Paid by me व स्वाक्षरी करावी..

(सक्षम प्राधिका-यांची सही व शिक्का)