

मध्यप्रदेश शासन
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
मंत्रालय
आदेश

भोपाल, दिनांक / /2016

क्रमांक एफ 9-02/2016/सत्रह/मेडि-3 :: राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन द्वारा संचालित राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत मोबाईल हेल्थ टीम द्वारा 0 से 18 वर्ष के समस्त बच्चों को स्क्रीनिंग कर 4-D के धनात्मक पाए जाने पर उन्हें निःशुल्क उपचार प्रदान किया जाना है। जन्मजात विकृति एवं अन्य चिहांकित बीमारी हेतु चिहांकित मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों में जहां इनका उपचार संभव है। भारत शासन द्वारा चिहांकित बीमारी हेतु प्रोसीजर कोड अनुसार मॉडल कॉस्टिंग पैकेज निर्धारित किया गया है। हृदय रोग एवं श्रवण बाधित बच्चों का उपचार मुख्यमंत्री बाल हृदय योजना एवं मुख्यमंत्री बाल श्रवण योजना के अंतर्गत ही दिए गए निर्देशानुसार कराया जाना है। शेष बीमारी के चिहांकित बच्चों के उपचार हेतु निम्नानुसार निर्देश जारी किए जाते हैं :-

पात्रता :- 0 से 18 वर्ष के चिहांकित समस्त बच्चे इस योजना के अंतर्गत पात्र हितग्राही होंगे। जिनकी बीमारी हेतु प्रोसीजर कोड अनुसार मॉडल कॉस्टिंग पैकेज में राशि भारत शासन द्वारा स्वीकृत है। इसके अतिरिक्त राशि देय नहीं होगी।

योजना के अंतर्गत उपचार हेतु पात्र संस्थान :-

- प्रदेश एवं देश के समस्त शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय।
- राज्य स्तर से प्रदेश के तथा प्रदेश के बाहर के मान्यता प्राप्त निजी चिकित्सालय।
- प्रदेश के बाहर के एन.ए.बी.एच. मान्यता प्राप्त चिकित्सालय जिनकी मान्यता राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन द्वारा जारी की गई है।
- जिला स्तर पर ई.एन.टी. सर्जरी हेतु एवं विकासखण्ड स्तर पर दंत चिकित्सा उपचार हेतु मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी द्वारा प्रेषित अनुशंसा पर एन.एच.एम. द्वारा जिन चिकित्सालयों की स्वीकृति जारी की गई हो।
- प्रदेश के समस्त जिला चिकित्सालय।

उपरोक्त चिकित्सालय निम्न शर्त पर चिहांकित बच्चों का निर्धारित मॉडल कॉस्टिंग पैकेज के अंतर्गत उपचार करेंगे :-

- मान्यता प्राप्त चिकित्सालय आर.बी.एस.के. के अंतर्गत निर्धारित मॉडल कॉस्टिंग पैकेज अनुसार उपचार प्रदान करेगा एवं इसमें उल्लेखित अनुसार संबंधित मरीज का दस्तावेजीकरण भी करेगा।
- मान्यता प्राप्त चिकित्सालय जिला स्तर पर निःशुल्क कैम्प आयोजित कर या व्यक्तिगत निःशुल्क जांच कर प्राक्कलन प्रस्तुत करेगा। जांच हेतु पृथक से शुल्क चिकित्सालय द्वारा नहीं लिया जायेगा।
- मान्यता प्राप्त चिकित्सालय जिला स्तर पर निःशुल्क कैम्प आयोजित कर बच्चों का चिहांकन करता है तो कैम्प में आने वाले बच्चों हेतु निःशुल्क भोजन की व्यवस्था उपलब्ध करायेगा।
- बच्चों के उपचार के समय संबंधित चिकित्सालय मरीज के साथ एक व्यक्ति को निःशुल्क आवास एवं निःशुल्क भोजन की व्यवस्था भी उपलब्ध करायेगा।

