

MAHARASHTRA POLICE KUTUMB AROGYA YOJANA

Declaration Form

1) Name of the Patient :

2) Age :

3) Gender :

4) Name of Main Employee :

• Place of Posting :

• Unit Name :

• Date of Joining :

• Residence Address :

• Date of Birth :

• Employee Card No. :

• MPKAY Card No. :

5) Whether in service/ Dismissed (Terminated) :

6) If parents are employed then per month income details inclusive of both parents.

(Signature of Employee)

Mumbai Police Kutumb Arogya Yojna
Maharashtra Police : Desk No. 28, Maharashtra Rajya Police Mukhyalaya
S.B. Singh Marg, Colaba, Mumbai-400 039

Initial Intimation Letter to be forwarded by Hospital to MAHS	
Information to be filled in by the Member	
Name of Patient Shri/Smt/Kumar/ Kumari _____ Patient's UHD No. MAHP _____ Age : _____ Sex- Male/ Female _____ Relation with Employee: _____ Wife Working : Y/ N Apart From MPKY Scheme Claiming from _____ Any Insurance / Company / Govt. : _____ Yes/No. If YES Name of Company : _____ No. of Children : _____ Residential Address : _____ _____	Name of Employee : Shri / Smt. _____ Employee's UHD No : MAHP _____ Basic Salary : Rs _____ Buckle No. _____ Designation : _____ Place of Working Address : _____ _____ Personal/ Residential Contact No.: _____ _____
Information to be filled in by Treating Doctor / Hospital :	
Name of the Hospital : _____ Date of Admission _____ Admission Under Dr. _____ Presenting Complaining : _____ History of Presneting Complaints: _____ _____ _____ Past history : HT: _____ DM : _____ Others: _____ Clinical Findings : _____ _____ Provisional / Differential Diagnosis: _____ Proposed line of treatment: _____	
In case of RTA, please mention in the patient was under influence of Alcohol/ Drug and fax Attested MLC & FIR copy along with the Intimation letter.	
Approximate Durtion of Stay : _____ Approximate Expesnes : _____ Class of Accommodation: _____ Treating Doctor's Name _____ Specialty: _____ Registration No.: _____ Authorized Signatory: _____ _____ Name & Designation: _____ _____ Seal of the Hospital : _____ _____	

संदर्भ:-परिपत्रक क्र.क. पामस/२८/४९३७/मपाकुआया/१९३/२०१६, दिनांक: १५/०९/२०१८ चे सहपत्र

रुग्णाचा
फोटो

महाराष्ट्र पोलीस कुटुंब आरोग्य योजना

पोलीस महासंचालक यांचे कार्यालय, शहिद भगतसिंग मार्ग, सिनेमा जवळ, कुलाबा,
मुंबई-४००००१, दुरध्वनी क्र. ०२२-२२८७६१७६/२२८२१७९६ फॅक्स क्र. २२८२९६७६

परिशिष्ट-अ

घटक प्रमुखाने निर्गमित करावयाचे सभासद पडताळणी पत्र

प्रति,

संबंधित रुग्णालय

विषय :- आंतररुग्ण म्हणून विनाखर्च औषधोपचार मिळण्याबाबत

महोदय,

आपणांस कळविण्यात येते की, श्री/श्रीमती/कुमारी _____ पदनाम
_____ यांचा सेवार्थ क्रमांक _____ नियुक्ती दिनांक _____
सेवानिवृत्ती दिनांक _____ व त्यांचा I Card क्र. _____ आहे. नमूद पोलीस अधिकारी/
अंमलदार हे स्वतः किंवा त्यांचेवर अवलंबून असणारे श्री/श्रीमती/कुमारी _____
हे आपले रुग्णालयात आंतररुग्ण म्हणून _____ या आजाराच्या उपचारासाठी दाखल झाले
आहेत. सदरचे पोलीस अधिकारी/ अंमलदार हे या घटकात कार्यरत असून, त्यांच्या कुटुंबियांची माहिती उपलब्ध
असलेल्या अभिलेखानुसार तपासली असता ती बरोबर असल्याचे आढळून आले आहे. (सदरहू माहिती पूर्ण
भरण्यात यावी) (लागू नसेल ते खोडावे):-

