

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/313
प्रति,

भोपाल,दिनांक 01/08/2015

समस्त, संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवायें मध्यप्रदेश।

समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य एवं अधिकारी, मध्यप्रदेश।

विषय:- चौईथराम हॉस्पिटल एण्ड रिसर्च सेंटर इन्दौर को शासकीय सेवक तथा उनके आश्रित परिवार के सदस्यों के जांच/उपचार हेतु शासकीय मान्यता में वृद्धि।

संदर्भ:- म.प्र. शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग मंत्रालय का पत्र क्रमांक/एफ 9-02/2014/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 10.06.2015

—00—

उपरोक्त विषयान्तर्गत संदर्भित पत्र के द्वारा चौईथराम हॉस्पिटल एण्ड रिसर्च सेंटर, इन्दौर को समसंख्यक आदेश दिनांक 28.10.2014 एवं आदेश दिनांक 16.02.2015 के अनुसार उल्लेखित शर्तों के अधीन मान्यता को निरंतर किया गया है।

अतः उक्त चिकित्सालय को म.प्र. राज्य बीमारी सहायता निधि द्वारा भी दी गई मान्यता को निरंतर माना जावें।

संलग्न:- उपरोक्तानुसार


संचालक(रा.बी.सहा.नि.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.
भोपाल,दिनांक / /2015

पृक्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु-

1. निज सहायक, प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय भोपाल मध्यप्रदेश ।
2. निज सहायक, स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश ।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश ।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश ।
5. समस्त समस्त, कलेक्टर, मध्यप्रदेश ।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश ।
7. प्रभारी, एम.आई.एस. डिवीजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करने का कष्ट करें।

//
संचालक(रा.बी.सहा.नि.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

मध्यप्रदेश शासन
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
मंत्रालय

क्रमांक एफ 9-02/2014/सत्रह/मेडि-3

भोपाल, दिनांक 10/6/2015

प्रति,

1. शासन के समस्त विभाग
2. अध्यक्ष, राजस्व मंडल, ग्वालियर
3. समस्त विभागाध्यक्ष, मध्यप्रदेश
4. रजिस्ट्रार, उच्च न्यायालय, जबलपुर/ग्वालियर/इंदौर मध्यप्रदेश
5. समस्त संभागीय आयुक्त, मध्यप्रदेश
6. समस्त जिलाध्यक्ष, मध्यप्रदेश ।

विषय: चौईथराम हॉस्पिटल एण्ड रिसर्च सेंटर, माणिक बाग रोड, इंदौर को शासकीय सेवक तथा उनके आश्रित परिवार के सदस्यों के जांच/उपचार हेतु शासकीय मान्यता में वृद्धि ।

....00.....

इस विभाग के समसंख्यक आदेश दिनांक 28.10.2014 एवं आदेश दिनांक 16.02.2015 द्वारा चौईथराम हॉस्पिटल एण्ड रिसर्च सेंटर, इंदौर को उनके अनुरोध पर एनएबीएच की अधिमान्यता हेतु आवेदन किए जाने के लिए दिनांक 31.03.2015 तक अतिरिक्त समय दिया गया था जिसके अनुक्रम में उक्त चिकित्सालय द्वारा एनएबीएच स्टेज वन/एनट्री लेवल की अधिमान्यता हेतु दिनांक 30.03.2015 को आवेदन प्रस्तुत किया ।

समिति द्वारा निर्णय लिया गया है कि राज्य शासन एतद द्वारा विभागीय समसंख्यक आदेश दिनांक 28.10.2014 एवं आदेश दिनांक 16.02.2015 के अनुसार आदेश में उल्लेखित शर्तों के अधीन मान्यता को निरंतर माना जावे ।

मध्य प्रदेश के राज्यपाल के नाम से
तथा, आदेशानुसार,

(Signature)
(डॉ. गनी अहमद खान)

अवर सचिव

मध्य प्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

Otc

पृ.क्रमांक एफ 9-02/2014/सत्रह/मेडि-3

भोपाल, दिनांक 10 / 6 / 2015

प्रतिलिपि:-

1. महालेखाकार (लेखा एवं हकदारी) (आडिट)-1 / 2 म.प्र.ग्वालियर की और वित्त विभाग की अधिसूचना दिनांक 30.09.02 के संदर्भ में अग्रेषित।
2. सचिव, मध्यप्रदेश शासन, वित्त विभाग की ओर उनके जावक क्र. 1496/1097/2014/नियम/चार, दिनांक 25.08.14 के संदर्भ में अग्रेषित।
3. आयुक्त, स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र.। (कृपया वेबसाईट पर अपलोड करावें)
4. संचालक, चिकित्सा सेवाएँ/लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण भोपाल।
5. संचालक, चिकित्सा शिक्षा, म.प्र. भोपाल।
6. संयुक्त संचालक, (एम.आर.) संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र. भोपाल।
7. समस्त अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, म.प्र.।
8. समस्त संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र.।
9. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक म.प्र.।
10. लेखा शाखा, मंत्रालय, भोपाल।
11. संचालक, चौईथराम हॉस्पिटल एण्ड रिसर्च सेंटर, इंदौर।
की ओर सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु अग्रेषित।

Ole

[Signature]

अवर सचिव

मध्य प्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/311
प्रति,

भोपाल, दिनांक 01/08/2015

संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।

समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य एवं अधिकारी, मध्यप्रदेश।

