

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

पंचमतल सतपुड़ा भवन भोपाल

क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/14/500
प्रति,

भोपाल, दिनांक 21/2/2014

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला भोपाल म.प्र.

विषय:- पालीवाल अस्पताल प्रायवेट लिमिटेड भोपाल टाकिज बैरासिया रोड़ भोपाल को शासकीय सेवक एवं उनके आश्रित परिवार के सदस्यों की जांच/उपचार हेतु शासकीय मान्यता बाबत।

संदर्भ:- आपका पत्र क्रमांक/19278 दिनांक 23/10/2013

—000—

उपरोक्त विषयान्तर्गत निजी चिकित्सा संस्था पालीवाल अस्पताल प्रायवेट लिमिटेड भोपाल टाकिज बैरासिया रोड़ भोपाल को शासकीय सेवक एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के उपचार हेतु नवीन मान्यता दिये जाने बाबत प्रेषित प्रकरण का परीक्षण करने पर प्रकरण में निम्नांकित जानकारी/कमियों की पूर्ति की जाना है:-

1. निरीक्षण प्रतिवेदन पर मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी भोपाल के हस्ताक्षर एवं पदमुद्रा नहीं है।
2. अस्पताल द्वारा सर्जरी की दरों हेतु विस्तृत विवरण नहीं दिया गया है केवल सभी मेडिकल सर्जिकल एवं ट्रामा केसेस राज्य सरकार की दरों पर मांगे गये है।
3. संचालनालय के पत्र क्रमांक कमांक/एनओआर/चिओमा/2001/1302 दिनांक 14/09/2001 में दिये गये निर्देशानुसार निरीक्षण वल में सभी आवश्यक सबन्धों का समावेश किया जायें।
4. सुविधा शासकीय अस्पताल में उपलब्ध है अथवा नहीं पर स्पष्ट मत दिया जायें। केवल उन्ही उपचार/उपचार की सुविधा की अनुशंसा की जायें जो शासकीय चिकित्सालय में उपलब्ध नहीं है। यदि सुविधा मेडिकल कालेज में उपलब्ध है तो इन सुविधाओं के लिये अस्पताल को मान्यता हेतु अनुशंसा दी जायें अथवा नहीं पर अधिष्ठाता, मेडिकल कालेज का स्पष्ट मत मान्यता की आवश्यकताएं एवं औचित्य सहित प्राप्त किया जाय
5. अस्पताल द्वारा जिन जांच/उपचार की सुविधा के लिये आवेदन किया गया है उनका स्पष्ट विवरण निरीक्षण प्रतिवेदन के सम्बन्धित कालम में अंकित किया जायें साथ ही उनकी दरों के औचित्य एवं आवश्यकता पर अधिष्ठाता, मेडिकल कालेज का स्पष्ट अभिमत प्राप्त कर अपनी टीप के साथ प्रस्तुत किया जायें।
6. NABH से अधिमान्यता हेतु आवेदन प्रस्तुत करने की दिनांक, वर्ष एवं वर्तमान स्थिति का विवरण
7. जिन जांच/उपचार हेतु मान्यता चाही गई है, हेतु नियमित/स्थायी विशेषज्ञों के नाम, उनकी वेतन पर्ची की प्रति एवं विगत तीन वर्षों की उपलब्धियों का विवरण

उपरोक्त कमियों की पूर्ति कर प्रकरण शीघ्र भिजवायें। यह भी सुनिश्चित करें कि उपरोक्त सभी बिन्दुओं की पूर्ति उपरांत केवल पूर्ण प्रकरण ही भेजे जायें।

संलग्न :- मूलतः प्रकरण वापस

संचालक स्वास्थ्य सेवायें
हारा अनुमोदित

उपसंचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

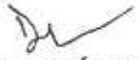
निरंतर-2

पृ.क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/ 501

भोपाल, दिनांक 21/2/2014

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ

संचालक, पालीवाल अस्पताल प्रायवेट लिमिटेड भोपाला टाकिज बैरासिया रोड भोपाल की ओर सूचनार्थ।


उपसंचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेदायें
मध्यप्रदेश

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें

मध्यप्रदेश

पंचमतल सतपुड़ा भवन भोपाल

क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/14/502

भोपाल, दिनांक 21/2/2014

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला भोपाल म.प्र.