अ.क्र	नांव	जन्मतारीख	नाते	विवाहीत/ अविवाहीत	मासिक वेतन/ निवृत्ती वेतन

२. सहरहू रुग्ण वैद्यकीय प्रतिपुर्ती नियमानुसार उपचार मिळण्यास पात्र असल्याने, त्यांना महाराष्ट्र पोलीस कुटुंब आरोग्य योजनेतर्गत औषधोपचार मिळण्यास विनंती आहे. त्यांच्या हयात असलेल्या कुटुंबियांची माहिती वरीलप्रमाणे आहे. सदरचा आजार शासनमान्य ३२ आजारांमध्ये समावेश होतो किंवा नाही याची स्वात्री त्रयस्थ पक्ष प्रशासक यांचेकडून करून घेण्यात यावी.

३. नमूद महिला शासकीय कर्मचा-याने वैद्यकीय देखभाल नियम १९६१ मधील नियम ३ (३) नुसार वैद्यकीय प्रतिपुर्तीकरीता त्याच्यावर पूर्णपणे अवलंबून असलेल्या आणि त्याच्या बरोबर राहात असलेल्या तिच्या आई-वडील / सासु-सासरे यांची निवड केली असून, तशी नोंद सेवापुस्तकात /सेवापटात घेण्यात आली आहे (लागू नसेल ते खोडावे)

अधिका-याचे नांव ()

पदनाम :-

घटक कार्यालयाचे नांव :

प्रत :- मेडी असिस्ट हेल्थकेअर सर्विसेस प्रा.लि. मुंबई

सेवेत असल्याचे नसल्याचे प्रमाणपत्र
(पती/पत्नी/आई/वडील/मुलगा/मुलगी/सासु/सासरे)

मी श्री/श्रीमती/कुमारी _____ सत्य प्रतिशेवर प्रमाणित करीतो/करते की, माझे/माझी पती/पत्नी/आई/वडील/मुलगा/मुलगी/सासु/सासरे श्री./श्रीमती _____ हे/ही कोणत्याही खाजगी/ निमशासकीय/ शासकीय विभागात सेवेत आहे/नाही. अथवा निवृत्ती ते या कार्यालयामध्ये _____ या _____ पदावर सेवेत असून, ते वैद्यकीय प्रतिपुर्तीसाठी दावा करणार नाहीत (लागू नसेल ते खोडावे)

दिनांक :- _____ शासकीय कर्मचा-याची सही

कुटुंब मर्यादा व तपशील प्रमाणपत्र

- कार्यालयाचे नांव _____
- १) प्रमाणित करण्यात येते की, श्री/श्रीमती _____ यांना दि. १५/०८/१९८६ पुर्व _____ मुले-मुली व दि. १५/०८/१९८८ नंतर _____ मुले-मुली आहेत.
- २) कर्मचा-यांना देण्यात येणा-या वैद्यकीय खर्च प्रतिपुर्ती सवलत संबंधातील नियमानुसार अनुज्ञेय असलेल्या सवलती मिळण्यास ते पात्र आहेत /नाहीत.
- ३) संतती नियमन शस्त्रक्रिया दि. _____ रोजी करण्यात आलेली असून सोबत प्रमाणपत्र जोडले आहे.
- ४) वैद्यकीय देखभाल नियम १९६१ मधील नियम क्र. १५ नुसार दि. १ मे २००१ रोजी, व त्यानंतर हयात _____ मुले-मुली आहेत.
- ५) माझ्या कुटुंबातील सदस्य खालीलप्रमाणे आहेत:-

अ.क्र.	सदस्यांची पूर्ण नावे	नाते	जन्मतारीख	वय	व्यवसाय

वरील दिलेल्या माहितीमधील अ.क्र.१ ते पूर्णपणे माझेवर अवलंबून आहेत. दिलेली सर्व माहिती अचूक असून त्याला सर्वस्वी मी जबाबदार राहील.

