

ગુજરાત રાજ્ય સેવા (તબીભી સારવાર) નિયમો,  
૧૯૮૮: કલ્યાણ માટેની ચાર્જયની પાનગી  
છોસ્પિટલોમાં લીધેલ સારવારનું ખર્ચ રીઓફર્સ  
કરવા બાળત.

ગુજરાત સરકાર  
આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ  
ઠારાવ ક્રમાંક : એમબેઝુ-૧૦૨૦૦૦-૪૬૩૨-અ  
સાચિવાલય, ગાંધીનગર.  
તા. ૮/૬/૨૦૦૫.

વંચાણમાં લીધા :-

આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ, સાચિવાલય, ગાંધીનગરના ઠારાવ ક્રમાંક :-

- (૧) એમબેઝુ-૧૦૮૮-૨૬૧૬-૧, તા. ૩૦-૧૨-૮૮
- (૨) એમબેઝુ-૧૦૮૧-પુ.એટ-૧૮૧-અ, તા. ૨-૧૨-૮૧
- (૩) એમબેઝુ-૧૦૮૪-૨૨૫-અ, તા. ૩૦-૮-૮૫
- (૪) એમબેઝુ-૧૦૮૩-૨૩૨૭-૮૮૨-૮૮-૧, તા. ૨૬-૩-૮૮
- (૫) એમબેઝુ-૨૦૦૦-૨૬૨-અ, તા. ૧-૪-૨૦૦૦
- (૬) એમબેઝુ-૧૦૨૦૧૦-શી એમ.૧૮, તા. ૧-૧-૨૦૦૧
- (૭) એમબેઝુ-૧૦૨૦૦૦-એમબાર-૧૧૧-અ, તા. ૧-૪-૨૦૦૧
- (૮) એમબેઝુ-૨૦૦૪-૨૬૫૦-અ, તા. ૨૮-૧૨-૨૦૦૪

અભિયાન :-

ગુજરાત રાજ્ય સેવા (તબીભી સારવાર) નિયમો, ૧૯૮૮ ના નિયમ-૮ ની જોગવાઈ મુજબ સરકારી કર્મચારી માંડો પડે તો પ્રયત્ન તેના મુખ્ય મથકે આવેલી સરકારી છોસ્પિટલ કે દ્વારાનામાં સારવાર માટે જવાનું હોય છે અને ત્યાર બાદ અધિકૃત વિકિત્સકના રેફરન્સ મુજબ ગુખ્ય મથક જિવાયની જિલ્લાની કે રાજ્યની છોસ્પિટલમાં સારવાર માટે જવાનું હોય છે. રાજ્ય ભાદરની છોસ્પિટલમાં સારવાર વેવાની હોય તો અધિક નિયમાંકળી (તબીભી સેવાઓ) ની પૂર્વમંજૂરી વેવાની થાય છે. કલ્યાણ જેવી ગાંધીર બીમારીના કેસોમાં અધિક નિયમાંક (તબીભી સેવાઓ)ની પૂર્વમંજૂરી મેળવવાનું દુદાદારમાં શક્ય બનાય નથી

હોસ્પિટલોમાં કરાવેલ કદમ્બ રોગના ઓપરેશનો માટે આ સાથે બીજે પત્રક મુજબના સામાન્ય દરો (Common package) મુજબનું રીઝોમાસ્ટર્સેન્ટ નીચે જણાવેલ શરતો અને કાર્યરીતિને ગંભીર ગંજૂર કરવાનું આપ્યું હરાવવામાં આવે છે.

### રાજ્યની કદમ્બ રોગની ખાનગી હોસ્પિટલો.

- (૧) રાજ્યસ્થાન હોસ્પિટલ, શાહીભાગ, અમદાવાદ.
- (૨) ડી.ડી.એમ. ઇન્સ્ટીટ્યુટ આન્ડ કાર્ડિયોલોજી એન્ડ કાર્ડિયો વાલ્યુલર સર્જરી, નર્સિયાદ
- (૩) ટિચા હોસ્પિટલ, અમદાવાદ.
- (૪) બરોડા હાઈ ઇન્સ્ટીટ્યુટ એન્ડ રીસર્ચ સેન્ટર, વડોદરા.
- (૫) મહારાજા હેલ્થ એન્ડ મેડિકલ સોસાયટી સંચાલિત શ્રી બ્રાહ્મ. મહેતા કાર્ડિયોક્લિનિક હોસ્પિટલ, સુરત.
- (૬) મહા ગુજરાત મેડિકલ સોસાયટી સંચાલિત ડી.એડ પટેલ કાર્ડિયોલોજી સેન્ટર, નર્સિયાદ.
- (૭) એચ.એ.એલ(સાલ) એન્ડ મેડિકલ ઇન્સ્ટીટ્યુટ, અમદાવાદ.
- (૮) હોં કાર્ડિયોક્લિનિક ડેર ચેરીટેનલ ટ્રસ્ટ સંચાલિત હોસ્પિટલ, અમદાવાદ.
- (૯) સ્ટલાંગ હોસ્પિટલ, અમદાવાદ.
- (૧૦) ભાડીલાલગાંડ રાગાન જાળરા હોસ્પિટલ, વડોદરા.
- (૧૧) ધકાશ હોસ્પિટલ, રાજકોટ.
- (૧૨) ડૉ. જીવરાજ મહેતા સ્મારક હેલ્થ ફાઉન્ડેશન સંચાલિત ડૉ. જીવરાજ મહેતા હોસ્પિટલ, અમદાવાદ.
- (૧૩) અપોલો શ્રૂપ સંચાલિત અપોલો હોસ્પિટલ, ભાટ-ગાંધીનગર.
- (૧૪) પ્રશાંતિ મેડિકલ સર્વિસીઝ એન્ડ રીસર્ચ ફાઉન્ડેશન રાજકોટ સંચાલિત શ્રી સત્ય સાંઈ હાઈ હોસ્પિટલ, રાજકોટ.
- (૧૫) બેન્કર્સ હાઈ ઇન્સ્ટીટ્યુટ, વડોદરા.