विषय:— राज्य शासन से मान्यता प्राप्त चौईथराम हॉस्पिटल, इन्दौर को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत जांच/उपचार करने की स्वीकृति के संबंध में।

—00—

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि मध्यप्रदेश शासन, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के पत्र क्रमांक-एफ 09-02/2014/सत्रह/मेडि-3, दिनांक 16.02.2015 द्वारा चौईथराम हॉस्पिटल, इन्दौर को शासकीय स्लेवक एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है।

उपरोक्त आदेश में उल्लेखित चिकित्सालय में राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अन्तर्गत जिन चिह्नित बीमारीयों के उपचार की सुविधा है, चौईथराम हॉस्पिटल, इन्दौर को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" के अन्तर्गत उक्त मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्था को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत उपचार करने की स्वीकृति दी जाती है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कड़ाई से पालन किया जावे :-

1. पात्र हितग्राहियों को ही चिकित्सा राशि स्वीकृत की जावे एवं योजनान्तर्गत सभी निर्धारित नियमों/प्रावधानों का पालन किया जावे।
2. चिकित्सा संस्था का उपचार प्राक्कलन निर्धारित बीमारी के पैकेज की सीमा का हो। यदि प्राक्कलन पैकेज से अधिक हो तो संबंधित संस्था से उसका स्पष्टीकरण लिया जावे। पैकेज से अधिक राशि की मांग करने वाली संस्थाओं की मान्यता समाप्त करने हेतु संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें को प्रस्ताव भेजे जावे।
3. प्रत्येक चिकित्सा सहायता राशि की स्वीकृति आदेश में यह उल्लेख किया जावे कि रोगी के उपचार उपरांत चिकित्सा संस्था को सहायता राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र, शेष राशि एवं रोगी का डिस्चार्ज टिकिट, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को 15 दिवस में अनिवार्य रूप से भेजे तथा जो रोगी 3 माह तक उपचार कराने नहीं आता है, उसकी चौथे माह में राशि संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी वापस भेजी जावे।

संलग्न:-मान्यता पत्र की छायाप्रति


संचालक (रा.बी.सहा.नि.)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

भोपाल, दिनांक / /2015

पृ.क्र.4/रा0ब0सहा0निधि/

प्रतिलिपि:-सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु-

1. निज सहायक, प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय भोपाल मध्यप्रदेश।
2. निज सहायक, स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
5. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. संचालक, चौईथराम हॉस्पिटल एण्ड रिसर्च सेंटर इन्दौर, मध्यप्रदेश।
8. प्रभारी, एम.आई.एस. डिवीजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करने का कष्ट करें।

संचालक (रा.बी.सहा.नि.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

मध्य प्रदेश शासन
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
मंत्रालय

क्रमांक एफ 8-02/2014/सत्रह/मेडि-3
प्रति,

भोपाल, दिनांक 16/02/2015

1. शासन के समस्त विभाग,
2. अध्यक्ष, राजस्व मंडल, ग्वालियर,
3. समस्त विभागाध्यक्ष, मध्यप्रदेश।
4. रजिस्ट्रार, उच्च न्यायालय, जबलपुर / ग्वालियर / इन्दौर मध्यप्रदेश।
5. समस्त संभागीय आयुक्त, मध्यप्रदेश।
6. समस्त जिलाध्यक्ष, मध्यप्रदेश।

विषय: चौइथराम हास्पिटल एवं रिसर्च सेन्टर भाणिकबाग रोड इन्दौर को शासकीय सेवक तथा उनके आश्रित परिवार के सदस्यों के जांच/उपचार हेतु शासकीय मान्यता में वृद्धि

...00....

राज्य शासन एतद्वारा इस विभाग के ज्ञापन क्र. एफ 8-3/2007/17/मेडि-3 दिनांक 22.02.2013 के अनुक्रम में चौइथराम हास्पिटल एवं रिसर्च सेन्टर मनीकबाग रोड इन्दौर को शासकीय कर्मचारियों एवं उसके आश्रितों की जांच/उपचार हेतु पूर्व वर्णित शर्तों एवं निर्धारित दरों के अनुसार दिनांक 02.04.2014 तक दी गई थी जिसे आज दिनांक तक नियमित करते हुए अब नवीन मान्यता वृद्धि देने का निर्णय इस शर्त पर लिया गया है कि उन्हें अनिवार्य रूप से दिनांक 31 दिसम्बर 2014 तक NABH की अधिमान्यता हेतु आवेदन प्रस्तुत करना होगा एवं दिनांक 31 दिसम्बर 2015 तक NABH की स्टेज वन/एनडी लेवल की अधिमान्यता अनिवार्य रूप से प्राप्त करनी होगी। इस शर्त पर इस चिकित्सालय को शासन द्वारा स्वीकृत प्रतिपूर्ति दरों पर दिनांक 31 दिसम्बर 2015 तक मान्यता वृद्धि देने का निर्णय लिया गया। यदि उक्त चिकित्सालय द्वारा NABH की अधिमान्यता हेतु आवेदन दिनांक 31 दिसम्बर 2014 तक प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो इनकी मान्यता 1 जनवरी 2015 से स्वतः समाप्त मानी जायेगी।

