

| | |
|---|--|
| स्व.क्रां.नाना पाटील सर्वसाधारण रुग्णालय सातारा | |
| फोन नं. फक्स नं. Email – cssatara@rediffmail.com nrhm.cssatara@gmail.com | पत्ता – स्व.क्रां.ना.पा.सा.रुग्णालय सदर बझार सातारा जि. सातारा. |
| आरोग्य सेवा | जा.क्र.आरोग्य/ स्वक्रांनापासारुसा/ एनएचएम जाहिरात/ २४ दि १०/१०/२४ |

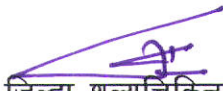
प्रति,

- १).....*द.क.प. सातारा*..... ३).....*द.क.प. सातारा*.....
 २).....*द.क.प. सातारा*..... ४).....*द.क.प. सातारा*.....
 विषय:- वर्तमानपत्रात शासकीय दराने जाहिरात प्रसिध्द करण्याबाबत.

उपरोक्त संदर्भीय विषयान्वये राष्ट्रीय आरोग्य अभियान, अंतर्गत डीईआयसी विभाग जिल्हा रुग्णालय सातारा या कार्यालयाच्या सोबत जोडलेल्या विविध वैद्यकीय तपासण्या व इतर संदर्भसेवेकामी जाहिरात आपले वर्तमान पत्रामध्ये दिनांक ११/१०/२०२४ रोजी प्रसिध्द करावी. सदरची जाहिरात ब्लॉक अँड व्हाईट स्वरुपात प्रसिध्द करावी. सदर जाहिरातीचे देयक शासकीय दराने दोन प्रतीत या कार्यालयाकडे सादर करावे.

**राष्ट्रीय आरोग्य अभियान
जिल्हा रुग्णालय, सातारा
विविध वैद्यकीय तपासण्या व इतर संदर्भसेवेकामी जाहिरात**

राष्ट्रीय आरोग्य अभियान अंतर्गत डीईआयसी विभाग, जिल्हा रुग्णालय सातारा येथील ० ते १८ वयोगटातील बालकांच्या विविध वैद्यकीय तपासण्या व इतर संदर्भसेवा देण्याकामी डायग्नॉस्टिक सेंटर यांचे कडून दरपत्रके मागविण्यात येत आहेत. वैद्यकीय तपासण्या व विविध संदर्भसेवा देण्यासाठी आवश्यक सर्व माहिती, नियम, अटी, शर्ती व तपासण्यांचा विविध नमुना <https://arogya.maharashtra.gov.in> व <https://zpsatara.gov.in> या संगणकीय संकेत स्थळावरती प्रसिध्द करणेत आलेले आहे. सदर वैद्यकीय तपासण्या व विविध संदर्भसेवा संबधी माहिती स्विकारण्याचा कालावधी दिनांक ११/१०/२०२४ पासून ते २१/१०/२०२४ पर्यंत राहिल. तरी इच्छुक डायग्नॉस्टिक सेंटर यांच्या व्यवस्थापकांनी वेबसाईड वरील जाहिरात सविस्तर वाचून विहित मुदतीत ऑफलाईन पध्दतीने फॉरमेट मध्ये भरून आयुष विभाग बिल्डींग, आरबीएसके विभाग जिल्हा रुग्णालय, सातारा या ठिकाणी कार्यालयीन वेळेत सादर करावीत.


जिल्हा शल्यचिकित्सक, सातारा

राष्ट्रीय आरोग्य अभियान
जिल्हा रुग्णालय सातारा

सन २०२४.२५ या वर्षासाठी वेगवेगळ्या खालील तपासण्या व संदर्भसेवा द्यावयाच्या आहेत. खालील नमुन्यामध्ये दरपत्रके आपल्या डायग्नॉस्टिक सेंटरच्या सही व शिक्यानिशी सादर करावीत.

डायग्नॉस्टिक सेंटरचे नाव दिनांक.....
पत्ता
दुरध्वनी नंबर

खालील प्रमाणे सन २०२४.२५ व २०२५.२६ या वर्षासाठी वेगवेगळ्या तपासण्या व संदर्भसेवा द्यावयाच्या आहेत.

| अ.क्र | तपासणी व संदर्भसेवेचे नाव | एका तपासणीसाठी व संदर्भसेवेकामी येणार खर्च सर्व शासकीय करासहित |
|----------|----------------------------------|--|
| A | Neurology Type of Test | |
| 1 | EEG Test | |
| 2 | EMG Test | |
| 3 | NCV/NCS | |
| 4 | MRI Brain Plane | |
| 5 | MRI Brain Contrast | |
| 6 | MRI Whole Spine | |
| 7 | MRI Temporal Bone | |
| 8 | HRCT Temporal Bone | |
| 9 | HRCT PNS | |
| 10 | MRI Any Other Organs Plane | |
| 11 | MRI Any Other Organs Contras | |
| 12 | MRI Brain Angio | |
| B | Specialist Opinion | |
| 1 | Neurologist | |
| 2 | Neuro Surgeon | |
| 3 | Cardiologist | |
| 4 | Heamatologist | |
| 5 | Ped. Surgeon | |
| 6 | Ped. Nephrologist | |
| 7 | Oncho Openion | |
| C | Cardiac Type of Test | |
| 1 | 2 D Echo | |
| 2 | Colour Doppler Arteries One Side | |
| 3 | Colour Doppler Venous One Side | |