- मरीज को 1 माह तक संबंधित चिकित्सालय निःशुल्क औषधी भी उपलब्ध करायेगा तथा फालोअप के समय किसी भी प्रकार शुल्क नहीं लेगा।
- मान्यता प्राप्त चिकित्सालय में उपचार के समय भर्ती होने पर यदि मरीज को रक्त आदि की आवश्यकता होती है या सर्जरी के पूर्व होने वाली समस्त जांच संबंधित चिकित्सालय निःशुल्क उपलब्ध करायेगा। पृथक से इसके लिए संबंधित चिकित्सालय कोई शुल्क नहीं लेगा।
- निर्धारित पैकेज के अतिरिक्त कोई भी राशि चिकित्सालय को जारी नहीं की जावे और न ही चिकित्सालय अतिरिक्त शुल्क की मांग मरीज या शासन से करेगा।
- मान्यता प्राप्त चिकित्सालय उपचार हेतु जारी की गई राशि का उपयोगिता प्रमाण-पत्र मरीज के डिस्चार्ज उपरांत एक माह में अनिवार्यतः संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को जमा करना होगा। उपयोगिता प्रमाण-पत्र के साथ आर.बी.एस.के. मॉडल कॉस्टिंग पैकेज में प्रोसिजर कोड अनुसार उल्लेखित किए गए दस्तावेज प्रमाण हेतु संबंधित संस्था द्वारा लगाना अनिवार्य होगा साथ ही उपयोगिता प्रमाण-पत्र में यह टीप भी अंकित करेंगे की चिकित्सालय द्वारा मरीज से अतिरिक्त कोई राशि प्राप्त नहीं की गई। यदि अधिक राशि प्राप्त करने का प्रमाण उपलब्ध होता है तो संबंधित चिकित्सालय की मान्यता समाप्त कर दी जावेगी।

जिला स्तर से चिंहांकित बच्चों के उपचार हेतु स्वीकृति जारी किया जाना :-

जिला स्तर पर चिंहांकित बच्चे का प्राक्कलन प्राप्त होने के 10 दिवस में संबंधित बच्चे को उपचार हेतु प्रकरण स्वीकृत कर मान्यता प्राप्त चिकित्सालय हेतु राशि जारी किए जाने की जवाबदारी मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी की निर्धारित की जाती है।

जिला स्तर पर चिंहांकित बच्चों के उपचार हेतु मरीज के अभिभावक उपचार हेतु आवेदन प्रस्तुत करेंगे आवेदन का प्रारूप संलग्न है। प्राप्त आवेदन के साथ संबंधित अभिभावक बच्चे का प्राक्कलन जो कि मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्था का होना चाहिए प्राप्त करेंगे। यदि मान्यता प्राप्त संस्था द्वारा जिला स्तर पर कैम्प आयोजित किया गया है तो संबंधित संस्था बच्चों के चिंहांकन उपरांत प्राक्कलन प्रस्तुत करेगी एवं जिला समन्वयक बच्चों के अभिभावक से आवेदन प्राप्त कर उक्त प्राप्त प्राक्कलन का परीक्षण जिला स्तर पर गठित समिति द्वारा किया जावेगा, जिला स्तर पर गठित समिति में निम्नानुसार सदस्य होंगे :-

- | | | |
|---|---|---------|
| 1. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी | - | अध्यक्ष |
| 2. सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक जिला चिकित्सालय | - | सदस्य |
| 3. नोडल अधिकारी आर.बी.एस.के. | - | सदस्य |
| 4. शिशुरोग विशेषज्ञ | - | सदस्य |
| 5. संबंधित बीमारी के विषय विशेषज्ञ | - | सदस्य |
| 6. जिला कार्यक्रम प्रबंधक | - | सदस्य |
| 7. जिला समन्वयक / डी.ई.आई.सी. प्रबंधक | - | सदस्य |
- सचिव

