

1923

निर्देश/स्वा.आयुक्त/.....

20/11/17

मध्य प्रदेश शासन
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
मंत्रालय

क्रमांक एफ 10-17/2015/सत्रह/मेडि-2,

भोपाल, दिनांक 27/10/2017,

प्रति,

समस्त क्षेत्रीय संचालक, स्वास्थ्य सेवायें,
समस्त कलेक्टर,
समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
मध्य प्रदेश।

विषय:-

“मध्यप्रदेश लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी अधिनियम 2010” के अंतर्गत लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग की सेवा क्रमांक-12.6 “मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के प्रकरण स्वीकृति किया जाना”।

संदर्भ:-

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग का आदेश क्रमांक एफ 9-02/2016/सत्रह/मेडि-3, भोपाल, दिनांक 02.05.2016।

-00-

1. सेवा का उद्देश्य- मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अंतर्गत प्रदेश के समस्त 0-18 वर्ष के हृदय रोग के, चिह्नित बच्चों को निःशुल्क उपचार/आपरेशन उपलब्ध कराया जाना है।
2. पदाभिहित अधिकारी एवं सभय-सीमा- इस सेवा के लिये मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, अपने कार्यक्षेत्र में पदाभिहित अधिकारी होंगे। सहायता राशि एवं सेवा प्रदान करने की अवधि निम्नानुसार होगी :-

क्रमांक	सहायता राशि	पदाभिहित अधिकारी	सेवा प्रदान करने की अवधि
12.6	निर्धारित मॉडल कार्टिंग पैकेज अनुसार	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	10 कार्य दिवस

3. आवेदन पत्र का प्रारूप- आवेदन संलग्न निर्धारित प्रारूप “परिशिष्ट-1” में दिया जावेगा।
4. पात्रता की आवश्यक शर्त :-
 - 4.1 10 से 18 वर्ष के बच्चों को हृदय रोग की चिह्नित बीमारियों से ग्रसित होने पर।
 - 4.2 रोगी बच्चे के अभिभावक प्रदेश के मूल निवासी हों।
 - 4.3 आवेदक उस जिला/क्षेत्र का निवासी हो जहां आवेदन किया जा रहा है।
5. आवश्यक दस्तावेज- आवेदक को आवेदन पत्र के साथ निम्न दस्तावेज संलग्न करना होंगे :-
 - 5.1 शासकीय चिकित्सालय अथवा शासन द्वारा मान्यता प्राप्त निजी चिकित्सालय का प्राक्कलन (एस्टीमेट)।