विषय:- चिरायु मेडिकल कालेज एंड हास्पिटल भैंसाखेड़ी बैरागढ़ भोपाल को शासकीय सेवक एवं उनके आश्रित परिवार के सदस्यों की जांच/उपचार हेतु शासकीय मान्यता बाबत।

संदर्भ:- आपका पत्र क्रमांक/16923 दिनांक 17/09/2013

—000—

उपरोक्त विषयान्तर्गत निजी चिकित्सा संस्था चिरायु मेडिकल कालेज एंड हास्पिटल भैंसाखेड़ी बैरागढ़ भोपाल को शासकीय सेवक एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के उपचार हेतु नवीन मान्यता दिये जाने बाबत प्रेषित प्रकरण का परीक्षण करने पर प्रकरण में निम्नांकित जानकारी/कमियों की पूर्ति की जाना है:-

1. निरीक्षण प्रतिवेदन पर मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी भोपाल के हस्ताक्षर एवं पदमुद्रा नहीं है।
2. मूल निरीक्षण प्रतिवेदन अत्राप्त है।
3. संचालनालय के पत्र क्रमांक क्रमांक/एम0आर0/चि0मा0/2001/1302 दिनांक 14/09/2001 में दिये गये निर्देशानुसार निरीक्षण दल में सभी आवश्यक सदस्यों का समावेश किया जायें।
4. अस्पताल द्वारा जिन जांच/उपचार की सुविधा के लिये आवेदन किया गया है उनका स्पष्ट विवरण निरीक्षण प्रतिवेदन के सम्बन्धित कालम में अंकित किया जायें साथ ही उनकी दरों के औचित्य एवं आवश्यकता पर अधिष्ठाता, मेडिकल कालेज का स्पष्ट अभिमत प्राप्त कर अपनी टीप के साथ प्रस्तुत करें।
5. कालेज का स्पष्ट मत मान्यता की आवश्यकता एवं औचित्य सहित प्राप्त किया जायें।
7. NABH से अधिमान्यता हेतु आवेदन प्रस्तुत करने की दिनांक, वर्ष एवं वर्तमान स्थिति का विवरण
8. जिन जांच/उपचार हेतु मान्यता चाही गई है, हेतु नियमित/स्थायी विशेषज्ञों के नाम, उनकी वेतन पर्ची की प्रति एवं विगत तीन वर्षों की उपलब्धियों का विवरण

उपरोक्त कमियों की पूर्ति कर प्रकरण शीघ्र भिजवायें। यह भी सुनिश्चित करें कि उपरोक्त सभी बिन्दुओं की पूर्ति उपरांत केवल पूर्ण प्रकरण ही भेजे जायें।

संलग्न :- मूलतः प्रकरण वापस

संचालक द्वारा उद्देश्यपूर्ति

उप संचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

भोपाल, दिनांक 21/2/2014

पृ.क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/503

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ

संचालक, चिरायु मेडिकल कालेज एंड हास्पिटल भैंसाखेड़ी बैरागढ़ भोपाल की ओर सूचनार्थ।

उपसंचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

पंचमतल सतपुड़ा भवन भोपाल

क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/14/ 504
प्रति,

भोपाल, दिनांक 21/2/2014

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला भोपाल म.प्र.

विषय:- सेन्द्रल हॉस्पिटल एयरपोर्ट रोड़, लालघाटी भोपाल को शासकीय सेवक एवं उनके आश्रित परिवार के सदस्यों की जांच/उपचार हेतु शासकीय मान्यता बाबत।

संदर्भ:- आपका पत्र क्रमांक/15304 दिनांक 2/09/2013

—000—

उपरोक्त विषयान्तर्गत निजी चिकित्सा संस्था सेन्द्रल हॉस्पिटल एयरपोर्ट रोड़, लालघाटी भोपाल को शासकीय सेवक एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के उपचार हेतु नवीन मान्यता दिये जाने बाबत प्रेषित प्रकरण का परीक्षण करने पर प्रकरण में निम्नांकित जानकारी/कमियों की पूर्ति की जाना है:-