उपरोक्त समिति प्राप्त प्राक्कलन का परीक्षण करेगी एवं प्रोसिजर कोड में निर्धारित मॉडल कॉस्टिंग पैकेज अनुसार राशि की स्वीकृति एन.एच.एम. आर.बी.एस.के. के अंतर्गत उपलब्ध फ्लैक्सीपूल से तत्काल राशि जारी करेगी तथा व्यय FMR Code A.5.2 में इन्द्राज करेगी। फ्लैक्सीपूल में राशि की उपलब्धता न होने पर संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी मान्यता प्राप्त चिकित्सालय को उपचार हेतु पत्र जारी करेंगे तथा राशि उपलब्ध होने पर संबंधित चिकित्सालय को उपचार उपरांत राशि जारी करेंगे।

संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी इन बच्चों को उपचार हेतु चिकित्सालय जाने हेतु एम्बुलेंस वाहन 102, 108 एवं मोबाईल हेल्थ टीम के वाहन का उपयोग जिला स्तर हेतु उपलब्ध करायेंगे। इन बच्चों को परिवहन हेतु राशि रु. 2000 देय नहीं होगी। किन्तु यदि बच्चों का उपचार जिले के बाहर की मान्यता प्राप्त संस्था में किया जा रहा है तो संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी इन बच्चों को उपचार हेतु चिकित्सालय जाने के लिए राशि रु. 2000 स्वीकृति के समय ही जिला बीमारी सहायता योजना से संबंधित मरीज के अभिभावकों के बैंक खाते में जमा करेंगे तथा स्वीकृति आदेश में इसका उल्लेख भी करेंगे। किसी बच्चे को 1 से अधिक बीमारी होने पर प्रोसिजर कोड में अंकित राशि को सम्मिलित कर प्राक्कलन अनुसार स्वीकृति जारी की जा सकती है।

दंत रोग के उपचार हेतु विकासखण्ड स्तर की चिकित्सा संस्थान को अधिकृत किए जाने हेतु :- दंत रोग से संबंधित बच्चों का उपचार विकासखण्ड स्तर पर मान्यता प्राप्त क्लीनिक या चिकित्सालय में कराया जा सकता है। इसके लिए जिला स्तर पर संबंधित चिकित्सालय के आवेदन उपरांत चिकित्सालय का निरीक्षण मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी एक दल गठित कर करेंगे तत्पश्चात दल की रिपोर्ट के आधार पर मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी अपने अभिमत सहित टीप मिशन संचालक एन.एच.एम. को प्रेषित करेंगे। एन.एच.एम. से स्वीकृति प्रदान करने के उपरांत संबंधित चिकित्सालय से MoU मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी अपने स्तर से करेंगे एवं निर्धारित आर.बी.एस.के. कॉस्टिंग पैकेज अनुसार राशि से बच्चों का उपचार सुनिश्चित करेंगे।

नाक, कान गला रोग के उपचार हेतु जिला स्तर की चिकित्सा संस्थान को अधिकृत किए जाने हेतु :- नाक, कान एवं गले की चिहांकित बीमारी के लिए भी चिकित्सालय से प्राप्त आवेदन उपरांत जिला स्तर पर संचालित ENT चिकित्सालय का मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी दल गठित कर निरीक्षण करायेंगे। दल की रिपोर्ट के आधार पर मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी अपने अभिमत सहित टीप मिशन संचालक एन.एच.एम. को प्रेषित करेंगे। एन.एच.एम. से स्वीकृति प्रदान करने के उपरांत संबंधित चिकित्सालय से MoU मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी अपने स्तर से करेंगे एवं निर्धारित आर.बी.एस.के. कॉस्टिंग पैकेज अनुसार राशि से बच्चों का उपचार सुनिश्चित करेंगे।