दिनांक :- _____ शासकीय कर्मचा-याची सही

महिला अधिकारी /कर्मचा-यांसाठी प्रमाणपत्र

वैद्यकीय देखभाल नियम १९६१ मधील नियम क्र.३ (३) अन्वये मी _____ पदनाम _____ प्रमाणित करते की, माझी आई/सासू- माझे वडील/सासरे हे सर्वस्वी माझेवर अवलंबून असून ते माझ्याबरोबर राहात आहे. तसेच, मी माझ्या कुटुंबामध्ये माझ्या सासू-सास-याच्या ऐवजी आई-वडीलांची /आई-वडीलांच्या ऐवजी सासू-सास-याची निवड केली आहे. सदर विकल्पाची माझ्या सेवापुस्तकातील /सेवापटातील नोंदीची साक्षांकित प्रत सर्व प्रमाणपत्रासोबत जोडण्यात येत आहे (लागू नसेल ते खोडावे)

दिनांक :- _____ शासकीय कर्मचा-याची सही

स्वर्चाचे प्रमाणपत्र

मी

श्री. _____

राहणार :- _____

प्रमाणित करतो की, माझे पत्नी/पती कोणत्याही शासकीय /विनाशासकिय सेवेत नोकरीत नसून ती/तो आर्थिकदृष्ट्या पूर्णतः माझ्यावर अवलंबून आहे. माझा मुलगा / मुलगी तो/ती श्री/श्रीमती.

_____ कुठल्याही खाजगी / शासकिय /विनाशासकीय सेवेत नसून तो /ती आर्थिकदृष्ट्या पूर्णतः अवलंबून आहे.

उपरोक्त माहिती कुठल्याही प्रकारे खोटी असल्याचे आढळल्यास सदर टपालामध्ये दर्शविलेला संपूर्ण वैद्यकीय स्वर्च माझ्याकडून वसूल करण्यात यावा

शासकीय कर्मचाऱ्याची सही

दिनांक : _____

प्रति,

विषय :- वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ति होण्याबाबत

महोदय,

मी/माझ्या/माझी/माझे/पती/पत्नी/मुलगा/मुलगी/आई/वडील/बहीण/भाऊ/

यांची तब्येत अचानक बिघडल्याने मला /त्यांना/ यांना
_____ रुग्णालयात दाखल करण्यात आले होते.

सदर ठिकाणी दि. _____ ते दि. _____ पर्यंत

आंतररुग्ण म्हणून उपचार घेतले असून त्याचा खर्च रु. _____ इतका झाला आहे.

तरी सदर वैद्यकीय खर्चाची प्रतिपूर्ति व्हावी ही नम्र विनंती.

अधिकारी / कर्मचारी यांची स्वाक्षरी : _____

अधिकारी / कर्मचारी यांचे नाव : _____

पदनाम (हुद्दा) : नेमणूकीचे ठिकाण : _____

: _____

दिनांक : _____

परिशिष्ट-ब

(परिशिष्ट-एक)

केंद्र / राज्य शासकीय कर्मचारी आणि त्यांचे कुटुंबिय यांची वैद्यकीय देखभाल आणि /किंवा उपचार त्यांच्या संबंधात करण्यात आलेल्या वैद्यकीय खर्चाच्या परताव्याची मागणी करण्याकरिता करावयाच्या अर्जाचा नमुना

१.	शासकीय कर्मचा-याचे नांव व पदनाम	
२.	कर्मचारी ज्या कार्यालयात नोकरीत आहे त्या कार्यालयाचे नांव	
३.	वित्तीय नियमांमध्ये व्याख्या केल्याप्रमाणे शासकीय कर्मचा-याचे वेतन व इतर वित्तलब्धी स्वतंत्रपणे दर्शविण्यात याव्यात.	रु.
४.	कामाचे ठिकाण	
५.	प्रत्यक्ष निवासस्थानाचा पत्ता	
६.	रुग्णाचे नांव आणि कर्मचा-याशी त्यांचे / तिचे नाते (टिप :- मुलाच्या बाबतीत वय सुध्दा नमूद करावे)	
७.	आजाराचे स्वरूप व कालावधी	ते
८.	मागणी केलेल्या रक्कमेचा तपशील, वैद्यकीय देखभाल	रु.
	१) रोग लक्षणासाठी सल्ला देण्याची फी द्यावी अ) ज्या वैद्यकीय अधिका-यांचा सल्ला घेतला असेल त्याचे नांव, पदनाम आणि ज्या रुग्णालयाचे किंवा दवाखान्याशी तो संबंधित असेल तर रुग्णालयाचे किंवा दवाखान्याचे नांव ब) किती वेळा सल्ला घेण्यात आला ती संख्या आणि त्यांच्या तारखा आणि प्रत्येक सल्ल्यासाठी दिलेली फी क) रुग्णालयाच्या वैद्यकीय अधिकाऱ्यांच्या रोग चिकित्सा कक्षात (कन्सल्टिंग रुम) सल्लाघेण्यात आला की, रुग्णाच्या निवास्थानी सल्ला घेण्यात आला ते नमूद करावे. २) रोग निदान करताना करण्यात आलेल्या त्या विकृती चिकित्सा विषयक, अणुजीव शास्त्रीय, क्ष-किरण शास्त्रीय किंवा इतर तत्सम चाचण्यासाठी करण्यात आलेली फी, त्यामध्ये पुढील गोष्टी नमूद कराव्यात:- अ) ज्या रुग्णालयात किंवा प्रयोगशाळेत चाचण्या घेण्यात आल्या होत्या, त्या रुग्णालयाचे किंवा प्रयोगशाळेचे नांव. ब) प्राधिकृत वैद्यकीय देखभाल अधिकाऱ्याच्या सल्ल्याने चाचणी घेण्यात आली होती किंवा घेण्यात आली असेल तर अशा अर्थाचे प्रमाणपत्र सोबत जोडावे. ३) बाजारातून खरेदी केलेल्या औषधांचा खर्च (औषधांची सूची व पावत्या जोडाव्यात). विशेषज्ञाला किंवा प्राधिकृत वैद्यकीय देखभाल अधिकाऱ्याव्यतिरिक्त एखाद्या अन्य वैद्यकीय अधिकाऱ्याला देण्यात आलेली फी त्यामध्ये पुढील गोष्टी दर्शवाव्यात. अ) ज्याचा सल्ला घेण्यात आला असेल त्या विशेषज्ञाचे किंवा वैद्यकीय अधिकाऱ्याचे नांव व पदनाम व तो ज्या रुग्णालयाशी संलग्न असेल त्या रुग्णालयाचे नांव ब) किती वेळा सल्ला घेण्यात आला ती संख्या व जेव्हा सल्ला घेण्यात आला ती तारीख व प्रत्येक सल्ल्यासाठी आकारण्यात आलेली फी. क) सल्ला रुग्णालयात किंवा विशेषज्ञाच्या किंवा वैद्यकीय अधिकाऱ्याच्या रोग चिकित्साकक्षात (कन्सल्टिंग रुम) किंवा रुग्णाच्या निवासस्थानी घेण्यात आला होता किंवा कसे ड) त्या प्रातांच्या मुख्य प्रशासकीय वैद्यकीय अधिकाऱ्याच्या पूर्व मान्यतेने व सल्ल्याने विशेषज्ञांचा किंवा वैद्यकीय अधिकाऱ्याचा सल्ला घेण्यात आला होता किंवा कसे, तसा सल्ला घेण्यात आला असेल तर अशा अर्थाचे प्रमाणपत्र जोडावे.	रु. रु.
९.	मागणी केलेली एकूण रक्कम	रु.
१०.	सहपत्रांची यादी	
११.	कुटुंबातील व्यक्तीची संख्या म्हणजेच १५/८/१९६८ रोजी आणि त्यानंतर जिवंत असलेली मुले	

कर्मचाऱ्याने सही करून द्यावयाचे प्रतिज्ञापत्र

मी याद्वारे जाहीर करतो / करते की, या अर्जामध्ये केलेली निवेदने माझ्या संपूर्ण माहितीप्रमाणे विश्वासाप्रमाणे खरी असून ज्या व्यक्तीवर वैद्यकीय खर्च करण्यात आला ती व्यक्ती पूर्णपणे माझ्यावर अवलंबून आहे (लागू नसलेले खोडावे).