उपचार/जांच जिसके के लिए संस्था को मान्यता है	शासन द्वारा निर्धारित प्रतिपूर्ति दर
1 कलर डायलर इकोकार्डियोग्राफी	1000/-
2. परमानेंट पेसमेकर इम्प्लान्टेशन	55,000/- including CE approved Pacemaker For FDA approval Rs. 65,000/-
3. कोरोनरी एन्जियोग्राफी	8,500/- Angiography Including Coronary, Carotid, renal, Aortogram Peripheral (Inclusive of investigation)
4. रेगुलर होमोडायलीसिस	500/- per settings
5. डायग्नोस्टिक इओआर0सी0पी	1000/-
6. सी0टी0स्कैन हेड	1600/-
7 सी0टी0स्कैन अदर बाडी पार्ट्स।	3000/-
8. सी0ए0बी0जी0	1,00,000/- (Including Coronary Angiography)
9 ओपन हार्ट सर्जरी विथ सिंगल वाल्व रिप्लेसमेंट	1,30,000/-
10. एन्जियोप्लास्टी विथ स्टेंट	72,000/- coronary angioplasty with one stent (Drug eluting, 72,000/- + 25,000/- = 97,000/- For second Stent Extra Rs. 25,000/-
11. ए.एस.डी. / ए.डी.आर.	80,000/-
12- किडनी प्रत्यारोपण	1,50,000/- & Additional Rs. 50,000/- Towards the cost of immunosuppressants for a period of 6 months

2. यह न्यक्ति वित्त विभाग के ज्ञापन क्रमांक 1436/1097/2014/नियम/घर, दिनांक 25.08.2014 के अन्तर्गत सहायता के तारतम्य में जारी की गई है।

3/- शासकीय कर्मचारियों एवं उन पर आश्रित परिवार के सदस्यों के जांच/उपचार हेतु मान्यता वृद्धि संबंधी विभाग द्वारा जारी स्वीकृति आदेश दिनांक 28.10.2014 के अनुक्रम में जारी की जाती है। जारी की गई स्वीकृति उक्त तिथि से आगामी 3 वर्ष तक के लिए मान्य होगी।

मध्य प्रदेश के राज्यपाल के नाम
तथा आदेशानुसार,

(डॉ. गनी अहमद खान)

अवर सचिव

मध्य प्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

पृ.क्रमांक एफ 9- 02/2014/सत्रह/भेदि-3
प्रतिलिपि:-

भोपाल, दिनांक 16/02/2015

1. महालेखाकार (लेखा एवं हकदारी) (आडिट)-1 /2 म. प्र. ग्वालियर की ओर वित्त विभाग की अधिसूचना दिनांक 30.9.02 के संदर्भ में अंग्रेषित।
 2. सचिव, मध्य प्रदेश शासन, वित्त विभाग की ओर उनके ज्ञापन क्रमांक 1496/1097/2014/नियम/चार, दिनांक 25.08.2014 के संदर्भ में अंग्रेषित।
 3. आर.कत, स्वास्थ्य सेवार्थ, म.प्र.।
 4. संचालक, चिकित्सा सेवार्थ/लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण भोपाल।
 5. संचालक, चिकित्सा शिक्षा, म.प्र. भोपाल।
 6. संयुक्त संचालक, (एम.आर.) संचालनालय, स्वास्थ्य सेवार्थ, म.प्र. भोपाल।
 7. समस्त अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, म.प्र.।
 8. समस्त संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवार्थ, म.प्र.।
 9. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी/सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक म.प्र.।
 10. लेखा शाखा, मंत्रालय, भोपाल।
 11. संचालक, चौइधराम हास्पिटल एवं रिसर्च सेंटर मर्न, कबाग रोड इन्दौर।
- की ओर सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु अंग्रेषित।

अवर सचिव

मध्य प्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

क्रमांक 64/रा030सहा0निधि/सेल-२/2015/
प्रति,

भोपाल, दिनांक / / 2015

1. समस्त संयुक्त संचालक,
स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
2. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
मध्यप्रदेश।

विषय:- म.प्र. राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना अन्तर्गत निजी चिकित्सालयों को उपचार करने की स्वीकृती के संबंध में।

—00—

उपरोक्त विषय में लेख है कि मध्यप्रदेश शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग मंत्रालय का पत्र क्रमांक एफ-9-03/2014/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 10.06.2015 द्वारा संलग्न सूची अनुसार शासकीय सेवक एवं उनके आश्रित परिवार के सदस्यों के उपचार/जांच हेतु नवीन मान्यता/मान्यता वृद्धि दी गई है।

उपरोक्त सूची में उल्लेखित जिन निजी चिकित्सालयों में राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अन्तर्गत चिन्हित बीमारीयों के उपचार की सुविधा है, उन चिकित्सालयों को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अन्तर्गत उपचार करने की स्वीकृती दी जाती है।

समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारीयों को निर्देशित किया जाता है कि वे राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना की चिन्हित बीमारीयों के मरीजों को रिफर करने के पूर्व यह सुनिश्चित कर ले कि संबंधित निजी चिकित्सालयों को उपरोक्त बीमारी के उपचार हेतु मान्यता प्राप्त है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कड़ाई से पालन किया जावे :-