1. विगत तीन वर्षों में अस्पताल द्वारा किये गये कुल टोटल हिप/नी रिप्लेसमेंट एवं स्पाईनल के केसेस की संख्या अस्पताल से प्राप्त की जायें।
2. NABH से अधिमान्यता हेतु आवेदन प्रस्तुत करने की दिनांक, वर्ष एवं वर्तमान स्थिति का विवरण
3. जिन जांच/उपचार हेतु मान्यता चाही गई है, हेतु नियमित/स्थायी विशेषज्ञों के नाम, उनकी वेतन पर्यी की प्रति एवं विगत तीन वर्षों की उपलब्धियों का विवरण

उपरोक्त कमियों की पूर्ति कर प्रकरण शीघ्र भिजवायें। यह भी सुनिश्चित करें कि उपरोक्त सभी बिन्दुओं की पूर्ति उपरांत केवल पूर्ण प्रकरण ही भेजे जायें।

संलग्न :- मूलतः प्रकरण वापस

संचालक द्वारा डाकुमोफि

उपसंचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

पृ.क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/ 505
प्रतिलिपि:- सूचनार्थ

भोपाल, दिनांक 21/2/2014

1. संचालक, सेन्द्रल हॉस्पिटल एयरपोर्ट रोड़, लालघाटी भोपाल की ओर सूचनार्थ।

उपसंचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

पंचमतल सतपुड़ा भवन भोपाल

क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/14/ 506
प्रति,

भोपाल, दिनांक 21/2/2014

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला जबलपुर म.प्र.

विषय:- संजीवन अस्पताल राम नगर आधारताल जबलपुर को शासकीय सेवक एवं उनके आश्रित परिवार के सदस्यों की जांच/उपचार हेतु शासकीय मान्यता बाबत।

संदर्भ:- आपका पत्र क्रमांक/5051 दिनांक 18/05/2013

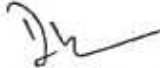
—000—

उपरोक्त विषयान्तर्गत निजी चिकित्सा संस्था संजीवन अस्पताल राम नगर आधारताल जबलपुर को शासकीय सेवक एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के उपचार हेतु नवीन मान्यता दिये जाने बाबत प्रेषित प्रकरण का परीक्षण करने पर प्रकरण में निम्नांकित जानकारी/कमियों की पूर्ति की जाना है:-

- 1 निरीक्षण प्रतिवेदन में स्पष्ट अभिमत नहीं दर्शाया गया है।
- 2 मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी ^{ज.क.क.} द्वारा उल्लेख किया गया है कि संस्था द्वारा चाही गई जांच/उपचार की सभी सुविधायें शासकीय संस्थाओं में उपलब्ध है।
- 3 NABH से अधिमान्यता हेतु आवेदन प्रस्तुत करने की दिनांक, वर्ष एवं वर्तमान स्थिति का विवरण
- 4 जिन जांच/उपचार हेतु मान्यता चाही गई है, हेतु नियमित/स्थायी विशेषज्ञों के नाम, उनकी वेतन पर्ची की प्रति एवं विगत तीन वर्षों की उपलब्धियों का विवरण

संलग्न :- मूलतः प्रकरण वापस

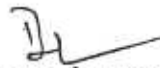
संचालक द्वारा अनुमोदित


उपसंचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

भोपाल, दिनांक 21/2/2014

पृ.क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/ 507
प्रतिलिपि:- सूचनार्थ

1. संचालक, संजीवन अस्पताल राम नगर आधारताल जबलपुर की ओर सूचनार्थ।


उपसंचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

पंचमतल सतपुड़ा भवन भोपाल

क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/14/ 508
प्रति,

भोपाल, दिनांक 21/2/2014

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला भोपाल म.प्र.