जिला चिकित्सालय में उपचार हेतु :- यदि जिला स्तर पर उपरोक्त उपचार की सुविधा उपलब्ध है एवं विशेषज्ञ चिकित्सक उपचार करते हैं तो सिविल सर्जन की अध्यक्षता में समिति गठित कर निर्धारित पैकेज के अंतर्गत सामग्री का क्रय कर उपचार उपलब्ध कराया जा सकता है। यह व्यवस्था भी मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिले में बच्चों के उपचार हेतु जिला चिकित्सालय में कराया जाना सुनिश्चित करें ताकि जिला चिकित्सालय स्तर पर भी चिहांकित बीमारियों का उपचार उपलब्ध हो सके।

चिकित्सा महाविद्यालय में उपचार हेतु :- मेडिकल कॉलेज में होने वाली सर्जरी के लिए भी मेडिकल कॉलेज के संबंधित विभागाध्यक्ष प्राक्कलन मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को सीधे प्रेषित कर सकते हैं एवं प्राक्कलन अनुसार राशि मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जारी करेंगे तथा मेडिकल कॉलेज इस राशि का उपयोग पूर्व में एन.एच.एम. द्वारा जारी आदेश क्र. 11569 दिनांक 15 अक्टूबर, 2015 के अनुसार किया जा सकता है।

रिपोर्टिंग :- समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी प्रतिमाह 5 तारीख तक संलग्न प्रपत्र में रिपोर्टिंग अनिवार्य रूप से ईमेल ddrbskmpnrhm@gmail.com पर एक्सल फॉर्मेट में उपलब्ध करायेंगे। जिले में यदि बच्चों का उपचार नहीं भी कराया गया है तब भी रिपोर्ट अनिवार्यतः प्रेषित की जाना है। प्रतिमाह निर्धारित प्रपत्र में व्यय राशि का उल्लेख भी अनिवार्यतः किया जाना है। मासिक रिपोर्ट अप्राप्त होने की स्थिति में संबंधित जिला कार्यक्रम प्रबंधक जवाबदेह होंगे एवं उनके विरुद्ध कार्यवाही भी की जावेगी।

स्वीकृति पूर्व निम्न निर्देशों का पालन किया जाना सुनिश्चित करें :-

1. मान्यता प्राप्त चिकित्सालय यदि उपरोक्त उल्लेखित शर्तों का पालन नहीं करते हैं तो उनका मान्यता तत्काल पृथक किया जावे।
2. पैकेज से अधिक राशि न तो उपचार हेतु स्वीकृत की जावे और न ही संबंधित चिकित्सालय द्वारा राशि का प्राक्कलन प्रस्तुत किया जावे।
3. राशि जारी करते समय उपचार उपरांत संबंधित चिकित्सालय उपयोगिता प्रमाण-पत्र 1 माह के अंदर अनिवार्यतः उपलब्ध करायेगा। प्रमाण-पत्र के साथ उपचार संबंधी प्रमाण जो आर.बी.एस.के. मॉडल कॉस्टिंग पैकेज में प्रोसिजर कोड अनुसार उल्लेखित किए गए दस्तावेज प्रमाण हेतु संबंधित संस्था द्वारा लगाना अनिवार्य होगा साथ ही उपयोगिता प्रमाण-पत्र में यह टीप भी अंकित करेंगे की चिकित्सालय द्वारा मरीज से अतिरिक्त कोई राशि प्राप्त नहीं की गई। यदि अधिक राशि प्राप्त करने का प्रमाण उपलब्ध होता है तो संबंधित चिकित्सालय की मान्यता समाप्त कर दी जावेगी।
4. कटे-फटे होंठ एवं तालू के उपचार हेतु राशि किसी भी चिकित्सालय को आवंटित न की जावे क्योंकि इसके लिए स्माईल ट्रेन इंडिया द्वारा प्रदेश के 10 चिकित्सालय अधिकृत किया गया हैं जो निःशुल्क उपचार करेंगे।
5. क्लबफुट हेतु राशि पृथक से जारी न की जावे इस हेतु क्योर इंटरनेशनल इंडिया से MoU किया गया है। प्लास्टर हेतु राशि यदि चिकित्सालय के नियमित बजट में उपलब्ध न होने की स्थिति में इस मद से राशि ली जा सकती है।
6. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी बीमारी के कॉस्टिंग पैकेज के प्रोसिजर कोड अनुसार निर्धारित राशि की स्वीकृति जारी करेंगे। अन्य कोई भी प्रकरण मान्य नहीं होंगे।
7. चिहांकित बच्चों के उपचार हेतु पृथक से लाईन लिस्टिंग एवं स्वीकृति हेतु कोई भी प्रकरण राज्य स्तर पर न भेजा जावे।
8. जिला स्तर से ही राशि फ्लेक्सीपूल में संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जारी करेंगे।

उपरोक्त आदेशानुसार चिहांकित बच्चों का उपचार आर.बी.एस.के. के FMR Code A.5.2 के अंतर्गत फ्लेक्सीपूल मद से प्रतिमाह मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी अपने स्तर से किया जाना सुनिश्चित करें। बच्चों के उपचार में विलंब होने पर संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जवाबदेह होंगे।

उपरोक्त निर्देशानुसार आर.बी.एस.के. के अंतर्गत 0 से 18 वर्ष के चिहांकित बच्चों का उपचार कराया जाना सुनिश्चित किया जावे। योजनांतर्गत पूर्व में राज्य स्तर से जारी किए गए समस्त आदेश निष्प्रभावी होंगे। बच्चों के उपचार में विलंब होने पर संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जवाबदेह होंगे। समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी मान्यता प्राप्त संस्थाओं को उपरोक्त शर्त से अवगत करावें जो संस्था उपरोक्त शर्त का पालन करती है उस संस्था में चिहांकित बच्चों का उपचार कराना सुनिश्चित करें।

उपरोक्त निर्देश तत्काल प्रभाव से प्रभावी होंगे।

संलग्न :- आवेदन प्रारूप, रिपोर्टिंग फार्मेट, उपयोगिता प्रमाण पत्र एवं मॉडल कॉस्टिंग पैकेज।

(उपेन्द्र नाथ शर्मा)


उपसचिव

मध्यप्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

प्रतिलिपि :-

1. प्रमुख सचिव, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, वल्लभ भवन, भोपाल, म.प्र.।
2. आयुक्त, स्वास्थ्य सेवायें, सतपुड़ा भवन भोपाल, मध्यप्रदेश (कृपया आदेश वेबसाईट पर अपलोड करावें)।
3. संचालक, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, विभाग, मध्यप्रदेश।
4. संचालक, एन.एच.एम., मध्यप्रदेश।
5. संचालक, चिकित्सा शिक्षा, सतपुड़ा भवन, भोपाल, मध्यप्रदेश।
6. समस्त कलेक्टर, मध्यप्रदेश।
7. डॉ. के.एल.साहू संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, सतपुड़ा भवन, भोपाल, मध्यप्रदेश।
8. समस्त अधिष्ठाता, शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल, इंदौर, ग्वालियर, सागर, रीवा व जबलपुर, मध्यप्रदेश।
9. समस्त विभागाध्यक्ष, पिडियाट्रिक सर्जिकल यूनिट, शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल, इंदौर, ग्वालियर, सागर, रीवा व जबलपुर, मध्यप्रदेश।
10. उपसंचालक, राज्य बीमारी सहायता योजना, संचालनालय सतपुड़ा भवन, भोपाल की ओर सूचनार्थ कर लेख है कि मान्यता प्राप्त चिकित्सालय को जारी निर्देशों से अवगत कराना सुनिश्चित करें।
11. समस्त संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
12. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, मध्यप्रदेश की ओर पालनार्थ।
13. समस्त सिविल सर्जन, सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश की ओर पालनार्थ।
14. समस्त जिला नोडल अधिकारी, आर.बी.एस.के., मध्यप्रदेश।
15. समस्त जिला कार्यक्रम प्रबंधक, मध्यप्रदेश की ओर पालनार्थ।
16. समस्त, जिला समन्वयक आर.बी.एस.के., एन.एच.एम. मध्यप्रदेश।
17. समस्त, प्रबंधक डी.ई.आई.सी., एन.एच.एम., मध्यप्रदेश।



(उपेन्द्र नाथ शर्मा)

उपसचिव

मध्यप्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम

(आर.बी.एस.के. के अंतर्गत उपचार हेतु आवेदन पत्र का प्रारूप)

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
जिला— मध्यप्रदेश।

मरीज
का
फोटो

विषय :- 0 से 18 वर्ष तक के बच्चों को राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम अंतर्गत कास्टिंग पैकेज अनुसार राशि से उपचार कराने बाबत।

1. बच्चे का नाम
2. पिता का नाम
3. माता का नाम
4. बच्चे की आयु (जन्म तिथि हेतु प्रमाण पत्र संलग्न करें, यदि उपलब्ध हो तो)
5. जाति
6. पिता का व्यवसाय
7. स्थाई पूर्ण पता (वोटर आई डी/राशन कार्ड/आधार कार्ड/बिजली बिल/मूल निवासी प्रमाण पत्र, इनमें से कोई एक)
.....
.....
8. मोबाईल नं.
9. बीमारी का नाम जिसका इलाज कराया जाना है.....

सत्यापन

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि मेरे द्वारा उपरोक्तानुसार दी गई जानकारी पूर्णतः सत्य है। कोई भी जानकारी असत्य पाई जाती है तो मेरा आवेदन निरस्त किया जावे।

दिनांक

आवेदक का हस्ताक्षर
नाम.....

(कार्यालयीन उपयोग हेतु)

उपरोक्त बीमारी का प्रोसिजर कोड (गाईडलाईन अनुसार).....
उपरोक्त बीमारी हेतु स्वीकृत राशि (प्रोसिजर कोड अनुसार) रु.
मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्थान जहाँ इलाज कराया जाना है का नाम

डी.ई.आई.सी./मोबाईल हेल्थ टीम स्क्रीनिंग पंजीयन क्रं. स्क्रीनिंग दिनांक.....
श्री/कु. का उपचार उक्त संस्था में कराए जाने हेतु रु. की अनुमति प्रदान की जाती है।

जिला समन्वयक
आर.बी.एस.के.

सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल
अधीक्षक

जिला कार्यक्रम प्रबंधक

नोडल अधिकारी आर.बी.एस.के

शिशुरोग विशेषज्ञ

विषय विशेषज्ञ चिकित्सक

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

चिकित्सा संस्था का नाम

क्रं.

दिनांक

प्रमाणित किया जाता है कि श्री पिता श्री
निवासी जिला की बीमारी की सर्जरी दिनांक
..... को की गई।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला..... द्वारा प्रेषित राशि रु.
डी.डी./चैक क्रं. से संस्था को प्राप्त हो चुकी है।

प्राप्त राशि का पूर्ण उपयोग मरीज की बीमारी की सर्जरी पर इस चिकित्सालय द्वारा
प्रेषित प्राक्कलन अनुसार किया जा चुका है।

विस्तृत व्यय रिपोर्ट एवं प्रमाण हेतु आवश्यक दस्तावेज आर.बी.एस.के. मॉडल कॉस्टिंग
पैकेज में उल्लेखित अनुसार संलग्न है।

उपरोक्त राशि के अतिरिक्त मरीज से किसी भी प्रकार की कोई राशि जांच या उपचार
हेतु संस्था द्वारा नहीं ली गई है।

हस्ताक्षर

चिकित्सा संस्थान की सील

