



राजस्थान सरकार स्वास्थ्य योजना के अन्तर्गत आउटडोर राशि सीमा बढ़ाने बाबत् प्रार्थना पत्र

कृपया निःशुल्क दवाईयों की पूर्ति हेतु निर्धारित सीमा (राजस्थान सरकार स्वास्थ्य योजना) के अन्तर्गत सीमा राशि बढ़ाने की कृपा करें।

नोट:- चिकित्सा सम्बन्धों एवं अन्य विवरण का भाग-प्रथम लाभार्थी द्वारा भरा जाएगा।

भाग-प्रथम

1. पूरा नाम
2. पता मय टेलीफोन नं.
3. आरजीएचएस कार्ड नं.
4. बीमारी की प्रकृति
5. चिकित्सा किये जाने वाले चिकित्सक का नाम.....
6. चिकित्सक का पद एवं पदस्थान.....
7. चिकित्सक द्वारा कब से ईलाज किया जा रहा है.....
8. निर्धारित सीमा राशि का प्रार्थना पत्र की दिनांक तक कितना प्रयुक्त हो चुका है.
रुपयेपत्र कुल स्वीकृत राशि रुपये.....
9. मेरी जानकारी में उपरोक्त वर्णित सूचनाएं सही हैं।
(दवा की पर्ची एवं अन्तिम बिल की प्रति संलग्न करें।)

हस्ताक्षर लाभार्थी

पूरा नाम.....

भाग-द्वितीय (चिकित्सक द्वारा भरा जाए)

1. नाम व रोग की प्रकृति
(नाम-कार्ड धारक/आश्रित (पति/पत्नी)/पति-पत्नी दोनों प्राथमिक लाभार्थी होने पर दोनों के नाम)
2. कब से आपके द्वारा उपचार किया जा रहा है.....
3. सम्भावित उपचार की अवधि.....
4. स्वीकृत दवाईयां जो आप द्वारा सलाह की गयी है.....
5. दवाईयों के मूल्यानुसार सम्भावित मासिक व्यय

हस्ताक्षर चिकित्सक
मय सील