शासकीय कर्मचाऱ्याची सही व दिनांक

CERTIFICATE FROM 'C'

Certificate of expenses for emergency medical treatment is Government Servant
(To be issued by attending private practitioners)

This is to certify that, Shri / Smt. _____ address
_____ employed in the
_____ as a _____
_____ was treated by the _____
at _____ w.e.f. _____ to _____ as emergency patient for the
complaints Vital sign observed _____ Necessary emergency investigation
_____ with results _____ The Diagnosis was

Total expenditure (Annexure D) incurred for the treatment was Rs. _____ and details of which are
given in from 'D'

Certified that after the emergency treatment the patient was advised to attend authorised Medical
(Authority) attend for treatment.

Place :
Date :

Signature of Medical Officer
(Hospital Stamp)

CERTIFICATE FROM 'D'

Certificate with details of expenses for emergency medical treatment to a Government employee in a private
hospital

(To be filled in by the doctor and to attached certificate 'C')

Name of Patient :-
Date of Admission :-
Date of Discharge :-
Hospital Registration No :-

A CHARGES

1) Consultancy Charges	Rs.
2) Indoor charges from _____ to _____	Rs.
Total days at the rate of Rs. _____ per days	
3) Operation charges	Rs.
4) Operation theatre charges	Rs.
5) Anesthesia Charges	Rs.
6) Visit	
a) Routine No.	Rs.
b) Special	Rs.
7) Bedside Procedures	Rs.
8) Registration Charges	
9) Investigations	
a) Pathology test	Rs.
b) X ray radiography	Rs.
c) ECG	
d) Other	Rs.

B MEDICINES

Sr. No.	Name of the Medicines	Cost of Medicine
A)	Pharmacy	Rs.
B)	Consumables	Rs.
	Total	Rs.
Grand Total (A+B)		Rs.

Place :
Date:

Signature of Medical Officer
(Hospital Stamp)

रुग्णालयातील वास्तव्याचा दाखला

याद्वारे असे प्रमाणित करण्यात येते की, _____ येथे
_____ या पदावर नोकरीत असलेल्या व _____
_____ या पत्त्यावर राहणाऱ्या श्री / श्रीमती / कुमारी
_____ यांची / यांच्या / पत्नी / पती / मुलगा / मुलगी / वडील
/ आई / सासु / सासरे श्री / श्रीमती _____ यांच्यावर /
हिच्यावर दि. _____ पासून _____ पर्यंत या रुग्णालयात
औषधोपचार घेतला आहे.

अ.क्र.	वॉर्ड	दर	दिवस	एकूण रुपये
१.	जनरल वॉर्ड			
२.	जनरल वॉर्डच्या बाजुला बाथरूम नसलेला कक्ष			
३.	बाथरूमसह स्वतंत्र कक्ष			
४.	बाथरूमसह डबल बेडचा कक्ष			
५.	बाथरूमसह वातानुकलीत कक्ष			
६.	अतिदक्षता कक्ष (आय.सी.यु.)			

वैद्यकीय अधिकाऱ्याची स्वाक्षरी
व रुग्णालयाचा शिक्का

अति आवश्यक प्रमाणपत्र

श्री. / श्रीमती / कुमारी _____ यांस
_____ या रुग्णालयात दि. _____ रोजी तपास असता,
त्यांचेवर तातडीने _____ या कारणास उपचार
करण्यासाठी रुग्णालयात दाखल करणे आवश्यक होते.

प्रमाणित करण्यात येते की, _____ या
रुग्णालयात अति तत्काळ रित्या दाखल केले असता शस्त्रक्रियेकरीता / उपचाराकरीता आवश्यक
असलेली साधने / उपकरणे / साहित्य ही त्यांचेकरीता आवश्यक होती. (उदा :- डिस्पोजेबल सिरीज व
आयव्ही) व ती त्यांनाच वापरली असून त्यांचा पुन्हा उपयोग होत नाही अथवा केला जात नाही. तसेच त्यांना
दिलेल्या औषधांमध्ये मादक पदार्थ, अल्कोहोल, प्रथिने अन्नघटक (शक्तीवर्धक) या औषधांचा समावेश
करण्यात आलेला नाही.

वैद्यकीय अधिकाऱ्याची स्वाक्षरी
व रुग्णालयाचा शिक्का