DD(SIAP)
20/11/17

OS(SIAP)
21/11/17

संचालक (H.S.) पत्र 269
आवेदन क्रमांक 20/11/17
जांच क्रमांक 20/11/17

Dir. (SIAP)
11

- 5.2 रोगी के हाल ही के पासपोर्ट साईज के 02 रंगीन फोटोग्राफ।
- 5.3 रोगी की आयु के संबंध में प्रमाण (जन्म प्रमाण पत्र /अंकसूची /आधार कार्ड /पंचायत द्वारा सत्यापित प्रमाण पत्र/अन्य सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी प्रमाण पत्र)
6. पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में आवेदन प्रस्तुत करने की स्थिति में निम्नानुसार कार्यवाही की जायेगी:-
- 6.1 सेवा प्राप्त करने के लिये, कंडिका-5 में दर्शाये अनुसार आवश्यक दस्तावेजों सहित, कंडिका 3 में बताये अनुसार संलग्न प्रारूप में आवेदन रोगी द्वारा स्वयं अथवा अपने अभिभावक द्वारा पदाभिहित अधिकारी (मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी) के कार्यालय में प्रस्तुत किया जायेगा।
- 6.2 आवेदक को आवेदन प्रस्तुत करने पर आवेदन प्रस्तुति की अभिस्वीकृति लोक सेवा प्रदाय की गारंटी अधिनियम की धारा 5 (1) के अंतर्गत "परिशिष्ट -2" पर संलग्न प्रारूप में दी जावेगी।
- 6.3 पूर्ण आवेदन प्रस्तुत करने की स्थिति में पावती में निराकरण की समय-सीमा का उल्लेख किया जावेगा, किन्तु यदि आवेदन अपूर्ण है, तो समय-सीमा का उल्लेख नहीं किया जायेगा, परंतु जो आवश्यक दस्तावेज संलग्न नहीं किये गये हैं, उनका उल्लेख अभिस्वीकृति में किया जावेगा।
- 6.4 आवेदन लेते समय आवेदक का मोबाईल नम्बर का उल्लेख भी कराया जावे, ताकि आवश्यकतानुसार संपर्क किया जा सके। इसके अलावा आधार नम्बर एवं ईमेल आई डी (यदि हो) भी लिया जावे।
- 6.5 आवेदन का पंजीयन लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी (आवेदन, अपील, पुनरीक्षण, शास्ति की वसूली, प्रतिकर का भुगतान) अधिनियम 2010 के नियम-16 में निर्धारित पंजी में संलग्न "परिशिष्ट -3" में किया जायेगा। एक ही आवेदन का पृथक-पृथक पंजीयों में इन्द्राज आवश्यक नहीं होगा।
- 6.6 संबंधित पदाभिहित अधिकारी द्वारा कण्डिका-8 अनुसार निर्धारित प्रक्रिया का पालन कर, निर्धारित समय-सीमा में आवेदन का निराकरण किया जावेगा।
- 6.7 आवेदन पत्र अस्वीकृत करने की स्थिति में भी सूचना, कारण सहित आवेदक को लिखित में दी जावेगी।
7. लोक सेवा केन्द्र/कियोस्क में आवेदन प्रस्तुत करने की स्थिति में निम्नानुसार कार्यवाही की जायेगी:-
- 7.1 साफ्टवेयर पर ऑनलाईन आवेदन दर्ज किया जाएगा एवं साफ्टवेयर में कंडिका-5 में बताये अनुसार आवश्यक दस्तावेजों को स्केन कर आवेदन के साथ अपलोड किया जाएगा। दस्तावेज अपलोड करने के पूर्व उस लोक सेवा केन्द्र/कियोस्क के ऑपरेटर द्वार दस्तावेज पर डिजिटल हस्ताक्षर किया जायेगा।