1. पात्र हितग्राहियों को ही चिकित्सा राशि स्वीकृत की जावे एवं योजनान्तर्गत सभी निर्धारित नियमों/प्रावधानों का पालन किया जावे।
2. चिकित्सा संस्था का उपचार प्राक्कलन निर्धारित बीमारी के पैकेज की सीमा का हो। यदि प्राक्कलन पैकेज से अधिक हो तो संबंधित संस्था से उसका स्पष्टीकरण लिया जावे। पैकेज से अधिक राशि की मांग करने वाली संस्थाओं की मान्यता समाप्त करने हेतु संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें को प्रस्ताव भेजे जावे।

इत्येक चिकित्सा सहायता राशि की स्वीकृति आदेश में यह उल्लेख किया जावे कि रोगी के उपचार उपरान्त चिकित्सा संस्था को सहायता राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र, शेष राशि एवं रोगी का डिस्चार्ज टिकिट, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को 15 दिवस में अनिवार्य रूप से भेजे तथा जो रोगी 3 माह तक उपचार कराने नहीं आता है, उसकी चौथे माह में राशि संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी वापस भेजी जावे।

निरंतर.....2

//2//

उक्त निजी चिकित्सालयों द्वारा राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना से संबंधित शासन के दिशा निर्देशों का कड़ाई से पालन सुनिश्चित किया जावे।

संलग्न:-सूची

संचालक,

राज्य बीमारी सहायता निधि
संचालनालय स्वास्थ्य सेवाये म.प्र.

पृ.क 04/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2015/ 293

भोपाल,दिनांक 27/7/2015

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ।

1. स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र.। (संलग्न-सूची)
2. समस्त संभागीय आयुक्त (राजस्व) म.प्र.। (संलग्न-सूची)
3. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश। (संलग्न-सूची)
4. समस्त अधिष्ठाता चिकित्सा महाविद्यालय मध्यप्रदेश। (संलग्न-सूची)
5. समस्त सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, म.प्र.। (संलग्न-सूची)
की ओर सूचनार्थ तथा आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।
6. प्रभारी, एम.आई.एस. डिवीजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र एवं सूची को विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करने का कष्ट करें। (संलग्न-सूची)

संचालक

राज्य बीमारी सहायता निधि
संचालनालय स्वास्थ्य सेवाये म.प्र.

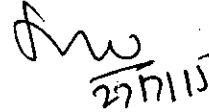
राज्य के अंदर निजी चिकित्सालयों/संस्थाओं को शासकीय सेवक एवं उनके आश्रित सदस्यों के उपचार/जांच हेतु नवीन मान्यता/मान्यता वृद्धि दी गई संस्थाओं की सूची

नवीन मान्यता :-

क्रमांक	संस्था का नाम	शर्त	मान्यता दिए जाने की अवधि
1.	मेदांता हॉस्पिटल विजयनगर, इन्दौर एफ 9-3/14/सत्रह/मेडि-3, दिनांक 10-06-2014	दिनांक 31 मार्च 2016 तक एन.ए.बी.एच. की स्टेज वन/एन्ट्री लेवल की अधिमान्यता अनिवार्य रूप से प्राप्त करनी होगी अन्यथा इनकी मान्यता स्वतः समाप्त मानी जावेगी।	आदेश जारी होने के दिनांक से आगामी 3 वर्ष तक
2.	इन्फिनिटी हार्ट इन्सटिट्यूट, नेपियर टाउन, जबलपुर एफ 9-3/14/सत्रह/मेडि-3, दिनांक 10-06-2014	दिनांक 31 मार्च 2016 तक एन.ए.बी.एच. की स्टेज वन/एन्ट्री लेवल की अधिमान्यता अनिवार्य रूप से प्राप्त करनी होगी अन्यथा इनकी मान्यता स्वतः समाप्त मानी जावेगी।	आदेश जारी होने के दिनांक से आगामी 3 वर्ष तक

मान्यता वृद्धि:-

क्रमांक	संस्था का नाम	शर्त	मान्यता दिए जाने की अवधि
1.	मेट्रो हॉस्पिटल एण्ड रिसर्च सेंटर, दमोह नाका, जबलपुर एफ 9-3/14/सत्रह/मेडि-3, दिनांक 10-06-2014	दिनांक 17.02.2015 को एन.ए.बी.एच. की अधिमान्यता प्राप्त की गई है अतः इन्हे दिनांक 03.03.2015 दी गई मान्यता वृद्धि को नियमित करते हुए 3 वर्ष तक की मान्यता वृद्धि इस शर्त पर दी जाती है कि वे एनएबीएच के निर्धारित मापदण्डों का नियमित रूप से पालन करेंगे।	आगामी 3 वर्ष तक


 उप संचालक(रा.बी.स.नि.)
 संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ,म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

क्रमांक-4/एस.आई.एफ/मान्यता/2015/ 212
प्रति,

भोपाल, दिनांक 20/5/2015

1. समस्त संभागीय संयुक्त संचालक
स्वास्थ्य सेवायें मध्यप्रदेश
2. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
मध्यप्रदेश।

विषय:- मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अंतर्गत निजी चिकित्सालयों को उपचार करने की स्वीकृति के संबंध में।

—000—

उपरोक्त विषय में लेख है कि मध्यप्रदेश शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग मंत्रालय का पत्र क्रमांक एफ 9-02/2014/सत्रह/मेडि.-3 भोपाल, दिनांक 11/03/2015 एवं एफ 9-03/2014/सत्रह/मेडि.-3 भोपाल, दिनांक 11/03/2015 द्वारा संलग्न सूची अनुसार शासकीय सेवक एवं उनके आश्रित परिवार के सदस्यों के उपचार/जांच हेतु नवीन मान्यता/मान्यता वृद्धि दी गई है।