### શરતો :-

- (૧) ઉપર જણાવેલ ઈ ખાનગી હોસ્પિટલોમાં સારવાર લેનાર સરકારી કર્મચારીઓ/અધિકારીઓ/પેન્શનરો કે તેમના કુટુંબાજનોના કદમ્બ રોગની જે તે સારવાર માટે આ રાન્ધે-ના પત્રકમાં જણાવેલ સામાન્ય દર (Common package) નથી સંબંધિત ખાનગી હોસ્પિટલો પ્લાન કરવામાં આવેલ ચાર્જ એ બે પેઝી જે ખોલ્દી લોય હોય તે દર જેઠાં રાન્ધે-ના સંબંધિત પત્રક પ્લાન થશે.

- (૬) ઉપર જણાવેલ હોસ્પિટલના ભાલો જે અનુસૂચિ-૧ સાથે સંબંધિત કર્મચારી/ અધિકારી/ પેન્શનરે આધિકૃત ચિકિત્સકને રજૂ કરવાના હે, તે બીલોના સંદર્ભમાં સ્પષ્ટતા મેળવવી જરૂરી જગ્યાએ તો આધિકૃત ચિકિત્સક આ બાબતમાં આધિક નિયામક (તબીબી રેવાઓ) નો પરામર્શ કરવાનો રહેશે. તે જ રીતે હોસ્પિટલ ધ્વારા કરાયેલ ઓપરેશનમાં આપાયેલ સારવારના સંદર્ભમાં સ્પષ્ટતા જરૂરી જગ્યાએ ત્યાં સંબંધિત મંજૂર કરનાર સત્તાધિકારીએ પજ અધિક નિયામક (તબીબી રેવાઓ) નો પરામર્શ કરવાનો રહેશે.
- (૭) આધિકૃત ચિકિત્સકને ગ્રતિ હસ્તાગર માટે રજૂ ધ્વેલ બીલો તેમજ મંજૂર કરનાર સત્તાધિકારી સમય મંજૂરી માટે રજૂ ધ્વેલ બીલો છંકાસ્પદ / ભૂલારેવાં અથવા ખોટાં જગ્યાએ તેવા તેસાં રાખાયિત રારવાર લીધેલ ખાનગી હોસ્પિટલના વ્યવસ્થાપકનો પરામર્શ કરવાનો રહેશે અને તેવા ભાલો રજૂ કરવાનાં બનાવટ/ છેતરપદી કરી દોવાનું જગ્યાએ તો તેની જગ્યા સંસ્કરણ અધિકારીને કરવાની રહેશે અને તેવા હેઠાં કેસની ગંગારતા/ શુદ્ધાત્તરી ધ્યાને વઈ ફેઝ/ નિપાલેનુંધાર વહીવટી પગલાં/ કાપકાઢીય પગલાં લેવાના રહેશે.
- (૮) મંજૂર કરનાર સત્તાધિકારી ધ્વારા ઉપર જણાવેલ ખાનગી હોસ્પિટલથોં લીધેલ ફેઝ રોગની રારવાર અંગેના મંજૂર કરેલ બીલોના કુકમની એક નકલ સંબંધિત વહીવટી વિલાગને તથા કમિશનર્સ્ટી (આરોગ્ય) ની કચેરીને અચૂક ગોકુલવાની રહેશે.
- (૯) કર્મચારી/ આધિકારી/ પેન્શનર ધ્વારા રીઓળર્સેન્ટ માટે રજૂ કરવાનાં આવેલ ગેડીચલ કલેઇડ્સ/ બીલોના સંદર્ભમાં ઉપસ્થિત કરાયેલ વિવાદ/ દાખલ કરાયેલ કોઈ કેસમાં બાદાંથી કાર્યવાહીની સંપૂર્ણ જવાબદારી મંજૂર કરનાર સત્તાધિકારીની રહેશે, આ બાબતાનાં જરૂર જગ્યાએ ત્યાં સંબંધિત ખાતા/ કચેરી ધ્વારા આધિકૃત ચિકિત્સક/ આધિક નિયામક (તબીબી રેવાઓ) ની સલાહ/ માર્ગદર્શન મેળવવાનું રહેશે.

१७. સર્વ શિવેલ રાજીનક્ષેત્રાંથો/ આપિયાકાઓનો/ રાગુણિક આરોગ્ય કેન્દ્રના આપિયાકાઓનો.  
 १૮. સર્વ જિલ્લા કલેક્ટરશ્રીઓ, ગુજરાત રાજ્ય.  
 ૧૯. સર્વ જિલ્લા વિકાસ અધિકારીશ્રીઓ, ગુજરાત રાજ્ય.  
 ૨૦. નિયામકશ્રી, યુ.ગેન. મહેતા ઈન્સ્ટીટ્યુટ એફ કાર્ડિયોલોજી એન્ડ રીસર્ચ અમદાવાદ.  
 ૨૧. તાળીઓ આપિયાકાશી, વી.ગેસ. પટેલ હોસ્પિટલ, આશ્રમ રોડ, અમદાવાદ.  
 ૨૨. સર્વ સંનાયાત સંસ્થાઓ.  
  - રાજ્યસ્થાન હોસ્પિટલ, શાહીગાંગ, અમદાવાદ.
  - ડી.ડી.એમ. ઈન્સ્ટીટ્યુટ એફ કાર્ડિયોલોજી એન્ડ કાર્ડિયો વાસ્ક્યુલર સર્જરી, નાડિયાદ
  - ક્રિઝા હોસ્પિટલ, અમદાવાદ.
  - બોરોડ હાઉસ ઈન્સ્ટીટ્યુટ એન્ડ રિસર્ચ સેન્ટર, વડોદરા.
  - મહાવાર હેલ્પ એન્ડ મેડિકલ રોચાયાની સંચાલિત શ્રી ડી.ડી. મહેતા કાર્ડિયોક હોસ્પિટલ, સુંગા ગુજરાત મેડિકલ સોસાયટી સંચાલિત ડી.ડી. પટેલ કાર્ડિયોલોજી સેન્ટર, નાડિયાદ.
  - બોરોડ.એ.એવા(ચાલ) એન્ડ મેડિકલ ઈન્સ્ટીટ્યુટ, અમદાવાદ.
  - હોપ કાર્ડિયોક હેર ચેરિટેબલ ટ્રસ્ટ સંચાલિત હોસ્પિટલ, અમદાવાદ.
  - સુલોગ હોસ્પિટલ, અમદાવાદ.
  - બાઈલાલનાઈ અમાન જપરેવ હોસ્પિટલ, વડોદરા
  - પાલા હોસ્પિટલ, રાજકોટ.
  - ડૉ. જીવરાજ પાટેલ સ્પાર્ક હેલ્પ ફાઉન્ડેશન સંચાલિત ડૉ. જીવરાજ મહેતા હોસ્પિટલ,  
અમદાવાદ.
  - અપોલો શ્રૂપ સંચાલિત અપોલો હોસ્પિટલ, લાટ-ગાંધીનગર.
  - ગ્રામાંતિ મેડિકલ સાર્વેરિયાન એન્ડ રીસર્ચ કાઉન્સિલ રાજકોટ સંચાલિત શ્રી ચલ્ય  
રાંદ હાઉસ હોસ્પિટલ, રાજકોટ.
  - નેન્કરી હાઉસ ઈન્સ્ટીટ્યુટ, વડોદરા.