- 7.2 आवेदन प्राप्त करते समय आवेदक का मोबाईल नम्बर, आधार नम्बर एवं ई-मेल आईडी (यदि हो तो) आवश्यक रूप से लिया जावे।
- 7.3 लोक सेवा केन्द्र/कियोस्क ऑपरेटर द्वारा आनलाईन जमा किए गए आवेदन पत्र की हार्डकापी निकालकर उस पर आवेदक के हस्ताक्षर लेकर आवेदन की हार्डकापी तैयार कर तीन माह तक सुरक्षित रखी जायेगी ताकि आवश्यकता होने पर पदाभिहित अधिकारी इसे विशेष वाहक के माध्यम से प्राप्त कर संधारित कर सकें।
- 7.4 ऑनलाईन आवेदन जमा होने के साथ ही साफ्टवेयर से आवेदन की पावती तैयार होगी। पूर्ण आवेदन जमा होने की स्थिति में पावती में निराकरण की समय-सीमा साफ्टवेयर द्वारा अंकित होगी। अपूर्ण आवेदन की स्थिति में पावती में छूट गये दस्तावेजों का उल्लेख होगा। आवेदन जमा होने के बाद पावती पर ऑपरेटर द्वारा हस्ताक्षर कर आवेदक को दी जायेगी।
- 7.5 लोक सेवा केन्द्र/कियोस्क पर आवेदन की ऑनलाईन पावती जमा होते ही आवेदन संबंधित पदाभिहित अधिकारी के एकाउन्ट में ऑनलाईन उपलब्ध हो जाएगा।
- 7.6 पदाभिहित अधिकारी ऑनलाईन आवेदन के आधार पर कण्डिका-8 अनुसार निर्धारित प्रक्रिया का पालन कर समय सीमा में आवेदन का निराकरण करेगा।
- 7.7 पदाभिहित अधिकारी को स्याही से हस्ताक्षरित स्वीकृति आदेश (संलग्न परिशिष्ट-4) लोक सेवा केन्द्र पर भेजने की आवश्यकता नहीं है। लोक सेवा केन्द्र/कियोस्क संचालक पदाभिहित अधिकारी के डिजिटल हस्ताक्षर से जारी स्वीकृति आदेश की प्रति साफ्टवेयर से प्रिन्टआउट निकालकर आवेदक को उपलब्ध करायेगा।
- 7.8 यदि पदाभिहित अधिकारी यह पाता है कि कतिपय कारणों से स्वीकृति आदेश दिया जाना संभव नहीं है तो वह लिखित में कारण दर्शाते हुए आवेदन पत्र निरस्त करेगा एवं इसकी सूचना डिजिटल हस्ताक्षर कर ऑनलाईन देगा।
- 7.9 लोक सेवा केन्द्र/कियोस्क ऑपरेटर द्वारा सेवा प्रदाय अथवा प्रदाय न करने की सूचना संबंधी पत्र डिजीटली साईन डिपाजटरी (www.mpedistrict.gov.in) से प्रिन्टआउट निकालकर दिया जायेगा एवं प्रमाण-पत्र पर नीचे लिखा सत्यापन प्रमाण-पत्र हस्ताक्षर एवं मुद्रा सहित अंकित किया जावेगा-
- प्रमाणित किया जाता है कि इस पत्र का प्रिन्टआउट वेबसाईट (www.mpedistrict.gov.in) से मेरे द्वारा निकाला गया है।

हस्ताक्षर

लोक सेवा केन्द्र/कियोस्क संचालक

8. आवेदन का निराकरण करने की प्रक्रिया:-

- 8.1 आवेदन, पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में सीधे अथवा लोक सेवा केन्द्र/कियोस्क में प्रस्तुत किया जा सकेगा।
 - 8.2 आवेदन, पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में कंडिका-6 अनुसार एवं लोक सेवा केन्द्र/कियोस्क में कंडिका-7 अनुसार प्रस्तुत किये जायेंगे।
 - 8.3 आवेदन पत्र प्राप्त होने पर पदाभिहित अधिकारी द्वारा आवेदन पत्र एवं संलग्न प्राक्कलन व अन्य दस्तावेजों का परीक्षण जिला स्तर पर गठित समिति द्वारा कराया जावेगा।
 - 8.4 उपरोक्त समिति परीक्षण उपरांत आवेदन उपयुक्त पाये जाने पर आवेदन पत्र के भाग 2 (संलग्न परिशिष्ट-1) में प्रोसीजर कोड में निर्धारित मॉडल कॉस्टिंग पैकेज अनुसार राशि स्वीकृत करेगी।
 - 8.5 उपरोक्त स्वीकृति उपरांत मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी रोगी बच्चे को उपचार हेतु चिकित्सा संस्था तक आने-जाने के लिए परिवहन राशि कुल रु. 2000/- राज्य बीमारी सहायता योजना से उपलब्ध करायेंगे। यह राशि प्रकरण के स्वीकृति के समय ही स्वीकृत कर संबंधित मरीज के अभिभावक के बैंक खाते में जमा करेंगे एवं देय राशि का उल्लेख स्वीकृति आदेश में भी अनिवार्यतः करेंगे।
प्रकरण की स्वीकृति उपरांत मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी संबंधित चिकित्सा संस्था को उपचार के लिये राशि हेतु चेक/ई-पेमेंट सहित स्वीकृति आदेश (संलग्न परिशिष्ट-4) भेजा जायेगा। आदेश एवं संबंधित संस्था को चेक भेजने/ई-पेमेंट करने की जानकारी आवेदक को दी जावेगी। यह सम्पूर्ण कार्यवाही निर्धारित समय अवधि (10 कार्य दिवस) में सम्पन्न की जावेगी।
 - 8.6 यदि बजट के अभाव में चैक जारी किया जाना अथवा ई-ट्रांसफर किया जाना संभव नहीं है तो इस बात का उल्लेख कर मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्था को उपचार हेतु पत्र जारी किया जायेगा। इस तरह स्वीकृत आदेशों की एक सूची बनायी जायेगी तथा बजट आने पर क्रमानुसार राशि जारी की जावेगी।
 - 8.7 यदि आवेदक मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के लिए पात्र नहीं पाया जाता है तो ऐसे आवेदन पत्र को स्पष्ट कारण दर्शाते हुए निरस्त करने का आदेश पदाभिहित अधिकारी द्वारा पारित किया जावेगा। यह कार्यवाही निर्धारित समय-सीमा के अंदर ही संपादित की जाएगी।
9. शुल्क- इस सेवा को प्राप्त करने के लिये कोई प्रशासनिक शुल्क देय नहीं है। लोक सेवा केन्द्र/कियोस्क के माध्यम से आवेदन प्रस्तुत करने पर लोक सेवा केन्द्र/कियोस्क के लिये निर्धारित आवेदन /पोर्टल शुल्क जमा करना होगा।
10. पूर्व में जारी आदेश/ निर्देशों का निरसन/अधिक्रमण- पूर्व में जारी परिपत्र क्रमांक एफ 10-17/2015/सत्रह/मेडि-2, भोपाल दिनांक 22/05/2015 एतद् द्वारा निरस्त किया जाता है।

11. अन्य महत्वपूर्ण बिन्दु-

11.1 समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी यथा संभव प्रतिदिन आनलाईन अकाउन्ट में लॉग-इन कर आवेदन की स्थिति का अवलोकन करेंगे एवं निर्धारित समय-सीमा में निराकरण करायेंगे। निर्धारित समय-सीमा के अंतिम दिवस की प्रतीक्षा न करते हुए यथाशीघ्र निराकरण का प्रयास करेंगे, जिससे कोई भी आवेदन समय-सीमा बाह्य लंबित न हो सके।

11.2 योजना की जानकारी बहुउद्देशीय स्वास्थ्य कार्यकर्ता, पर्यवेक्षक एवं आशा कार्यकर्ता द्वारा ग्राम आरोग्य केन्द्र स्तर तक दी जायें एवं संभावित रोगियों को जिला अस्पताल हेतु रेफर किया जावे।

12. अपील - आवेदक निम्नांकित स्थितियों में अपील कर सकेगा :-

(1) आवेदन पत्र अमान्य किये जाने पर।

अथवा

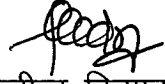
(2) स्वीकृत उपचार राशि निर्धारित मॉडल कॉस्टिंग पैकेज से कम होने पर।

अथवा

(3) निराकरण निर्धारित समय-सीमा में न होने पर।

अपील निम्नानुसार की जा सकेंगी-

सेवा क्रमांक	सेवा	पदाभिहित अधिकारी का पद नाम	सेवा प्रदान करने की निश्चित समय-सीमा	प्रथम अपील अधिकारी का पद नाम	प्रथम अपील के निराकरण की निश्चित समय-सीमा	द्वितीय अपील प्राधिकारी का पद नाम
1	2	3	4	5	6	7
12.6	मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के प्रकरण स्वीकृत किया जाना	मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी	10 कार्य दिवस	कलेक्टर	15 कार्य दिवस	क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें


(कवीन्द्र कियावत)

सचिव,

मध्यप्रदेश शासन,

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
भोपाल, दिनांक /10/2017,

क्रमांक एफ 10-17/2015/सत्रह/मेडि-2,
प्रतिलिपि:-

1. सचिव, मध्यप्रदेश शासन, मुख्यमंत्री कार्यालय, भोपाल।
2. सचिव, मध्यप्रदेश शासन, मुख्य सचिव कार्यालय, भोपाल।