विषय:- शल्य ज्वाईट केयर सेन्टर भोपाल को शासकीय सेवक एवं उनके आश्रित परिवार के सदस्यों की जांच/उपचार हेतु शासकीय मान्यता बाबत।

संदर्भ:- आपका पत्र क्रमांक/14575 दिनांक 14/08/2013

—000—


उपरोक्त विषयान्तर्गत निजी चिकित्सा संस्था शल्य ज्वाईट केयर सेन्टर भोपाल को शासकीय सेवक एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के उपचार हेतु नवीन मान्यता दिये जाने बाबत प्रेषित प्रकरण का परीक्षण करने पर प्रकरण में निम्नांकित जानकारी/कमियों की पूर्ति की जाना है:-

1. नवीन मान्यता हेतु निर्धारित शुल्क राशि रूपयें 10,000/- की रसीद आवेदन पत्र के साथ अप्राप्त
2. NABH से अधिमान्यता हेतु आवेदन प्रस्तुत करने की दिनांक, वर्ष एवं वर्तमान स्थिति का विवरण
3. जिन जांच/उपचार हेतु मान्यता चाही गई है, हेतु नियमित/स्थायी विशेषज्ञों के नाम, उनकी वेतन पर्ची की प्रति एवं विगत तीन वर्षों की उपलब्धियों का विवरण

उपरोक्त कमियों की पूर्ति कर प्रकरण शीघ्र भिजवायें। यह भी सुनिश्चित करें कि उपरोक्त सभी बिन्दुओं की पूर्ति उपरान्त केवल पूर्ण प्रकरण ही भेजे जायें।

संलग्न:- मूलतः प्रकरण का प्रतिलिपि

संचालक द्वारा अनुमोदित


उपसंचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

पृ.क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/ 509

भोपाल, दिनांक 21/2/2014


प्रतिलिपि:- सूचनार्थ

संचालक, शल्य ज्वाईट केयर सेन्टर भोपाल, बी-1 शाहपुरा भोपाल की ओर सूचनार्थ।

२

६

१०


उपसंचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

o/c


संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें

मध्य प्रदेश

पंचमतल सतपुड़ा भवन भोपाल

क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/14/510
प्रति,

भोपाल, दिनांक 21/2/2014

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला ग्वालियर म.प्र.

विषय:- ग्लोबल स्पेशलिटी हास्पिटल ग्वालियर को शासकीय सेवक एवं उनके आश्रित परिवार के सदस्यों की जांच/उपचार हेतु शासकीय मान्यता बाबत।

संदर्भ:- आपका पत्र क्रमांक/28954-56 दिनांक 17/10/2013

—000—

उपरोक्त विषयान्तर्गत निजी चिकित्सा संस्था ग्लोबल स्पेशलिटी हास्पिटल ग्वालियर को शासकीय सेवक एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के उपचार हेतु नवीन मान्यता दिये जाने बाबत प्रेषित प्रकरण का परीक्षण करने पर प्रकरण में निम्नांकित जानकारी/कमियों की पूर्ति की जाना है:-

1. किन जांच/उपचार हेतु अस्पताल को मान्यता दी जानी है निरीक्षण दल द्वारा स्पष्ट अनुशंसा नहीं गई है।
2. संचालनालय के पत्र क्रमांक क्रमांक/एम0आर0/चि0मा0/2001/1302 दिनांक 14/09/2001 में दिये गये निर्देशानुसार निरीक्षण दल में सभी आवश्यक सदस्यों का समावेश किया जायें।
3. निरीक्षण प्रतिवेदन के सभी कालम की पूर्ति की जायें तथा उसमें आवश्यक विवरण भी दर्शाया जायें।
4. सुविधा शासकीय अस्पताल में उपलब्ध है अथवा नहीं पर स्पष्ट मत दिया जायें। केवल उन्ही उपचार/उपचार की सुविधा की अनुशंसा की जायें जो शासकीय चिकित्सालय में उपलब्ध नहीं है। यदि सुविधा मेडिकल कालेज में उपलब्ध है तो इन सुविधाओं के लिये अस्पताल को मान्यता हेतु अनुशंसा दी जायें अथवा नहीं पर अधिष्ठाता, मेडिकल कालेज का स्पष्ट मत मान्यता की आवश्यकता एवं औचित्य सहित प्राप्त किया जायें।
5. NABH से अधिमान्यता हेतु आवेदन प्रस्तुत करने की दिनांक, वर्ष एवं वर्तमान स्थिति का विवरण
6. जिन जांच/उपचार हेतु मान्यता चाही गई है, हेतु नियमित/स्थायी विशेषज्ञों के नाम, उनकी वेतन पर्ची की प्रति एवं विगत तीन वर्षों की उपलब्धियों का विवरण