૨૩. કોકાઉન્ડાટ જનરલશી, રાજકોટ/ અમદાવાદ.

૨૪. હિસ્પાન અને તિજોરી આપિયાકારીશ્રીઓ, ગાંધીનગર.

૨૫. સર્વ જિલ્લા તિજોરી આપિયાકારીશ્રીઓ, ગુજરાત રાજ્ય.

૨૬. માધીતી નિયામકશ્રી, ગુજરાત રાજ્ય આ લાખો સર્વ વર્તમાનપગોમાં બહોળી પ્રસિદ્ધ,  
કર્વાની વિનાંતી સાથે.

૨૭. ચીલેકર બાંદુલ.

(રા.મ.ક. વિભાગ, સાચેવાલાય, સંધીજન્દનાં નં. લ-૮-૦૫નું હોલ નંબર:  
એમનેશ્વર-૧૦૨૦૦૦-હલજર અનું જોડાય)

પત્રક

ક્રમાંક	લાભધારણું રૂપાં	કર્મચારીઓના વીચોફલગ્રેન્ડ માટેના દાખલ્ય રૂપ (Common package)
૧.	કોરોનરી સોન્છુયોગ્રાફી	રૂ. ૬,૫૦૦/- (રૂપિયા નંબર હજાર પાંચસે)
૨.	કોરોનરી આર્ટર્ડ્રો બાયપાસ યાફટીંગ (સી.એ.બી.શ.)	રૂ. ૬૭,૦૦૦/- (રૂ. સાધઠ હજાર પૂરા) + રૂ. ૬,૦૦૦/- ની દવાઓ.
૩.	એન્જુયોપ્લાસ્ટી રીંગલ વેસલ વિલ્ય રેન્જ (પીટીસીએ)	રૂ. ૬૦,૦૦૦/- (રૂ. સાધઠ હજાર પૂરા) + રૂ. ૨,૮૦૦/- ની દવાઓ.
૪.	એન્જુયોપ્લાસ્ટી રીંગલ વેસલ વિલ્ય રેન્જ (પીટીસીએ)	રૂ. ૨૨,૦૦૦/- (રૂપિયા એક લાખ પૂરા) (જેમાં સ્ટેન્ટની ડિમત સામેલ છે) અથવા રૂ. ૬૮,૦૦૦/- + સ્ટેન્ટની ડિગત (જે સ્ટેન્ટની માર્ગાદારાં)
૫.	એન્જુયોપ્લાસ્ટી રીંગલ વેસલ વિલ્ય રેન્જ (પીટીસીએ)	રૂ. ૮૦,૦૦૦/- (રૂ. કૌંશી હજાર પૂરા)
૬.	એન્જુયોપ્લાસ્ટી રીંગલ ડિલાન વેસલ વિલ્ય રેન્જ (પીટીસીએ)	રૂ. ૮,૫૦,૦૦૦/- થી રૂ. ૯,૫૦,૦૦૦/- (રૂ. નાન લાખ પશીદા હજાર થી એક લાખ પશીદા હજાર પૂરા) (જેમાં સ્ટેન્ટની ડિમત સામેલ છે) અથવા રૂ. ૬૮,૦૦૦/- (રૂ. સાધઠ હજાર પૂરા) + સ્ટેન્ટની ડિગત (જે સ્ટેન્ટની માર્ગાદારાં)
૭.	આર્ટરિલ રોટલ ડીફેક્ટ (ટોઅસડી)	રૂ. ૩૧,૦૦૦/- (રૂ. પાંત્રીસ હજાર પૂરા)
૮.	વાર્ટીએગ્ઝુલર સેપટન ડીફેક્ટ (વીચોસડી)	રૂ. ૮૫,૦૦૦/- (રૂ. સુડતાલીસ હજાર પૂરા)
૯.	પેટન ડક્ટર્સ એન્જીનીઝર્સ (પીડીએ)	રૂ. ૫,૦૦૦/- (રૂ. માંસ હજાર પૂરા)
૧૦.	સીનરસ લાલ રીપ્લોન્ડ (એમ.પી.ચાર.)	રૂ. ૫૦,૦૦૦/- (રૂ. પચાસ હજાર પૂરા) + ગાલ્વાનિ ડિમત

