

તાત્કાલિક

ક્રમાંક- જીએમએ / ૨૦૧૬/૧૩/ગ-૧

ગુજરાત સરકાર

નર્મદા, જળસંપત્તિ, પાણી પુરવઠા અને કલ્પસર વિભાગ
સચિવાલય, ગાંધીનગર.

તારીખ : /૦૧/૨૦૧૮

પ્રતિ

17 JAN 2018

વિભાગ હસ્તકના સર્વે ખાતાના વડા/અધિક્ષક ઇજનેરશ્રીઓ/
બોર્ડ/કોર્પોરેશન.

વિષય: ગુજરાત રાજ્ય સેવા (તબીબી સારવાર) નિયમો, ૨૦૧૫ તથા તે અન્વયેના
તા.૩૦/૮/૨૦૧૬ના ઠરાવ હેઠળના ખાસ કિસ્સામાં રજુ થતા કેસોમાં
ચેકલીસ્ટનો અમલ કરવા બાબત.

ઉપર્યુક્ત વિષય અન્વયે આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના તા.૦૩/૧૦/૧૦ના પત્રની નકલ તેના
બિડાણ સહ સામેલ રાખી જણાવવાનું કે, ગુજરાત રાજ્ય સેવા (તબીબી સારવાર) નિયમો ૨૦૧૫ હેઠળ મેડીકલ
રીએમ્બર્સમેન્ટ માટે ગુ.રા.સે.(ત.સા.) નિયમ-૨૦૧૫ના નિયમ-૧૫(૧) હેઠળના પરિશિષ્ટ-૨ તથા ૨(અ) અને આરોગ્ય
અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના તા.૩૦/૮/૨૦૧૬ના ઠરાવ હેઠળ નિયત કરવામાં આવેલ ચેકલીસ્ટમાં વિગતો ભરી
દરખાસ્ત રજુ કરવા આ.પ.ક.વિભાગે જણાવેલ છે. જે ધ્યાને લેતાં હવે આપશ્રી ધ્વારા રજુ થતી દરખાસ્તોમાં આરોગ્ય
અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગની ઉક્ત સુચનાઓનો ચુસ્ત પણે અમલ કરવા વિનંતી છે તેમજ આપના હસ્તકની
કચેરીઓને પણ આ અંગે ચુસ્તપણે અમલ થાય તે માટે જરૂરી સુચના આપવા વિનંતી છે.

બિડાણ :ઉપર મુજબ


ઉપ સચિવ

નર્મદા જળ સંપત્તિ પાણી પુરવઠા અને કલ્પસર વિભાગ

નકલ જાણ અર્થે રવાના :-

- સર્વ મુખ્ય ઇજનેરશ્રીઓ, નર્મદા, જળસંપત્તિ, પાણી પુરવઠા અને કલ્પસર વિભાગ, ગાંધીનગર.
- આ વિભાગની સર્વ શાખાઓ.
- સીસ્ટમ મેનેજર, આઇ.ટી. સેલ શાખા- નર્મદા, જળસંપત્તિ, પાણી પુરવઠા અને કલ્પસર વિભાગ, ગાંધીનગર
ગુ.રા.સે.(ત.સા.)નિયમ-૨૦૧૫ના નિયમ-૧૫(૧) હેઠળના પરિશિષ્ટ-૨ તથા ૨(અ) અને તા.૩૦/૮/૨૦૧૬ના ઠરાવ
હેઠળ આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગની ચેકલીસ્ટ, વિભાગની વેબસાઇટ પર પ્રસિધ્ધ કરવા વિનંતી સહ.
- આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ,અ.૧ શાખા,સચિવાલય, ગાંધીનગર. - જાણ સારું.

ગુજરાત રાજ્ય સેવા (ત.સા.) નિયમો, ૨૦૧૫ તથા તે અન્વયેના
તા.૩૦/૮/૨૦૧૬ના ઠરાવ હેઠળના આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગનું

ચેકલીસ્ટ

૦૧	અરજદારનું નામ	
૦૨	અરજદારનો મોબાઇલ નંબર તથા ઇ-મેઇલ અડ્રેસ	
૦૩	દર્દીનું નામ તથા સરકારી કર્મચારી/પેન્શનર સાથેનો સંબંધ.	
૦૪	નિયમ-૨(૨) હેઠળ દર્દી કુટુંબની વ્યાખ્યામાં આવે છે? (અરજદારે પોતે સારવાર લીધી હોય તો લાગુ પડતું નથી તેમ લખવું)	
૦૫	નિયમ-૧(૧.૨) હેઠળ તબીબી સારવારના નિયમો આ કિસ્સામાં લાગુ પડે છે?	
૦૬	સારવાર મેળવેલ હોસ્પિટલનું નામ. નિયમ-૪ અને નિયમ-૮ હેઠળ રાજ્ય સરકાર ધ્વારા એમ્બેનલ કરવામાં આવેલ હોસ્પિટલમાં સારવાર લીધેલ છે કે કેમ?.	
૦૭	નિયમ-(૨.૩),(૨૦૪) તથા (૨૦૫) હેઠળ સરકારી હોસ્પિટલ, સરકારી સમકક્ષ હોસ્પિટલ કે રાજ્ય સરકાર ધ્વારા માન્ય (એમ્બેનલ) હોસ્પિટલ છે કે નહિ?	
૦૮	નિયમ- (૧૨.૨) હેઠળ રાજ્ય બહારની હોસ્પિટલમાં સારવાર લેતાં પહેલા સરકારી હોસ્પિટલના અધિક નિયામકશ્રી, તબીબી સેવઓની મંજૂરી મેળવેલક છે કે કેમ? જો ના તો ઇમરજન્સીમાં રાજ્ય બહારની હોસ્પિટલમાં સારવાર લેવી અનિવાર્ય હતી તેવું સરકારી હોસ્પિટલના અધિકૃત ચિકિત્સકનું પ્રમાણપત્ર રજૂ કરવું.	
૦૯	અરજદાર સરકારી કર્મચારી/અધિકારી છે? પેન્શનર છે? કે બોર્ડ/કોર્પોરેશન/નિગમના કર્મચારી છે?	
૧૦	બોર્ડ/કોર્પોરેશન/નિગમના કર્મચારીના કિસ્સામાં તેઓએ ગુજરાત રાજ્ય સેવા(ત.સા.) નિયમો, ૨૦૧૫ના નિયમ(૧.૨.૧૦) હેઠળ કાર્યવાહી કરેલ છે?	

૧૧	સારવાર મેળવેલ રોગનું નામ.	
૧૨	સંબંધિત વહીવટીવિભાગનું નામ .	
૧૩	નિયમ-૧૫(૧) હેઠળના પરિશિષ્ટ-૨ તથા પરિશિષ્ટ-૨(અ)માં ક્લેઇમ રજુ કરેલ છે કે નહિ? (અલગ-અલગ હોસ્પિટલ માટે અલગ-અલગ પરિશિષ્ટ-૨ ભરવું)	
૧૪	નિયમ-૧૬ હેઠળ ક્લેઇમ સમયમર્યાદામાં રજુ કરેલ છે કે નહિ? જો હા .../પ.વિ. ના હોય તો વિલંબના વાજબી કારણો રજુ કરવા ત્યારબાદ વિલંબગ્રાહ્ય રાખવો કે કેમ તે આ વિભાગ ધ્વારા નિર્ણય લેવામાં આવશે.(વિલંબ માફ કરવાની સત્તા નિયમ-૧૬માં આપ્યા મુજબની રહેશે.).	
૧૫	નિયમ-૧૮ હેઠળ તબીબી ભથ્થુ રોકડમાં મેળવવા વિકલ્પ આપેલ છે કે નહિ?	
૧૬	નિયમ-(૧૯.૧) હેઠળ શારીરિક ખોડખાંપણવાળા કર્મચારીના કિસ્સામાં શારીરિક ખોડખાંપણ હોવા અંગેનું પ્રમાણપત્ર મેળવેલ છે કે કેમ?	
૧૭	દવાનું નામ(કેપીટલ અક્ષરોમાં), જથ્થો અને કિંમત દર્શાવતું પત્રક સામેલ છે કે કેમ?/પ.વિ.	
૧૮	સારવાર અંદરના દર્દી તરીકે લીધેલ છે કે બહારના દર્દી તરીકે ?	
૧૯	અંદરના દર્દી તરીકે લીધેલ હોય તો ડીસ્ચાર્જ સમરી કાર્ડ રજુ કરેલ છે?...../પ.વિ.	
૨૦	નિયમ-૨૩ હેઠળ વિભાગના વડાને જો ખાસ કિસ્સામાં મંજૂરી આપવાનું નિયત જણાતું હોય તો તે અંગેના સ્પષ્ટ કારણો સાથે અત્રે રજૂ કરેલ છે?	

તા:

કચેરીના વડાના સહી/સિક્કા

પરિશિષ્ટ-૨
(નિયમ ૧૫(૧) હેઠળ)
(દરેક દર્દી દીઠ અલગ-અલગ ભરવું)

૧	સરકારી કર્મચારીનું પુરેપુરું નામ :		
	હોલો :		
	પગાર :		
૨	કચેરી/વિભાગનું નામ :		
૩	તત્કાલિન ફરજ ઉપર હોય તે સ્થળનું નામ :		
૪	નિવાસ સ્થાનનું સરનામું :		
૫	માંદગી સમયના સ્થળનું નામ :		
૬	દર્દીનું નામ, ઉંમર અને કર્મચારી સાથેનો સંબંધ.		
૭	જ્યાં સારવાર લીધી હોય તે દવાખાનું/હોસ્પિટલનું નામ અને વિગત :		
	(અ) સરકારી		
	(બ) સરકાર માન્ય/ સરકારી સમકક્ષ		
	(ક) અન્ય :		
૮	બહારના/અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર લીધી હોય તેની વિગત:		
૯	તબીબી સારવાર પુરી પાડનાર તબીબી અધિકારીએ આપવાના પ્રમાણપત્રનો નમૂનો.		

આથી હું પ્રમાણિત કરું છું કે શ્રી/શ્રીમતી/કુમારી/ તે
.....માં નોકરી કરતાં શ્રી----- ના
(પુત્ર,પુત્રી,પતિ,પત્નિ) ----- (હોસ્પિટલ / દવાખાનું/મારા કન્સલ્ટીંગ
રૂમ) ખાતે તા----- થી તા.----- સુધી -----
----- રોગ માટે મારી સારવાર હેઠળ છે. અને મેં લખી આપેલી દવા હાલત દર્દી ની સુધારવા/વધુ
ગંભીર થતી અટકાવવા માટે જરૂરી હતી. સામાન્ય રીતે સ્ટોકમાં રાખવામાં આવતી નથી / સામાન્ય રીતે
સ્ટોકમાં રાખવામાં આવે છે. તેવી દવાઓ હોસ્પિટલમાં સ્ટોકમાં નથી અને તેમાં જેના માટે ચેટલાજ
ઔષધીય મહત્વ ધરાવતા સસ્તો પદાર્થ પ્રાપ્ય હોય એવી સ્વામીત્વવાળી બનાવટો તેમજ પ્રથમિક રીતે

ખોરાક, ટોનિક પ્રસાધન કે જંતુનાશક હોય એવી બનાવટોનો સમાવેશ થતો નથી. રોગ -----

----- અનિયમિત કે અસંયમી ટેવોથી પ્રત્યક્ષ રીતે થયેલ વધેલ કે ઉગ્ર બનેલ છે/નથી.

૧૦	વિગત	ચૂકવેલ રકમ રૂ.	મળવાપાત્ર રકમ રૂ.
	(ક) દવાનું નામ -		
	(ખ) તબીબી સારવાર દરમ્યાન હોસ્પિટલમાં થયેલ અન્ય ખર્ચની વિગત- દા.ત. ૧. ઓપરેશન ૨. લેબોરેટરી ખર્ચ (૩) રૂમ ચાર્જસ..... વિગેરે. આઇટમ મુજબ દર્શાવવી.		
	(ગ) ફૂલ રકમ માટે દાવો		
	(ઘ) અમાન્ય દવાઓ તથા નહીં મળવાપાત્ર ફૂલ ખર્ચ		
	(ચ) સંબંધી મળવાપાત્ર ફૂલ રકમ		
	(અંકે રૂપિયા	પુરા) શબ્દોમાં:	

સહી :-

નામ :-

સહી :-

નામ :-

અધિકૃત ચિકિત્સકની સહી અને સિક્કો.

હોસ્પિટલ ખાતે કેસનો હવાલો ધરાવતા તબીબી અધિકારીની સહી અને નામ.

-: સરકારી કર્મચારી, પેન્શનર કે તેના વાલી વારસનું કબુલાતનામું :-

(૧) આથી હું જ હેર કહે છું કે, મારી જાણ અને ધારણા મુજબ આ અરજી પત્રમાં દર્શાવેલ વિગતો સત્ય છે અને જેના માટે તબીબી સારવારનો ખર્ચ થયો છે તે વ્યક્તિ હું પોતે છું..

(૨) તબીબી ભથ્થું સ્વીકારવાનો વિકલ્પ આપેલ છે/નથી

(૩) મારા આશ્રિતએ અનુસુચિમાં દર્શાવેલ સમય દરમ્યાન તબીબી/આયુર્વેદીક દવાખાના/હોસ્પિટલમાં સારવાર લીધેલ છે./નથી.

સ્થળ :-

તારીખ :-

સહી/--

નામ/-

વિભાગ/કચેરીનું નામ.-.

વિભાગ

પરિશિષ્ટ-૨ (અ)

સરકારી મકર્મચારીને તબીબી અધિકારી ધ્વારા પ્રિસ્કાઇબ કરવામાં આવતી દવાનું નિયત નમુનાનું ફોર્મ.

૧. સરકારીકર્મચારીનું નામ :

૨. હોદ્દો:

દવાનું નામ

જથ્થો

(૧)

(૨)

(૩)

(૪)

(૫)

નોંધ :

૧) આ દવાઓ સરકારી હોસ્પિટલમાં પ્રાપ્ય નથી.

(૨) આ જેનેરિક દવા છે/નથી. જો નહોતો કારણો.

સહી :

સહી:

નામ :

નામ :

અધિકૃત ચિકિત્સકની સહી અને સિક્કો.

હોસ્પિટલ ખાતે કેસનો હવાલો ધરાવતા તબીબી
અધિકારીની સહી અને નામ.