



ડો. એચ. કે. ભાવસાર

અધિક નિયામક (તબીબી સેવાઓ)

ક્રમાંક: - "મા" અને એ.બી.- પી.એમ.જે.એ.વાય./

ઘૂંટણના રિપ્લેસમેન્ટ પ્રમાણપત્ર / ૧૯/M

કમિશનરશ્રી, આરોગ્ય તબીબી સેવાઓ અને તબીબી

શિક્ષણ (પ.ક.), બ્લોક નં.૪, ૧લો માળ, ડો.જીવરાજ

મહેતા ભવન, ગાંધીનગર.

તા-૧૬-૦૫-૨૦૧૯

પ્રતિ,

- મુખ્ય જિલ્લા તબીબી અધિકારીશ્રી - તમામ...
- તબીબી અધિક્ષકશ્રી - તમામ...

વિષય- "મા" / "મા વાત્સલ્ય" અને પ્રધાનમંત્રી જન આરોગ્ય યોજના અંતર્ગત
ઘૂંટણ રિપ્લેસમેન્ટના ઓપરેશન માટે પ્રમાણપત્ર બાબત.

સંદર્ભ:- અત્રેની કચેરીનો પત્ર ક્રમાંક: "મા" અને એ.બી.- પી.એમ.જે.એ.વાય./ લાભ/
૧૯, તા. ૦૬/૦૫/૨૦૧૯ અન્વયે.

ઉપરોક્ત વિષય પરત્વે આપશ્રીને જણાવવાનું કે, ગુજરાત રાજ્યમાં મુખ્યમંત્રી
અમૃતમ (મા) / મુખ્યમંત્રી અમૃતમ વાત્સલ્ય અને આયુષ્માન ભારત - પ્રધાનમંત્રી જન આરોગ્ય
યોજના હેઠળ પ્રાથમિક, સેકન્ડરી અને ટર્શરી સારવાર માટે કુલ ૧૮૦૫ પ્રોસિજરો માટે વાર્ષિક રૂ. ૫
(પાંચ) લાખ સુધીનો કેશલેસ લાભ આપવામાં આવે છે.

સદર યોજના હેઠળ રાજ્ય સરકારે દ્વારા તા.૦૬/૦૫/૨૦૧૯ના રોજ થયેલ પત્ર
અનુસાર, "મા" / "મા વાત્સલ્ય" અને આયુષ્માન ભારત- પ્રધાનમંત્રી જન આરોગ્ય યોજના હેઠળ જે
કોઈ લાભાર્થીઓને ઘૂંટણના રિપ્લેસમેન્ટની સારવારની જરૂરિયાત હોય તેઓનું મુખ્ય જિલ્લા
તબીબી અધિકારીશ્રી / તબીબી અધિક્ષકશ્રીએ ચકાસણી કરી ઘૂંટણ રિપ્લેસમેન્ટની જરૂરિયાત છે તે
અંગેનું પ્રમાણપત્ર આપવાનું રહે. જેમાં રાજ્યના કોઈ પણ મુખ્ય જિલ્લા તબીબી અધિકારીશ્રી
(જિલ્લા સરકારી હોસ્પિટલ) / તબીબી અધિક્ષકશ્રી (સરકારી / GMERS મેડીકલ કોલેજ સંલગ્ન
હોસ્પિટલ/ મ્યુનિ. કોર્પોરેશન સંચાલિત હોસ્પિટલ) દ્વારા આપવામાં આવેલ પ્રમાણપત્ર માન્ય

ગણવામાં આવશે. જેના આધારે સદરહું લાભાર્થી યોજના સાથે જોડાયેલી સરકારી કે ખાનગી હોસ્પિટલમાં લાભ મેળવી શકશે. જે અંગેના પ્રમાણત્રનનો નમૂનો આ સાથે સામેલ રાખી મોકલી આપવામાં આવે છે.

આમ, કોઇપણ જીલ્લાનો લાભાર્થી કોઇપણ જીલ્લામાંથી પ્રમાણપત્ર મેળવવા હકદાર રહેશે. જેનાથી વિદિત થવા વિનંતી.


અધિક નિયામક (ત.સે.)

આરોગ્ય તબીબી સેવાઓ અને

તબીબી શિક્ષણ (આ.વિ)

ગાંધીનગર.

નકલ સવિનય રવાના:-

- વિભાગીય નાયબ નિયામકશ્રી તમામ
- મુખ્ય જિલ્લા આરોગ્ય અધિકારીશ્રી - તમામ
- મ્યુનિસિપલ હેલ્થ ઓફિસરશ્રી - તમામ
- સ્ટેટ મેનેજર, ઓરિએન્ટલ ઇન્સ્યોરન્સ કંપની, ગાંધીનગર.
- પ્રોજેક્ટ હેડ, એમ. ડી. ઇન્ડીયા હેલ્થ ઇન્સ્યોરન્સ, ટી.પી.એ. પ્રા.લિ., ગાંધીનગર.
- મેનેજર, એન .કોડ .સોલ્યુશન્સ, એ .ડિવિઝન ઓફ જી.એન.એફ.સી., ગીફ્ટ સીટી, ગાંધીનગર.
- તમામ નેટવર્ક હોસ્પિટલો.

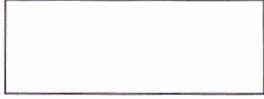
નંબર:-

MA/MAV/PMJAY અતર્ગત ઘૂંટણ રિપ્લેસમેન્ટના ઓપરેશન માટે

પ્રમાણપત્ર

દર્દીનો પાસપોર્ટ
સાઇઝનો ફોટો

નામ(દર્દીનું) શ્રી/શ્રીમતી.....ઉંમર.....જાતી.....
રહેઠાણનું સરનામું.....જીલ્લાનું નામ..... ને પ્રમાણ
પત્ર આપવામાં આવે છે કે, તેમના ક્લીનિકલ પુરાવા પરથી જણાઇ આવે છે કે, તેમને જમણા /
ડાબા/ બન્ને પગના ઘૂંટણ રિપ્લેસમેન્ટના ઓપરેશનની જરૂરિયાત જણાય છે. તેવું માફ માનવું છે
અને આ અંગે દર્દી તથા તેમના સગાને જાણ કરેલ છે. ઓપરેશન કરાવવુંએ લાભાર્થીનો અંગત
નિર્ણય રહેશે. સારવાર માટે જે તે હોસ્પિટલ, લાભાર્થીએ પોતાની રીતે નક્કી કરવાની રહેશે.
લાભાર્થીનું મા/ મા વાત્સલ્ય/ પી.એમ.જે.એ.વાય કાર્ડ નંબર.....
લાભાર્થી તથા સગા સાથે સંપર્ક માટેનો મોબાઇલ નંબર.....



લાભાર્થીની સહી/ ડાબા અંગુઠાનું નિશાન

મુખ્ય જીલ્લા તબીબી અધિકારી/ તબીબી
અધિક્ષકશ્રીની સહી અને સિક્કો

બિડાણ: લાભાર્થીના મા/મા વાત્સલ્ય/ પી.એમ.જે.એ.વાય કાર્ડની
સિવિલ સર્જન/ તબીબી અધિક્ષકની સહી અને સિક્કા
વાળી નકલ

તા. :

સ્થળ:

નોંધ: દર્દીના પાસપોર્ટ સાઇઝના ફોટા પર ફરજિયાત હોસ્પિટલનો રાઉન્ડ સિક્કો લગાવવો.