## મર્ગીકલ દરખાસ્ત

### કંપનીની કચેરી મંજુરી મુદ્દવા માટે

- (૧) સરકારબીના આદેશ્ય બન કલ્યાણ વિભાગના દરાર ક્રમાંક અમ.અ.જ. ૧૦૨૦૦૦-૪૫૩૨-અ.તા.દાદ ૨૦૦૫ ની સુચના મજબ દરખાસ્ત તૈયાર કરવી. (તથા નકલ DEO ને માંડલવી).
- (૨) ૧/૧૧/૨૦૧૦ નો કમિશનર કચેરીના ગરિયત ક્રમાંક અમશ-માધ્ય-તબીબી-૪-૨-૨૦૧૦, ૨૩૦૮૬-૧૧૩ તા. ૧/૧૧/૧૦ મુજબ કાયવાહી કરવી.
- (૩) મેડીકલ બીલ દરખાસ્ત કોર્મ નિયત નમુનાના ભરવા, ચેકલીસ્ટ વગેરે સાથે.
- (૪) કર્મચારીની નોકરી પ વર્ષથી વધારેનું પ્રમાણપત્ર આપવું.
- (૫) મેડીકલની રકમ LIC કે અન્ય વીમાંકની પાસેથી લીધેલ નથી તેવું કબુલાતનામું.
- (૬) અસલ બીલો - સારવાર જે ડૉ. ની લીધી હોય તેના ડૉ. તથા હોસ્પિટલના સહી સિક્કા દરેક બીલમાં કરાવવા.
- (૭) અસલ અનુસુચિમાં પણ ડૉ. ના સહી સિક્કા કરાવાના.
- (૮) ડીસ્ચાર્જ સટીફીકેટ જોડવું.
- (૯) અસલ પહોંચો જોડવી.
- (૧૦) સંસ્થાના કર્મચારીની સેવા વિષયના આધાર જેવા કે પગાર સ્લીપ, શાળા કોડ નં - અમલોય નં - દર્શાવવા.
- (૧૧) ગ્રાન્ટેડ શાળાનું પ્રમાણપત્ર જોડવું.
- (૧૨) કેપીટલ અક્ષરમાં યાદી દવાનું, દુકાનનું નામ, દવાનું નામ, તારીખ, જથ્થો, રકમની યાદી કરવી.
- (૧૩) ફાઈલોને પાના નં. આપી ઇન્ડેક્ષ બનાવવી.
- (૧૪) અનુસુચીનું સમરીપત્રક મુજબ જ બીલ ગોઠવી તેમાં અનુસુચિના બીલના નામ પ્રમાણે જ બીલના રકમ ગોઠવવી.
- (૧૫) ૧ અસલ તથા બે ઝેરોક્ષ કોપી દરેકમાં અસલ તથા ઝેરોક્ષ નકલમાં આચાર્યશ્રીએ સહી સિક્કા કરવા.
- (૧૬) મેડીકલ વિકલ્પ કોર્મમાં સ્પષ્ટ શબ્દોમાં લખવું કે હું પગારમાં મેડીકલ ભથ્થુ મેળવું છું જે મળેલ રકમ હું આ બીલ મંજુર થયે તેમાંથી કાપવાની બાંહેધરી આપું છું.
- (૧૭) આશ્રિતના સંજોગોમાં આશ્રિતનો આધાર, મામલતદારનો આવકનો દાખલો, રેશનકાર્ડ
- (૧૮) પેન્શનરના ડિસ્સામાં પેન્શન મેળવતાનો આધાર.

તબીબી સારવાર નવ્ય એશનોની મંજુરી મળવવા અંગેની દરખાસ્ત

૧	અરજદારનું ગાંધુર નામ કાઢો		
૨	શાળાનું નામ જાણ સર્વ-નામ		
૩	અરજદારની નિયમિત નિયમિતના તારીખ		
૪	અરજદાર એટા ૫૭ કે લેખન દુંબના સાથની (ચાંદીન કેવી છે ? (નામ દર્શાવનું.) દરખાસ્તમાં આધારો સામેલ રહેલવા.		
૫	અરજદારે સારવાર લીધેલ હોસ્પિટલનું નામ. આ હોસ્પિટલ સરકારી , ખાનગી કે સરકાર માન્ય હોસ્પિટલ છે ? તે દર્શાવવું.		
૬	ખાનગી હોસ્પિટલ જાતે તબીબી સારવાર મેળવવા માટે નજીકની સીવીલ હોસ્પિટલ કે સીવીલ હોસ્પિટલ, અમદાવાદનો સંપર્ક કરેલ છે કે કેમ ? તેની ભવામણ પત્રની નકલ.		
૭	તબીબી સારવારની વિગત. (રોગનું નામ)		
૮	અરજદારે આ મેડિકલ બીલનો લાભ મેડિકલેઇમ કે અન્ય વીમા કંપની પાસેથી મેળવેલ નથી તે અંગેનું કબુલાતનામું. (જો, છા , તો આધાર સામેલ રાખવો)		
૯	સાર્વવારમાં લીધેલ દ્વારાઓની યાદી કેપીટલ અંશીમાં તૈયાર કરી સામેલ રાખેલ છે .		
૧૦	અરજદારે જે છે હોસ્પિટલમાં સારવાર લીધી છોય તેની વિગત. (અંદરના હાદી તરીકે કે બાહારના હાદી તરીકે તે સાર લખવું) હોસ્પિટલનું પ્રમાણપત્ર સામેલ રાખવું.		
હોસ્પિટલનું નામ	સારવારનો સમયગાળો તારીખથી તારીખ સુધી	થયેલ કુલ ખર્ચ	

૧૧	તબીબી સારવાર ખર્ચની પેશગીના કલેઈમ તબીબી સારવાર મેળવવા માટે રહોયાં હોલ્સ્પીલ્સના અભિપ્રાણ અને અંદરાંથી જર્ચરી    વિગતનું સટીફિકેટ ને ૧૪ તબીબી સારવાર મેળવતા પહેલાં આજક નિયામક તબીબી સેવા અને ગારોગ્ય ખાતાની પૂર્વ મંજુરી લીધેલ છે કે કેમ? તેના પત્રાંબર અને તારીખ.
૧૨	તબીબી સારવાર / પેશગીના ખર્ચના કલેઈમ ૨૬મ.

ઉપરોક્ત વિગતો સાચી અને મારી જાણ મુજબની છે તેની ખાતરી આપું છું.

તારીખ :

અરજદારની સહી

### આચાર્યની સહી / સિક્કો

આથી	પ્રમાણિત	કરવામાં	આવે	છે	કે,	શ્રી
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
..... શાળા.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
મંજુરી માટે છે દરખાસ્ત કરેલ છે તેની તબીબી સારવારના નિયમો – ૧૯૮૮ દેઢણ જરૂરી ચકાસણી કરેલ છે અને ગ્રાહ્ય રાખવાની ભલામણ કરવામાં આવે છે. સદર શાળા બિન સરકારી માન્ય અને ગ્રાન્ટ લેતી શાળા છે. અરજદાર શ્રી ..... નિયમિત રીતે નિમજૂંક પામેલ અને શાળાના પે રોલ પરના કર્મચારી છે અને સીધા પગાર યોજના દેઢણ પગાર મેળવે છે.	.....	.....	.....			

- (૨) અરજદાર કુટુંબના સભ્યશ્રીઓનો આ કેસ છે અને તે અરજદારના ..... છે.  
(માતા, પિતા, પુત્ર વગેરે) અને કુટુંબની વ્યાખ્યામાં તે અણે છે. આ માટે રેશનાંગ  
કર્દની પ્રમાણિત ઝોરોક્ષ નકલ સામેલ છે.

તારીખ :

સ્થળ :

જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીની સહી/સિક્કા

બિન સરકારો માધ્યમિક / ઉત્તર માધ્યમિક ગ્રામીનો કંગારોનોના જીવિતી સારવારા -  
ખર્ચની મંજૂરી માટેનું શેકલીસર્વ : - (૨૦૧૦)

ક્રમ	વિશેષ	રજી કરવાની રીત પ્રક્રિયા	પાઠી નામ
1	અરજદારનું નામ, લાંબું તથા રોલેનું નામ (નાકરીનાં જનરિનું પ્રમાણાત્મક સામેલ રાખવું)		
2	સહરાહ રાખાનું વ્યાપકી ફાફ વિજ્ઞાવું હું જેને કણાની કે હંગામી કર્મચારીને છે તે દર્શાવવું.		
3	સહરાહ શાળા બિન સરકારો અને અનુદ્ધાન સ્વાવત્ત્રા સરકાર માન્ય સંસ્થા હે? જિંદિનનું પ્રમાણાત્મક મુલ્ય.		
4	અરજદાર કર્મચારી સીધા પણી યોજના તથી પણી મેળવે હે?		
5	અરજદાર નિયમિત રીતે નિમાયેલા અને મળવાપાત્ર મહેકમની મર્યાદામાં સમાવેશ થયેલ છે?		
6	અરજદાર તબીબી ભથ્થું રોકડમાં મેળવે છે કે કેમ? તો અંગે સંસ્થાના વિકલ્પ ફોર્મ સામેલ રાખવું.		
7	વયનિવૃત્તિના ડિસ્કામાં નિવૃત્તિ તારીખ. (આધાર સામેલ રાખવો)		
8	અવરાનના ડિસ્કામાં મરાઝની તારીખ. (મરાઝનો દાખલો સામેલ રાખવો)		
9	અરજદારની સખમ અધિકારીને પ્રથમ અરજી કર્યા તારીખ. (નકલ સામેલ રાખવી) જો સમયમાયદામાં નારજી કરેલ ન હોય તો તેના વિલંબના પ્રરાશો આધાર સહ રજી કરવા.		
10	અરજદાર પોતે છે કે તેમના કુટુંબના સભ્યનો (આન્ધ્રા) કેસ છે? (નામ દર્શાવવું.)		
11	અરજદારના કુટુંબના સભ્યનો સમાવેશ મુંબઈ મુલ્ય સેવા નિયમ લેટનની કુટુંબની વાય્યામાં આવી જાય છે કે કેમ.		
12	આન્ધ્રાની ઉમર. (ગેડ.સી.ની નકલ) અથવા અન્ય પ્રમાણભૂત આધારો		
13	આન્ધ્રાનો આધાર. (પેઢીનામું, રેશનકાર્ડ, તેમજ આન્ધ્રાની તરીકે સર્વિસ રેકર્ડમાં નોંધાયેલ હોય તો તેની નકલ.)		
14	આન્ધ્રાના આવકનો દાખલો. (તલાઈ કે મામલતદારનો દાખલો)		
15	આન્ધ્રાના નામે કોઈ સ્થાવર / ઊગમ મિલકત છે કે કેમ? જો હા, તો તલાઈ કે મામલતદારનો દાખલો		
16	અરજદારે સારવાર લીધેલ હોસ્પિટનું નામ. આ હોસ્પિટલ સરકારી, આનગ્રા કે સરકાર માન હોસ્પિટ છે? તે દર્શાવવું.		

17	કૃદ્ય રોગની સારવાર કે ક્રોણિક રોગ નથું નથું, આ હોસ્પિટલ નારોગ અને પારવાર કલ્યાણ વિભાગનો તા. ૬-૬-૨૦૦૫ ના ઠરાવની દર્શાવેલ માન્ય હોસ્પિટલ પેડોના છે કે કેમ?
18	અરજદારે લીધેલ સારવારના સમયગાળાં, (અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર લીધેલ છે કે બહારના દર્દી તરીકે તે દર્શાવવું અને આધાર સામેલ રાખવો)
19	સરકારી હોસ્પિટલ ખાતે આવી સારવાર ઉપલબ્ધ હોવા છતાં ખાનગી હોસ્પિટલ ખાતે સારવાર લીધી છે? જો લા તો અરજદારની અરજીમાં સ્પષ્ટ કારણો દર્શાવવા.
20	ખાનગી હોસ્પિટલમાં સારવાર લેતા પૂર્વ અધિક નિયામક તબીબી સેવાઓ ગાંધીનગરની પૂર્વમંજુરી લીધી છે?
21	ખાનગીહોસ્પિટલમાં સારવાર મેળવવા માટે અધિક નિયામક તબીબી સેવાની પૂર્વ મંજુરી મેળવેલ છે?
22	રાજ્ય બહાર સારવાર લેવા અધિક નિયામક તબીબી સેવાની મંજુરી લીધી છે?
23	કયા રોગ માટેની સારવાર ખર્ચની મંજુરીની બાબત છે. (કયા ઠરાવની જોગવાઈ લાગુ પડે છે? શક્ય હોય તો નકલ બીડવી)
24	સારવાર લીધા બાદ પાછલી અસરથી અધિક નિયામક તબીબી સેવાની મંજુરી લીધી છે?
25	અરજદારે આ મેડિકલ બીલનો લાભ મેડિકલેઇમ કે અન્ય વીમા કંપની પાસેથી મેળવેલ નથી તે અંગેનું કબુલાતનામું. (જો, લા, તો આધાર સામેલ રાખવો)
26	તબીબીસારવાર દેઠણ લીધેલ દવાઓની યાદી કેપીટલ અક્ષરોમાં તૈયાર કરી સામેલ રાખેલ છે કે કેમ?
27	કૃદ્ય રોગની સારવાર માટે આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગનો તા. ૬-૬-૨૦૦૫ ના ઠરાવની જોગવાઈ લાગુ પડે છે કે કેમ?
28	કૃદ્ય રોગની સારવાર માટે જિલ્લાના સિવિલ સર્જન (વર્ગ-૧) ની પ્રતિસહી અનુસૂચિ ઉપર મેળવેલ છે કે કેમ? અને ભલામણ થયેલ છે કે કેમ? જો લા, તો નંબર / તારીખ દર્શાવેલ છે કે કેમ? તેના ખરાઈ કરી લેવી.
29	પેશગીની દરખાસ્તમાં આધિકૃત ચિકિત્સકની ભલામણ થઈ આવેલ છે કે કેમ?
30	અરજદારની માંગણી મુજબ સારવાર ખર્ચ તબીબી નિયમો દેઠણ મળવાપાત્ર છે કે કેમ?
31	તબીબી સારવાર ખર્ચ મંજુર કરવા જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રીનો સ્પષ્ટ અભિપ્રાય.

(ઉપર જણાવેલ બધી જ વિગતો દર્શાવવાની રહેશે. જો કોઈ વિગત લાગુ પડતી ન હોય તો "લાગુ પડતું નથી" તેમ દર્શાવવું.)

દરખાસ્તની ચકાસણી કરનાર.

કર્મચારીનું નામ, હોદ્દો અને સહી

જિલ્લા શિક્ષણાધિકારીશ્રીની સહી / સિક્કો

આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગના પરિગત ક્રમાંક જોમનોઝી-ગુજરાત રૂએ-૧  
તા. ૧-૪-૨૦૦૬ ના પરિપત્રનું બિડાણ ચેકલીસ્ટ :-

કર્મચારીનું નામ અને લોધ્દો :-

દાદાનું નામ :-

શાળાનું નામ :-

ક્યા રોગના સારવાના વિગત છે તેની વિગત :-

૧	નિયમ ૧(૮) હેઠળ તબાબી સારવાના નિયમો આ ડિસ્સામાં લાગુ પડે છે કે કેમ ?	
૨	નિયમ-૨ (૨) હેઠળ અરજદાર, કર્મચારી કુટુંબના સત્ય કુટુંબની વ્યખ્યામાં આવે છે કે કેમ ?	
૩	નિયમ-૫ હેઠળ કર્મચારીના મખ્યમથકે સરકારી હોસ્પિટલ / દ્વારાનું ઉપલબ્ધ લોય તેમ છતાં જિલ્લાના અંદરની અન્ય હોસ્પિટલમાં સારવાર લેવા માટે અધિકૃત ચિકિત્સકના ભલામણ કે અધિક નિયાપકશ્રી (તબીબી સેવાઓ) ગાંધીનગરની પૂર્વમંજુરી મેળવેલ છે કે કેમ ?	
૪	નિયમ-૮(૧) (ગ) હેઠળ રાજ્ય બહારની હોસ્પિટલમાં સારવાર હેતાં પસેદાં અધિકૃત ચિકિત્સકની ભલામણ તથા અધિક નિયાપકશ્રી (તબીબી) ની પૂર્વ મંજુરી મેળવવામાં આવી છે કે કેમ ? જો ના, તો ઈમરજન્સીમાં રાજ્ય બહારની હોસ્પિટલમાં સારવાર લેવાનાં સબજ કારણો.	
૫	નિયમ-૧૦ હેઠળ અનુસૂચ-૧ માં કરેલ રજુ કરેલ છે કે કેમ ?	
૬	નિયમ-૧૧ હેઠળ કલેમ સમયમયદ્વારામાં રજુ કરવામાં આવેલ છે કે કેમ ? જો ના, તો તે અંગેના કારણો.	
૭	નિયમ-૧૫ હેઠળ તબીબી ભથ્યું રોકડમાં મેળવવા તથા તબીબી સારવારના ખર્ચનું રીઓમ્બર્સમેન્ટ વિકલ્પ આપેલ છે કે કેમ ?	
૮	નિયમ-૧૬ હેઠળ શારીરિક ઓડિગાંગણવાળા અપંગ કર્મચારીઓના ડિરસાઓમાં અપંગપણા માટે અધિકૃત ચિકિત્સકનું પ્રમાણપત્ર મેળવેલ છે કે કેમ ?	
૯	નિયમ-૧૫ (૬) અથવા નિયમ-૧૭ (૨) હેઠળ વિભાગના સચિવશ્રીને ખાસ ડિસ્સામાં મંજુરી આપવાનું ઉચિત જણાતું લોય તો તે અંગેના સાપણ ફરજાના સાથેની ભલામણ પેન્શનરોના ડિસ્સામાં આ નિયમ હેઠળ જો ભલામણ ઉચિત જણાય તો નિયાપકશ્રી, હિસાબ અને તિજોરી કચેરીએ ખાસ ડિસ્સાની ભલામણનાં સ્પષ્ટ કારણો સાથે અને દરખાસ્ત કરવાની રહેશે.	

તારીખ :-

સ્થળ :-

ચિહ્ન: શિક્ષણાધિકારીશ્રીની સહી / સિક્કો.