उपरोक्त सूची में उल्लेखित जिन निजी चिकित्सालयों में राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अंतर्गत चिन्हित बीमारियों के उपचार की सुविधा है, उन चिकित्सालयों को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अंतर्गत उपचार करने की स्वीकृति दी जाती है।

समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारियों को निर्देशित किया जाता है कि वे राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना की चिन्हित बीमारियों के मरीजों को रिफर करने के पूर्व यह सुनिश्चित कर ले कि संबंधित निजी चिकित्सालयों को उपरोक्त बीमारी के उपचार हेतु मान्यता प्राप्त है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अंतर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों को कड़ाई से पालन किया जावे :-

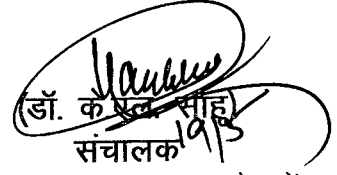
1. पात्र हितग्राहियों को ही चिकित्सा राशि स्वीकृत की जावे एवं योजनांतर्गत सभी निर्धारित नियमों/प्रावधानों का पालन किया जावे।
2. चिकित्सा संस्था का उपचार प्राक्कलन निर्धारित बीमारी के पैकेज की सीमा का हो। यदि प्राक्कलन पैकेज से अधिक हो तो संबंधित संस्था से उसका स्पष्टीकरण लिया जावे। पैकेज से अधिक राशि की मांग करने वाली संस्थाओं की मान्यता समाप्त करने हेतु संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें को प्रस्ताव भेजे जावे।

प्रत्येक चिकित्सा सहायता राशि की स्वीकृति आदेश में यह उल्लेख किया जावे कि रोगी के उपचार उपरांत चिकित्सा संस्था को सहायता राशि का उपयोगिता प्रमाण-पत्र, शेष राशि एवं रोगी का डिस्चार्ज टिकिट, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को 15 दिवस में अनिवार्य रूप से भेजे तथा जो रोगी 3 माह तक उपचार कराने नहीं आता है। उसकी चौथे माह में राशि संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी वापस भेजी जावे।

निरंतर2

उक्त निजी चिकित्सालयों द्वारा राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना से संबंधित शासन के दिशा निर्देशों का कड़ाई से पालन सुनिश्चित किया जावे।

संलग्न :- सूची


(डॉ. के.एल. साहू)
संचालक 19/5

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

भोपाल, दिनांक / /2015

पृ.क्रमांक-4/एस.आई.एफ/मान्यता/2015/

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ

1. स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त संभागीय आयुक्त (राजस्व) म.प्र.
3. समस्त कलेक्टर, म.प्र.।
4. समस्त अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय म.प्र.।
5. समस्त सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, म.प्र.।
की ओर सचनार्थ तथा आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।
6. प्रभारी, एम.आई.एस. डिजीजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र एवं सूची को विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करने का कष्ट करे।

(डॉ. के.एल. साहू)
संचालक

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

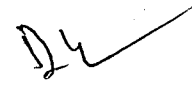
राज्य के अंदर निजी चिकित्सालयों/संस्थाओं को शासकीय सेवक एवं उनके सदस्यों के उपचार/जांच हेतु नवीन मान्यता/मान्यता वृद्धि दी गई संस्थाओं की सूची (2015)

नवीन मान्यता :-

क्र.	संस्था का नाम	शर्त	मान्यता दिये जाने की अवधि
1.	जे0के0 हास्पिटल एण्ड मेडिकल कालेज भोपाल F 9-03/2014/ सत्रह / मेडि.-3 दिनांक 11/03/2015	दिनांक 30 दिसंबर 2015 तक एन.बी.एच. से अधिमान्यता अनिवार्यतः रूप से प्राप्त करेंगे अन्यथा इनकी मान्यता स्वतः समाप्त मानी जावे।	आदेश जारी होने के दिनांक से आगामी 3 वर्ष तक
2.	नर्मदा अपना अस्पताल होशंगाबाद F 9-03/2014/ सत्रह / मेडि.-3 दिनांक 11/03/2015	दिनांक 30 दिसंबर 2015 तक एन.बी.एच. से अधिमान्यता अनिवार्यतः रूप से प्राप्त करेंगे अन्यथा इनकी मान्यता स्वतः समाप्त मानी जावे।	आदेश जारी होने के दिनांक से आगामी 3 वर्ष तक
3.	सिटी हास्पिटल एण्ड रिसर्च सेंटर जबलपुर F 9-03/2014/ सत्रह / मेडि.-3 दिनांक 11/03/2015	दिनांक 30 दिसंबर 2015 तक एन.बी.एच. से अधिमान्यता अनिवार्यतः रूप से प्राप्त करेंगे अन्यथा इनकी मान्यता स्वतः समाप्त मानी जावे।	आदेश जारी होने के दिनांक से आगामी 3 वर्ष तक
मान्यता वृद्धि			
1.	ग्रेटर कैलाश प्रायवेट हास्पिटल इन्दौर F 9-02/2014/ सत्रह / मेडि.-3 दिनांक 11/03/2015	दिनांक 31 दिसंबर 2015 तक एन.ए.बी.एच. की स्टेज वन/एन्ट्री लेवल की अधिमान्यता अनिवार्यतः प्राप्त करनी होगी अन्यथा इनकी मान्यता दिनांक 1 जनवरी 2016 से स्वतः समाप्त मानी जावेगी।	दिनांक 10/01/2015 तक दी गई मान्यता वृद्धि को नियमित करते हुये उक्त दिनांक से 3 वर्ष के लिए मान्य होगी।
2.	भोपाल केयर हास्पिटल भोपाल F 9-02/2014/ सत्रह / मेडि.-3 दिनांक 11/03/2015	दिनांक 31 दिसंबर 2015 तक एन.ए.बी.एच. की स्टेज वन/एन्ट्री लेवल की अधिमान्यता अनिवार्यतः प्राप्त करनी होगी अन्यथा इनकी मान्यता दिनांक 1 जनवरी 2016 से स्वतः समाप्त मानी जावेगी।	दिनांक 31/03/2014 तक दी गई मान्यता वृद्धि को नियमित करते हुये उक्त दिनांक से 3 से वर्ष के लिए मान्य होगी।
3.	सिनर्जी हास्पिटल इन्दौर F 9-02/2014/ सत्रह / मेडि.-3 दिनांक 11/03/2015	दिनांक 31 दिसंबर 2015 तक एन.ए.बी.एच. की स्टेज वन/एन्ट्री लेवल की अधिमान्यता अनिवार्यतः प्राप्त करनी होगी। अन्यथा इनकी	दिनांक 29/07/2014 तक दी गई मान्यता वृद्धि को