3. प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, भोपाल।
4. सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक सेवा प्रबंधन विभाग, भोपाल।
- ✓ 5. स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, मध्यप्रदेश।
6. समस्त राजस्व संभागायुक्त, मध्यप्रदेश।
7. समस्त मुख्य कार्यपालन अधिकारी, जिला पंचायत, मध्यप्रदेश।
8. समस्त सिविल सर्जन सह अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।

समस्त अधिकारियों को सूचित है कि वे स्वस्थता के लिए जा 30/11/17


सचिव,

मध्यप्रदेश शासन,
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना

(उपचार हेतु आवेदन पत्र का प्रारूप)

मरीज का
फोटो

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,

जिला मध्यप्रदेश।

विषय:- 0 से 18 वर्ष तक के बच्चों को राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम अंतर्गत मॉडल कास्टिंग पैकेज अनुसार उपचार करने बाबत।

1. बच्चे का नाम
2. पिता का नाम
3. माता का नाम
4. बच्चे की आयु (जन्म तिथि हेतु प्रमाण पत्र संलग्न करें, यदि उपलब्ध हो तो)
5. जाति
6. पिता का व्यवसाय
7. स्थाई पूर्ण पता (वोटर आई डी/ राशन कार्ड/आधारकार्ड/ बिजली बिल/मूल निवासी प्रमाण पत्र, इनमें से कोई एक)
.....
.....
8. मोबाईल नं.
9. आधार कार्ड नं.
10. बीमारी का नाम जिसका ईलाज कराया जाना है

संलग्न- 1. आयु/जन्मतिथि प्रमाण पत्र

2. उपचार हेतु प्राक्कलन/एस्टीमेट की प्रति

सत्यापन

मैं प्रमाणित करता /करती हूँ कि मेरे द्वारा उपरोक्तानुसार दी गई जानकारी पूर्णतः सत्य है। कोई भी जानकारी असत्य पाई जाती है तो मेरा आवेदन निरस्त किया जावे।

स्थान

दिनांक

आवेदक का हस्ताक्षर/अगूठा निशानी (यदि अनपढ़ हो)

नाम.....

(कार्यालयीन उपयोग हेतु)

उपरोक्त बीमारी का प्रोसीजर कोड (गाइडलाईन अनुसार).....
उपरोक्त बीमारी हेतु स्वीकृत राशि (प्रोसीजर कोड अनुसार) रु.
मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्था जहाँ इलाज कराया जाना है का नाम.....

डी.ई.आई.सी./मोबाईल हेल्थ टीम स्क्रीनिंग पंजीयन क्रं.....स्क्रीनिंग दिनांक
श्री/कु. का उपचार उक्त संस्था में कराए जाने हेतु रु.....
की अनुमति प्रदान की जाती है।

जिला समन्वयक आर.बी.एस.के. सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक जिला कार्यक्रम प्रबंधक

नोडल अधिकारी आर.बी.एस.के.

शिशु रोग विशेषज्ञ

विषय विशेषज्ञ चिकित्सक

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

मध्यप्रदेश लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी अधिनियम, 2010 नियम-5 (1) के अंतर्गत अभिस्वीकृति का प्रारूप

- | | | |
|----|---|-------|
| | पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय का नाम एवं पता | _____ |
| 1. | आवेदक का नाम एवं पता | _____ |
| 2. | पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में आवेदन प्राप्ति का दिनांक | _____ |
| 3. | सेवा का नाम जिसके लिये आवेदन दिया गया है। | _____ |
| 4. | उन दस्तावेजों का विवरण जो सेवा प्राप्त करने के लिए आवश्यक हैं किन्तु आवेदन के साथ संलग्न नहीं किये गये हैं। | _____ |
| 5. | निश्चित की गई समय-सीमा की आखिरी तारीख | _____ |

स्थान
दिनांक.....

प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर
नाम एवं पदनाम(मुद्रा सहित)

नोट:- आवेदन के साथ समस्त दस्तावेज प्राप्त न होने की स्थिति में उपरोक्त बिन्दु-5 में उल्लेखित आखिरी तारीख नहीं दी जावेगी।

मध्यप्रदेश लोक सेवाओं के प्रदान की गारंटी अधिनियम, 2010 नियम 16 के अंतर्गत
पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय में संधारित की जाने वाली पंजी का प्रारूप

पदाभिहित अधिकारी के कार्यालय का नाम.....
माह.....वर्ष.....

क्र.	आवेदक का नाम एवं पता	सेवा जिसके लिए आवेदन दिया गया है।	निश्चित की गई समय सीमा की आखिरी तारीख	आवेदन स्वीकृत/निरस्त	पारित आदेश का दिनांक एवं विवरण
1.	2.	3.	4.	5.	6.

कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला.....

कमांक.....

दिनांक.....

-:आदेश:-

रोगी की
सत्यापित फोटो

मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अन्तर्गत संभागीय समिति की अनुशंसा के आधार पर श्री/कुमारी..... निवासी.....जिला..... मध्यप्रदेश को बीमारी का उपचार अस्पताल..... में कराये जाने हेतु पैकेज/प्राक्कलन अनुसार रू0.....

.....(शब्दों में.....) की राशि स्वीकृत की जाती है।

स्वीकृत राशि रुपये..... का चैक कमांक दिनांक..... संलग्न है। अथवा ई-पेमेन्ट के रेफरेन्स क्र.द्वारा संबंधित चिकित्सा संस्था के खाते में अंतरित की गई। एवं उपचार हेतु निर्धारित परिवहन राशि रू. 2000/- मरीज के अभिभावक के बैंक खाते में चैक कमांक /ई पेमेंट रेफरेन्स कमांक द्वारा अंतरित की गई।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

नोट:- मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अन्तर्गत वित्तीय सहायता की राशि रोगी को नहीं दी जाती है। यह राशि सीधे संबंधित चिकित्सा संस्था को भेजी गयी है।

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु।

1. संचालक, राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, म.प्र. भोपाल।
2. संभागीय आयुक्त, संभाग मध्यप्रदेश।
3. क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, संभाग मध्यप्रदेश।
4. कलेक्टर, जिला मध्यप्रदेश।
5. सिविल सर्जन सह अस्पताल अधीक्षक, जिला..... मध्यप्रदेश।
6. संचालक/अधीक्षक (..... अस्पताल का नाम.....)

की ओर भेजकर लेख है कि रोगी के उपचार हेतु निम्नांकित बिन्दुओं का पालन किया जाये:-

- स्वीकृति दिनांक से पूर्व रोगी को सहायता राशि की पात्रता नहीं होगी।
 - स्वीकृत पैकेज राशि में ही रोगी का उपचार किया जायेगा। उनसे स्वीकृत राशि के अतिरिक्त उपचार हेतु किसी भी प्रकार की राशि पृथक नहीं ली जावे।
 - रोगी के उपचार पर व्यय की गई राशि का विस्तृत व्यय पत्रक/उपयोगिता प्रमाण पत्र भेजा जाये।
 - रोगी इलाज के उपरांत जारी डिस्चार्ज टिकिट की डुप्लीकेट/छायाप्रति भिजवायी जावे।
7. प्रशासकीय अधिकारी/लेखापाल/कैशियर, स्थानीय कार्यालय।
8. संबंधित रोगी श्री/कुमारी.....म.प्र. की ओर सूचनार्थ। आप तत्काल उपचार हेतु संबंधित अस्पताल में उपस्थित हों। स्वीकृत राशि के अतिरिक्त किसी भी प्रकार की राशि उपचार हेतु अस्पताल को नहीं दी जाये।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

(D/S (SIAE))