| अ.क्र | तपासणीचे नाव | एका तपासणीसाठी अंदाजित खर्च होणारी रक्कम |
|----------|--|--|
| 4 | MRI Cardiac | |
| 5 | Cardiac Cath | |
| 6 | CT aortogram | |
| 7 | CT Angio | |
| D | Chest Type of Test | |
| 1 | HRCT Chest | |
| 2 | Bronchoscopy | |
| 3 | Gastroscopy | |
| E | Kidney Type of Test | |
| 1 | DTPA Scan | |
| 2 | DMSA Scan | |
| 3 | E.C. Scan | |
| 4 | CT IVP | |
| 5 | MCU Test | |
| F | Other | |
| 1 | Endoscopy | |
| 2 | Barium Enema | |
| 3 | Dexa Scan | |
| 4 | Biopsy | |
| 5 | MRI Abd | |
| 6 | MRI Pelvice | |
| 7 | Pet Scan | |
| 8 | CT Pelvice | |
| 9 | Blood Bag-PCV | |
| 10 | Karyotyping | |
| 11 | Bone Marrow Examination With Procedure | |
| 12 | Fiber Casting Procedure | |

टीप:-

- १) Diagnostic Center वरील यांनी प्रस्ताव सादर करताना आपल्या सेंटरचे रजिस्ट्रेशन व कागदपत्रे व्हॅलिडिटी सह सादर करावे.
- २) Diagnostic Center च्या पॅनेल ची माहिती सही व शिक्यासह सादर करणे.
- ३) ज्यांची कमीत कमी (L1) दर येतील त्याचे सोबत एमओयू करणेत येईल. शासनाच्या मार्गदर्शक सूचनाप्रमाणे अटी व शर्तीनुसार करारनामा करावा लागेल.
- ४) रु. १००/- च्या स्टॅम्प वर संमती पत्रावर दिलेल्या दरात करारनामा कालावधीमध्ये अतिरिक्त रक्कम आकारली जाणार नाही. याबाबत चे संमतीपत्र दरपत्रकासोबत सादर करणेत यावे.
- ५) वरील जोडलेल्या नमुन्यामध्ये विविध वैद्यकीय तपासण्या व संदर्भसेवा देणा-या डायग्नोस्टिक सेंटर यांनी दरपत्रकामध्ये पुर्ण माहिती भरावी व आपल्या डायग्नोस्टिक सेंटर याचा सही व शिक्का असावा.
- ६) विविध तपासण्या व संदर्भसेवेची दरपत्रके पोस्टाद्वारे स्विकरण्यात येणार नाहीत. विविध तपासण्या व संदर्भसेवेची दरपत्रके वरील दिलेल्या कालावधीमध्ये कार्यालयीन वेळेत एनएचएम कार्यालयामध्ये समक्ष दिनांक. . ./. . ./. २०२४ पासून ते दिनांक . . ./. . ./. २०२४ स्वीकारणेत येतील.
- ७) एमआरआय सिटी स्कॅन तपासणीसाठी ३२ Slice Scan Machine असणा-या डायग्नोस्टिक सेंटर यांना प्राधान्य

देण्यात येईल.

- ८)टु.डी.इको तपासणीसाठी सदर डायग्नोस्टिक सेंटरमध्ये बालरोग तज्ञ असणे गरजेचे आहे.
- ९)अतिरिक्त माहितीसाठी जिल्हा कार्यक्रम परिवेक्षिका मो.न. ८८८८ २६ १९५२ या नंबर वर संपर्क साधावा.
- १०)राज्य कार्यालयाकडे या तपासणी खर्चासाठी अनुदानाची मागणी केलेली आहे. राज्य कार्यालया कडून अनुदान मंजूर व प्राप्त झाले नंतरच पुरवठा आदेश देण्यात येतील.
- ११)तपासणी सेंटरने संस्थेचे पॅन व जीएसटी सर्टिफिकेट सादर करावे.जीएसटी प्रमाणपत्र लागू नसेल तर सीए यांचे पत्र जोडावे.
- १२)सदरचा करारनामा एक वर्ष कालावधीसाठी केला जाईल. मा. मुख्य कार्यकारी अधिकारी जि.प.सातारा यांच्या मान्यतेने जास्तीत जास्त ३ महिने अतिरिक्त कालावधीची मुदतवाढ दिली जाईल.


जिल्हा शल्यचिकित्सक, सातारा