		मान्यता दिनांक 1 जनवरी 2016 से स्वतः समाप्त मानी जावेगी।	नियमित करते हुये उक्त दिनांक 3 से वर्ष के लिए मान्य होगी।
4.	आशीष हास्पिटल जबलपुर F 9-02/2014/ सत्रह / मेडि.-3 दिनांक 11/03/2015	दिनांक 31 दिसंबर 2015 तक एन. ए.बी.एच. की स्टेज वन/एन्ट्री लेवल की अधिमान्यता अनिवार्यतः प्राप्त करनी होगी। अन्यथा इनकी मान्यता दिनांक 1 जनवरी 2016 से स्वतः समाप्त मानी जावेगी।	दिनांक 29/07/2014 तक दी गई मान्यता वृद्धि को नियमित करते हुये उक्त दिनांक से 3 वर्ष के लिए मान्य होगी।
5.	हजेला हास्पिटल भोपाल F 9-02/2014/ सत्रह / मेडि.-3 दिनांक 11/03/2015	दिनांक 31 दिसंबर 2015 तक एन. ए.बी.एच. की स्टेज वन/एन्ट्री लेवल की अधिमान्यता अनिवार्यतः प्राप्त करनी होगी। अन्यथा इनकी मान्यता दिनांक 1 जनवरी 2016 से स्वतः समाप्त मानी जावेगी।	दिनांक 30/07/2014 तक दी गई मान्यता वृद्धि को नियमित करते हुये उक्त दिनांक से 3 वर्ष के लिए मान्य होगी।
6.	नोबल मल्टीस्पेशलिटी हास्पिटल भोपाल F 9-02/2014/ सत्रह / मेडि.-3 दिनांक 11/03/2015	दिनांक 31 दिसंबर 2015 तक एन. ए.बी.एच. की स्टेज वन/एन्ट्री लेवल की अधिमान्यता अनिवार्यतः प्राप्त करनी होगी। अन्यथा इनकी मान्यता दिनांक 1 जनवरी 2016 से स्वतः समाप्त मानी जावेगी।	दिनांक 12/11/2014 तक दी गई मान्यता वृद्धि को नियमित करते हुये उक्त दिनांक से 3 वर्ष के लिए मान्य होगी।
7.	चिरायु हेल्थ मेडिकेयर प्रायवेट लिमिटेड F 9-02/2014/ सत्रह / मेडि.-3 दिनांक 11/03/2015	दिनांक 31 दिसंबर 2015 तक एन. ए.बी.एच. की स्टेज वन/एन्ट्री लेवल की अधिमान्यता अनिवार्यतः प्राप्त करनी होगी। अन्यथा इनकी मान्यता दिनांक 1 जनवरी 2016 से स्वतः समाप्त मानी जावेगी।	दिनांक 12/01/2015 तक दी गई मान्यता वृद्धि को नियमित करते हुये उक्त दिनांक से 3 वर्ष के लिए मान्य होगी।
8.	नर्मदा ट्रामा सेंटर, भोपाल F 9-02/2014/ सत्रह / मेडि.-3 दिनांक 11/03/2015	दिनांक 31 दिसंबर 2015 तक एन. ए.बी.एच. की स्टेज वन/एन्ट्री लेवल की अधिमान्यता अनिवार्यतः प्राप्त करनी होगी। अन्यथा इनकी मान्यता दिनांक 1 जनवरी 2016 से स्वतः समाप्त मानी जावेगी।	दिनांक 9/02/2013 तक दी गई मान्यता वृद्धि को नियमित करते हुये उक्त दिनांक से 3 वर्ष