उपरोक्त कमियों की पूर्ति कर प्रकरण शीघ्र भिजवायें। यह भी सुनिश्चित करें कि उपरोक्त सभी बिन्दुओं की पूर्ति उपरांत केवल पूर्ण प्रकरण ही भेजे जायें।

संचालक - प्रमुख - प्रमुख - आपस

संचालक - प्रमुख - आपस

पृ.क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/511

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ

संचालक, ग्लोबल स्पेशलिटी हास्पिटल ग्वालियर की ओर सूचनार्थ।

उपसंचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्य प्रदेश

भोपाल, दिनांक 21/2/2014

उपसंचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्य प्रदेश

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

पंचमतल सतपुड़ा भवन भोपाल

क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/14/ 512
प्रति,

भोपाल, दिनांक 21/2/2014

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला भोपाल म.प्र.

विषय:- कमला देवी चेरिटेबिल हास्पिटल भोपाल को शासकीय सेवक एवं उनके आश्रित परिवार के सदस्यों की जांच/उपचार हेतु शासकीय मान्यता बाबत।

संदर्भ:- आपका पत्र क्रमांक/नर्सिंग होम/2013/12950 दिनांक 15/07/2013

—000—

उपरोक्त विषयान्तर्गत निजी चिकित्सा संस्था कमला देवी चेरिटेबिल हास्पिटल भोपाल को शासकीय सेवक एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के उपचार हेतु नवीन मान्यता दिये जाने बाबत प्रेषित प्रकरण का परीक्षण करने पर प्रकरण में निम्नांकित जानकारी/कर्मियों की पूर्ति की जाना है:-

1. निरीक्षण प्रतिवेदन में समिति की स्पष्ट अनुशंसा नहीं है।
2. अस्पताल में किन-किन कैंसर रोग के उपचार की सुविधा उपलब्ध है स्पष्ट नहीं है।
3. अस्पताल में कैंसर के उपचार हेतु व्यापक सुविधा जिसमें सर्जरी, रेडियोथेरेपी, एवं कीमोथेरेपी सम्मिलित है, इनकी सुविधा उपलब्ध है या नहीं की जानकारी प्रस्तुत करें।
4. आवेदन पत्र में किन जांच/उपचार हेतु मान्यता चाही गई है। स्पष्ट नहीं है।
5. सुविधा शासकीय अस्पताल में उपलब्ध है या नहीं पर स्पष्ट टीप नहीं दी गई है।
6. NABH से अधिमान्यता हेतु आवेदन प्रस्तुत करने की दिनांक, वर्ष एवं वर्तमान स्थिति का विवरण
7. जिन जांच/उपचार हेतु मान्यता चाही गई है, हेतु नियमित/स्थायी विशेषज्ञों के नाम, उनकी वेतन पर्ची की प्रति एवं विगत तीन वर्षों की उपलब्धियों का विवरण उपरोक्त कर्मियों की पूर्ति कर प्रकरण शीघ्र भिजवायें। यह भी सुनिश्चित करें कि उपरोक्त सभी बिन्दुओं की पूर्ति उपरांत केवल पूर्ण प्रकरण ही भेजे जायें। अपूर्ण प्रकरण भेजने पर प्रकरण के निराकरण में होने वाले विलम्ब के लिये आपकी व्यक्तिगत जिम्मेदारी होगी।

संलग्न:- 2 अतः प्रुड्युक्त बापस

संचालक द्वारा अकर्मोपिन

पृ.क्रमांक-4/एम. आर./मान्यता/सेल-3/ 513

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ

1. संचालक, कमला देवी चेरिटेबिल हास्पिटल भोपाल की ओर सूचनार्थ।

उपसंचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

भोपाल, दिनांक 21/2/2014

उपसंचालक (एम.आर.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश