

FORM I

**CERTIFICATE OF EXPERIENCE FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT TO
MAHARASHTRA POLLUTION CONTROL BOARD STAFF/OFFICERS**

(To be issued by attending private practitioner in case of major and serious illness)

This is to certify that Shri/shri-----Wife/husband/son/
daughter/father/mother/brother/sister of

Shri/Smt.-----

Address-----

employed in the ----- as -----

was treated by the-----

from----- to ----- as emergency Patient for the complaints of

Vital Signs observed -----

Necessary emergency -----

Investigation with -----

Results -----

The diagnosis was

Time & date of admission in the hospital -----

Time & date of discharge from the hospital -----

Charges:

1. Consultation Rs. -----
2. Indoor charges from ----- to ----- total days

at the rate of Rs. -----per day

3. Operation Charges Rs. -----

4. Operation Theaters charges Rs.-----

5. Anesthesia charges Rs. -----

6. Visits- a) Routine No. at Rs. Per visit

b) Special

Referrals to Dr. No. at Rs. Per visit

7. Use of Incubator at Rs. per day for days

8. Use of Monitor at Rs. per day for days

9. Investigation- a) Pathology Lab.

b) X- Rays

c) ECG at Rs. Per ECG

d) Others

Medicines :

Sr. No.	Name of Medicine	Cost of Medicine
---------	------------------	------------------

Signature

Name of Doctor

Registration No :

Name of Hospital

Date :

Place :

CERTIFICATE

This is certify that Shri/Smt.-----
-----was brought to this hospital
an emergency case of -----
and was admitted on ----- till -----
during his/her hospitalization period the medicines proscribed to him did not contain alcohol or
tonic

Signature of Doctor

Date :--

CERTIFICATE

This is certify that Shri/Smt.-----
-----was brought to this hospital
an emergency case of -----
and was admitted on ----- till -----
during his/her hospitalization period the medicines proscribed to him did not contain alcohol or
tonic

Signature of Doctor

Date :--

परिशिष्ट-३

प्रमाणपत्र

मी,

प्रमाणित करतो/करते की, सादर करण्यात आलेला प्रतिपूर्तीचा दावा आर्थिक वर्ष
साठी असून, नियमानुसार या दाव्यातील आर्थिक लाभ धरून २ मुलांपर्यंतच मर्यादित सादर करण्यात
आला आहे.

सादर देयकाची प्रतिपूर्ती अन्यत्र कोठूनही घेतलेली नाही.

कर्मचा-याची सही

प्रमाणपत्र

- (अ) प्रमाणित करण्यात येते की, संबंधीत आजाराची माहिती कार्यालयास विहित मुदतीमध्ये प्राप्त झाली होती व आजारपणाबद्दलची शहानिशा करण्यात आलेली आहे.
- (ब) कर्मचा-याच्या कुटुंबात ३ पेक्षा जास्त मुले ह्यात नसल्याबाबतचे प्रमाणपत्र संबंधीत कर्मचा-याकडून घेण्यात आलेले आहे. तसेच मोठ्या/गंभीर आजाराच्या खर्चाची प्रतिपूर्ती चालू वर्षात २ मुलांपर्यंतच सिमित केली आहे.
- (क) देयकासोबत जोडलेल्या औषध खरेदीबाबत प्रिस्क्रीपशनप्रमाणे तसासणी केलेली आहे व देयकात दर्शविण्यात आलेली रक्कम योग्य आहे.
- (ड) देयकात दर्शविलेल्या रकमेची प्रतीपूर्ती/अग्रीम दुस-या कोणत्याही कार्यालयाकडून, संस्थेकडून घेण्यात आलेली नाही, असे संबंधीत कर्मचा-याने प्रतिज्ञापत्र सादर केले आहे व देयकांसोबत जोडले आहे.

प्राधिका-याची सही

रुग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला

दवाखान्याचे नांव:

आजाराचा कालावधी:

रुग्णाचे नांव:

अ.क्र.	वास्तव्याचा प्रकार	दिनांक	दर	एकूण
१	जनरल वार्ड (सर्वसामान्य कक्ष)			
२	जनरल वार्डाच्या सर्वसामान्य कक्षाच्या बाजूचा बाथरूम नसलेला कक्ष (सेमी प्रायव्हेट)			
३	बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष (प्रायव्हेट रुम)			
४	बाथरूमसह डबल बेडेड कक्ष (प्रा. स्पे. रुम)			
५	बाथरूमसह वातानुकूलित कक्ष (प्रा. ए.सी.रूम)			
६	अतिदक्षता कक्ष (ICU)			
७	NICU			
८				
	एकूण			

स्थळ:

दिनांक:

वैद्यकिय अधिकार्याची सही

व रुग्णालयाचा शिक्का