			के लिए मान्य होगी।
9.	जे०के० हास्पिटल एण्ड मेडिकल कालेज भोपाल F 9-02/2014/ सत्रह / मेडि.-3 दिनांक 11/03/2015	दिनांक 31 दिसंबर 2015 तक एन. ए.बी.एच. की स्टेज वन/एन्ट्री लेवल की अधिमान्यता अनिवार्यतः प्राप्त करनी होगी। अन्यथा इनकी मान्यता दिनांक 1 जनवरी 2016 से स्वतः समाप्त मानी जावेगी।	दिनांक (1) 18/01/2013 (2) 19/01/2013 (3) 30/07/2014 (दो) तक दी गई मान्यता वृद्धि को नियमित करते हुये उक्त दिनांक से 3 वर्ष के लिए मान्य होगी।


 उपसंचालक (एम.आर.)
 संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
 मध्यप्रदेश

मध्यप्रदेश शासन
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
मंत्रालय

—•• संशोधित आदेश ••—

क्रमांक एफ 12-32/2014/सत्रह/मेडि-3
प्रति,

भोपाल, दिनांक 8/1/2015

समस्त संयुक्त संचालक,
स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश ।

समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,
म.प्र. ।

विषय : म.प्र.राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना अंतर्गत निजी चिकित्सालयों को उपचार करने की स्वीकृति के संबंध में ।

उपरोक्त विषय में लेख है कि मध्यप्रदेश शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग मंत्रालय का पत्र क्रमांक एफ 9-2/14/सत्रह/मेडि-3 एवं एफ 9-3/14/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 28.10.2014 द्वारा संलग्न सूची अनुसार शासकीय सेवक एवं उनके आश्रित परिवार के सदस्यों के उपचार/जांच हेतु नवीन मान्यता/मान्यता वृद्धि दी गई है ।

उपरोक्त सूची में उल्लेखित जिन निजी चिकित्सालयों में राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अंतर्गत चिन्हित बीमारियों के उपचार की सुविधा है, उन चिकित्सालयों को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अंतर्गत उपचार करने की स्वीकृति दी जाती है ।

समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारियों को निर्देशित किया जाता है कि वे राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना की चिन्हित बीमारियों के मरीजों को रिफर करने के पूर्व यह सुनिश्चित कर ले कि संबंधित निजी चिकित्सालयों को उपरोक्त बीमारी के उपचार हेतु मान्यता प्राप्त है ।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अंतर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों को कड़ाई से पालन किया जावे :-

1. पात्र हितग्राहियों को ही चिकित्सा राशि स्वीकृत की जावे एवं योजनांतर्गत सभी निर्धारित नियमों/प्रावधानों का पालन किया जावे ।
2. चिकित्सा संस्था का उपचार प्राक्कलन निर्धारित बीमारी के पैकेज की सीमा का हो । यदि प्राक्कलन पैकेज से अधिक हो तो संबंधित संस्था से उसका स्पष्टीकरण लिया जावे । पैकेज से अधिक राशि की मांग करने वाली संस्थाओं की मान्यता समाप्त करने हेतु संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें को प्रस्ताव भेजे जावे ।

...2...

DD(SIAF)

18/1/15

OS(SIAF)

C-2

18/1/15

संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/2015/48
प्रति,

भोपाल, दिनांक 14/01/2015

समस्त संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवाएँ, मध्यप्रदेश
समस्त, कलेक्टर, मध्यप्रदेश
समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य एवं अधिकारी, मध्यप्रदेश

विषय:- राज्य शासन से मान्यता प्राप्त चिरायु मेडिकल कॉलेज एण्ड हॉस्पिटल भोपाल को मध्यप्रदेश राज्य बीमार सहायता निधि के अन्तर्गत (हृदय रोग) उपचार करने स्वीकृति के संबंध में।

---00---

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के पत्र क्रमांक-एफ-9-02/2014/17/मेडि-3, दिनांक 19.06.2014 द्वारा चिरायु मेडिकल कॉलेज एण्ड हॉस्पिटल भोपाल शासकीय सेवक एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के जांच/उपचार (हृदय रोग) हेतु आदेश जारी होने के दिनांक से आगामी 3 वर्ष तक के लिए मान्यता वृद्धि प्रदान की गई है। मान्यता वृद्धि देने का निर्णय इस शर्त पर लिया गया है कि दिनांक 30 दिसंबर 2015 तक एन.ए.बी.एच. से अधिमान्यता अनिवार्यतः प्राप्त करेंगे अन्यथा उनकी मान्यता स्वतः समाप्त मानी जावेगी।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" के अन्तर्गत उक्त मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्था को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि योजना अन्तर्गत उपचार की अनुमति दी जाती है :-

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कड़ाई से पालन किया जावे :-

1. पात्र हितग्राहियों को ही चिकित्सा राशि स्वीकृत की जावे एवं योजनान्तर्गत सभी निर्धारित नियमों/प्रावधानों का पालन किया जावे।
2. चिकित्सा संस्था का उपचार प्राक्कलन निर्धारित बीमारी के पैकेज की सीमा का हो। यदि प्राक्कलन पैकेज से अधिक हो तो संबंधित संस्था से उसका स्पष्टीकरण लिया जावे। पैकेज से अधिक राशि की मांग करने वाली संस्थाओं की मान्यता समाप्त करने हेतु संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ को प्रस्ताव भेजे जावे।
3. प्रत्येक चिकित्सा सहायता राशि की स्वीकृति आदेश में यह उल्लेख किया जावे कि रोगी के उपचार उपरांत चिकित्सा संस्था को सहायता राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र, शेष राशि एवं रोगी का डिस्चार्ज टिकिट, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को 15 दिवस में अनिवार्य रूप से भेजे तथा जो रोगी 3 माह तक उपचार कराने नहीं आता है, उसकी चौथे माह में राशि संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी वापस भेजी जावे।

संचालक(रा.बी.सहा.नि.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र.
भोपाल, दिनांक 14/01/2015

पू.क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/2015/49

प्रतिलिपि:- सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु :-

1. निज सहायक, प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय भोपाल।
2. निज सहायक, स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
6. संचालक, चिरायु मेडिकल कॉलेज एण्ड हॉस्पिटल भोपाल म.प्र.।

संचालक(रा.बी.सहा.नि.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र.

3. प्रत्येक चिकित्सा सहायता राशि की स्वीकृति आदेश में यह उल्लेख किया जावे कि रोगी के उपचार उपरांत चिकित्सा संस्था को सहायता राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र, शेष राशि एवं रोगी का डिस्चार्ज टिकिट, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को 15 दिवस में अनिवार्य रूप से भेजे तथा जो रोगी 3 माह तक उपचार कराने नहीं आता है, उसकी चौथे माह में राशि संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी वापस भेजी जावें ।

उक्त निजी चिकित्सालयों द्वारा राज्य बीमारी सहायता निधि एवं मुख्यमंत्री कल्याण हृदय उपचार योजना से संबंधित शासन के दिशा निर्देशों का कड़ाई से पालन सुनिश्चित किया जावे ।

संलग्न : सूची ।

(डॉ. गनी अहमद खान)

अवर सचिव

मध्यप्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

पृष्ठां. क्रमांक एफ 12-32/2014/सत्रह/मेडि-3,

भोपाल, दिनांक 01/11/2015

प्रतिलिपि :-

1. स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र. ।
 2. समस्त संभागीय आयुक्त (राजस्व), म.प्र. ।
 3. समस्त कलेक्टर, म.प्र. ।
 4. समस्त अधिष्ठाता चिकित्सा महाविद्यालय मध्यप्रदेश । ।
 5. समस्त सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, म.प्र. ।
- की ओर सूचनार्थ तथा आवश्यक कार्यवाही हेतु अग्रेषित ।

अवर सचिव

मध्यप्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0नि0/2014/210

भोपाल, दिनांक 24/06/2014

प्रति,

समस्त, संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवाएँ, मध्यप्रदेश

समस्त, कलेक्टर, मध्य प्रदेश

समस्त, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, मध्यप्रदेश

विषय:-राज्य शासन द्वारा मान्यता प्राप्त जवाहर लाल नेहरू कैंसर अस्पताल एण्ड रिसर्च सेंटर भोपाल को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत (कैंसर रोग) उपचार करने की स्वीकृति के संबंध में।

संदर्भ:-जवाहर लाल नेहरू कैंसर अस्पताल एण्ड रिसर्च सेंटर भोपाल का पत्र क्रमांक/372/147/173/2014 दिनांक 20/06/2014


—00—

उपरोक्त विषयांतर्गत लेख है कि मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के पत्र क्रमांक-एफ 9-02/2014/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 19.06.2014 द्वारा जवाहर लाल नेहरू कैंसर अस्पताल एण्ड रिसर्च सेंटर भोपाल को शासकीय सेवक एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के उपचार (कैंसर रोग) हेतु मान्यता वृद्धि की गई है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" के अंतर्गत उक्त मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्था को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अंतर्गत (कैंसर रोग) उपचार करने की स्वीकृति दी जाती है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कड़ाई से पालन किया जावे :-


1. पत्र हितग्राहियों को ही चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृत की जावे एवं योजनान्तर्गत सभी निर्धारित नियमों/प्रावधानों का पालन किया जावे।
2. चिकित्सा संस्थाओं का उपचार प्राक्कलन निर्धारित बीमारी के पैकेज की सीमा का हो। यदि प्राक्कलन पैकेज से अधिक हो तो संबंधित संस्था से उसका स्पष्टीकरण लिया जावे। पैकेज से अधिक राशि की मांग करने वाली संस्थाओं की मान्यता समाप्त करने हेतु संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ को प्रस्ताव भेजे जावे।
3. प्रत्येक चिकित्सा सहायता राशि की स्वीकृति आदेशों में यह उल्लेख किया जावे कि "रोगी के उपचार उपरान्त चिकित्सा संस्था को, सहायता राशि का उपयोगिता प्रमाण पत्र, शेष राशि एवं रोगी का डिस्चार्ज टिकिट, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को 15 दिवस में अनिवार्य रूप से भेजे तथा जो रोगी 3 माह तक उपचार कराने नहीं आता है, उसकी चौथे माह में राशि संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को वापस भेजी जावे।"


संचालक (रा0ब0सहा0नि0)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र.
भोपाल, दिनांक 24/06/2014

पृ.क्र. 4/रा0ब0सहा0नि0/2014/211

प्रतिलिपि:- सुचनार्थ एवं पालनार्थ।

1. निज सहायक, प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय, भोपाल।
2. निज सहायक, स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (सजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
6. संचालक, जवाहर लाल नेहरू कैंसर अस्पताल एण्ड रिसर्च सेंटर भोपाल।


संचालक (रा0ब0सहा0नि0)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र.