

अल्प आय वर्ग के गरीब रोगियों को मुख्यमंत्री सहायता कोष से उपचार हेतु राजकीय एवं मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों द्वारा जारी किये जाने वाला संभावित चिकित्सा व्यय प्रमाण पत्र Capital Letters में भरा जावे

TO WHOM IT MAY CONCERN

This is to certify that Shri/Smt./Kum -----S/W/D of -----
 ----- Resident ----- of -----
 ----- is suffering from -----
 ----- which is covered under the scheme/is a serious disease. The
 patient is under the care of -----
 ----- (name of Hospital with Department & Unit). He/She
 requires ----- . The approximate expenditure involved
 in diagnosis/treatment is Rs. and Bed Charges Rs. ----- Total
 Rs,----- (in words Rs.). As per CGHS rates
 Sr.No. ----- .

Date of Admission -----

Date of Operation -----

Date of Discharge /

Treatment Completed -----

नोट:-

1. उपचार पूर्ण होने/चिकित्सालय से डिस्चार्ज होने के बाद ऐस्टीमेट जारी नहीं किया गया है।
2. इस योजना में अल्प आय वर्ग के गरीब रोगियों को सहायता दी जाती है। अतः चिकित्सालय द्वारा रोगोपचार का सम्भावित चिकित्सा व्यय पत्र CGHS/चिकित्सालय की दर जो भी दोनों में से कम हो का ही जारी किया जावेगा। CGHS की क्रम संख्या भी अंकित की जावेगी।
3. रोगोपचार में जनरल वार्ड के अतिरिक्त सुविधायुक्त रूम/काटेज वार्ड/प्राइवेट रूम/सेमी डिलक्स रूम/डिलक्स रूम की सुविधा का उपयोग करने पर सहायता देय नहीं होगी।
4. सम्भावित चिकित्सा व्यय पर स्पष्ट मोहर अंकित है, एवं चिकित्सक का मोबाईल/फोन न. अंकित हैं।
5. रोगी भामाशाह कार्डधारी, राज्य का राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा योजना एवं राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना में चयनित परिवार का सदस्य नहीं हैं। (केवल भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना के लिए अधिकृत चिकित्सालय हेतु)

Signature of
 Treating Doctor with
 Seal & Mobile, Phone No.