# મેડીકલ વિકલ્પ ફોર્મ

પરિશિષ્ટ-૧

**(૧) કર્મચારીએ ભરવાની વિગત :-**

કર્મચારીનું નામ :

છોટો :

પતિ,

આચાર્ય/શ્રી,

(૧) રાજ્ય સરકારના કર્મચારીઓને 'તબીબી ભથ્થુ' આપવા અંગેની શરતો-જોગવાઈઓની મને જાણ કરવામાં આવી છે, મેં વાંચી છે અને સમજ્યો/સમજ્ઞ છું. અને ગુ.રા. સે. (તબીબી સારવાર) નિયમો, ૧૯૮૮ લાગુ પડે છે. આથી સને : ૨૦ -૨૦ ના નાણાંકીય વર્ષ માટે હું તબીબી ભથ્થુ મેળવવાનો વિકલ્પ આપું છું/આપતો/આપતી નથી.

(૨) મારા/મારી/પતિ/પતિની/ભાઈ/ભાઈની/પિતા/માતા/પુરુષ/પુત્ર નામે \_\_\_\_\_

તે

ની કચેરી/વિભાગમાં રાજ્ય સરકારના કર્મચારી/પેન્શનર છે. ગુજરાત રાજ્ય સેવા (તબીબી સારવાર) નિયમો, ૧૯૮૮ લાગુ પડે છે, તથા તેમણે/તેણીએ 'તબીબી ભથ્થુ' મેળવવાનો વિકલ્પ આપેલ છે./નથી. આપનો/આપની વિશ્વાસુ,

સ્થળ :

સહી :

તારીખ :

નામ :

**(૨) સંબંધિત કર્મચારીના કચેરી / વિભાગે ભરવાની વિગત :-**

(૧) ઉપર (અ) માં દર્શાવ્યા મુજબના શ્રી/શ્રીમતી/કૃ.

આ કચેરી/વિભાગમાં તા. \_\_\_\_\_ શી સેવા બજેવે છે / બદલી / પ્રતિનિયુક્તિ / નવી નિમણૂક પામ્યા છે. અને તેમને/તેણીને ગુજરાત રાજ્ય સેવા (તબીબી સારવાર) નિયમો, ૧૯૮૮ લાગુ પડે છે. આથી તેમને/તેણીએ તબીબી ભથ્થુ મેળવવા અંગેનો વિકલ્પ આપ્યો છે તે ચકાસતા બરોઝર જણાય છે. / બરોઝર જણાતો નથી.

(૨) આથી તેમને/તેણીએ તબીબી ભથ્થુ મેળવવાનો વિકલ્પ આપેલ છે તે આખ્ય રાખવામાં આવે છે./આવતો નથી. સને : ૨૦ -૨૦ ના નાણાંકીય વર્ષ માટે \_\_\_\_\_ મહિનાથી તેમને/તેણીને તબીબી ભથ્થુ મંજૂર કરવામાં આવે છે./ આવતું નથી.

(૩) સંબંધિત કર્મચારીના વિકલ્પની નોંધ સર્વિસ કાર્ડ / સેવાપોથી / સર્વિસરોલ / હંગામી રજીસ્ટરમાં કરી છે.

સ્થળ :

સહી :

તારીખ :

છોટો :

**નોંધ :-** ઉપરના અ (૨) ની વિગત જે કર્મચારીઓને લાગુ પડતી હોય તેવા કર્મચારીઓના ડિસ્ટ્રિક્ટમાં સંબંધિત કર્મચારીના નિયંત્રણ સત્તાવિકારીઓએ કર્મચારીના વિકલ્પની એક-એક નકલ પરસ્પર અદલાબદીથી મોકલી આપવાની રહેશે.

# મેડીકલ બીલની મંજૂરી માટેની અરજી

પ્રતિ,  
આચાર્યશ્રી / સંચાલકશ્રી,

## વિષય : મેડીકલ બીલ મંજૂર કરવા ભાગીત

મે. સાહેબ,

જ્યે ભારત સાથે જ્ઞાવવાનું કે આ સાથે સામેલ હરાવેલ 'નમૂના પત્રક' માં દર્શાવેલ દવાઓની યાદી અવિકૃત ચિકિત્સકની સહી સાથે સાદર રજૂ કરે છું. નીચે પ્રમાણેની મારી વિગતો છે તે આધારે નિયમાનુસાર બીલ મંજૂર અર્થે ઘટતુ કરી આભારી કરવા વિનંતી.

- (૧) નામ (અટક સાથે) : \_\_\_\_\_
- (૨) હોદ્દો : \_\_\_\_\_ (૩) કાયમી કે હંગામી : \_\_\_\_\_
- (૪) દદીનું નામ : \_\_\_\_\_
- (૫) દદી સાથેનું સગપણ : \_\_\_\_\_ (૬) ઉંમર : \_\_\_\_\_
- (૭) સારવારનો સમય : \_\_\_\_\_ (૮) બીલની રકમ : \_\_\_\_\_  
(તારીખથી તારીખ)
- (૯) અવિકૃત ચિકિત્સકનું નામ : \_\_\_\_\_
- ગામ : \_\_\_\_\_ તાલુકો : \_\_\_\_\_ જિલ્લા : \_\_\_\_\_

(૧૦) સારવાર પૂરી થયા તારીખથી છ માસમાં દવા ખર્ચની રકમનું બીલ તૈયાર કરેલ છે.

## પ્રમાણપત્ર

- (૧) આ મેડીકલ બીલની રકમ અગાઉ લેવામાં આવી નથી.
- (૨) સહકારી મેડીકલ સ્ટોર નથી.
- (૩) જેને માટે તથીબી સારવારનો ખર્ચ મજરે માંગેલ છે તે મારા હુંબના સભ્ય / આશ્રિતને આવકનું સાધન નથી / આવકનું સાધન છે, પરંતુ તેની માસિક આવક રૂ. ૫૦૦/- થી વધુ નથી.

સ્થળ :

તારીખ :

કર્મચારીની સહી

## અનુસૂચિ - ૧

(નિયમ ૧૦ હેઠળ)

(દરેક દર્દી દીઠે અલગ અલગ ભરવું)

૧. કર્મચારીનું પૂરેપૂરે નામ :

દોષો :

પગાર :

૨. કથેરી / વિભાગનું નામ :

૩. તત્કાલીન ફરજ પર 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 દવાખાનાનું / હોસ્પિટલનું નામ

અને વિગત :-

(અ) સરકારી

(બ) સરકાર માન્ય

(ક) અન્ય

૮. બહારના/અંદરના દર્દી તરીકે સારવાર લીધી હોય તેની વિગત :

૯. તથીની સારવાર પૂરી પાડનાર તથીબ કે તથીબી અવિકારીએ આપવાના પ્રમાણપત્રનો નમૂનો :-

આથી હું પ્રમાણિત કરું છું કે શ્રી/શ્રીમતિ/કુમારી

તે

માં નોકરી કરતા

શ્રી

ના પુત્ર/પુત્રી/પતિ/પતિની/માતા/પિતા

તા.

થી તા.

સુધી

હોસ્પિટલ/દવાખાનાનું/મારા કન્સલ્ટાઇન રૂમ ખાતે

રોગ માટે મારી સારવાર હેઠળ છે અને મેં લખી આપેલી દવા દર્દીની છાલત સુધારવા / વધુ ગંભીર થતી અટકાવવા માટે જરૂરી હતી સામાન્ય રીતે સ્ટોકમાં રાખવામાં આવતી નથી / સામાન્ય રીતે સ્ટોકમાં રાખવામાં આવે છે. એવી દવાઓ હોસ્પિટલમાં સ્ટોકમાં નથી અને તેમાં જેના માટે એટલા જ ઔંખાયિ મહત્વ ધરાવતા સસ્તો પદાર્થ પ્રાપ્ય હોય એવી સ્વામિત્વવાળી બનાવટો તેમજ ગ્રાથમિક રીતે ખોરાક, ટોનિક, પ્રસાધન કે જંતુનાશક હોય તેવી બનાવટોનો સમાવેશ થતો નથી. રોગ અનિયમિત કે અસંયમી ટેવોથી પ્રત્યક્ષ રીતે થયેલ કે વધેલ કે ઉત્ત્ર બનેલ છે. / નથી.

૧૦. વિગત :-

(ક)	દવાનું નામ	ચૂકવેલ રકમ રૂ.	મળવાપાત્ર રકમ રૂ.

(ખ) તબીબી સારવાર દરમ્યાન હોસ્પિટલમાં થયેલ અન્ય ખર્ચની વિગત :-

દા. ત. :

(૧) ઓપરેશન

(૨) લેબોરેટરી ખર્ચ વગેરે  
આઈટ્મ મુજબ દર્શાવવી

(ગ) કુલ રકમ માટે દાવો કર્યો :

(ઘ) અમાન્ય દવાઓ તથા નહિ મળવાપાત્ર કુલ ખર્ચ :

(ગ) ચોખ્ખી મળવાપાત્ર કુલ રકમ :-

અંકે રૂપિયા

શાફ્ટોમાં રૂપિયા

સહી :

સહી :

નામ :

નામ :

અવિકૃત ચિકિત્સકની  
સામી સહી અને સિક્કો :

હોસ્પિટલ ખાતે કેસનાં  
દવાલો ધરાવતા તબીબી  
અવિકારીની સહી :  
અને નામ :

### સરકારી કર્મચારીનું કબુલાત નામું

(૧) આથી હું જાહેર કરું છું કે મારા શાન અને ધારણા મુજબ આ અરજીપત્રકમાં દર્શાવાયેલ વિગતો સત્ત્ય છે. અને જેના માટે તબીબી સારવારનો ખર્ચ થયો છે તે વ્યક્તિ સંપૂર્ણપણે મારા આશ્રિત છે.

(૨) મેં તબીબી ભથ્થું સ્વીકારવાનો વિકલ્પ આપેલ છે. / નથી.

(૩) મેં / મારા આશ્રિતને અનુસુચિમાં દર્શાવેલ સમય દરમ્યાન આપુર્વેદિક દવાખાના / હોસ્પિટલમાં સારવાર લીધેલ છે. / નથી.

સ્થળ :

સરકારી કર્મચારીની સહી :

તારીખ :

અને ઓફિસનું નામ :

દિપક : ૧૯૬-૦

મેડીકલ બીલ સાથે કર્મચારીએ રજૂ કરવાનું

## પ્રમાણપત્ર

સરકારશીના ઠાકર નં. એમ. ઓ. છ. ૧૦૬૭ - ૨૪૪૩ - ૩, ઠા. ૭-૭-૧૬૭૩

આથી હું પ્રમાણિત કરું છું કે જેને માટે તબીબી સારવારનો ખર્ચ મજબુતી માંગોલ છે; તે મારા કુટુંબના સમ્ય / આક્રિતને આવકનું કોઈ સાધન નથી. આવકનું સાધન છે, પરંતુ તેની માસિક આવક રૂ. ૫૦૦=૦૦ થી વધુ નથી અને તે મારી સાથે રહે છે.

સ્થળ :

તારીખ :

કર્મચારીની સહી

દિપદ : ૧૯૭-D

મેડીકલ સવલત માટે આચાર્ય / સંચાલક મંડળનું

## પ્રમાણપત્ર

નમુનો 'એક'

પત્રક 'એળ'

આથી પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે શ્રી

દોષો \_\_\_\_\_ શાળાનું નામ \_\_\_\_\_

એ રજૂ કરેલ મેડીકલ સવલત ના બીલોમાં દર્શાવેલ રકમ 'માન્ય દવાઓ' તી જ છે અને સરકારશીના વખતોવખતના ઠરાવ મુજબની શરતો પ્રમાણે હોવાની મેં જાતે ખાગી કરી છે.

સ્થળ :

તારીખ :

આચાર્ય / સંચાલક મંડળના પ્રમુખશ્રી