

मध्यप्रदेश शासन  
लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग  
मंत्रालय  
आदेश

भोपाल, दिनांक 02/05/2016

क्रमांक एफ 9-02/2016/सत्रह/मेडि-3 :: मुख्यमंत्री बाल श्रवण उपचार योजना के अंतर्गत श्रवण बाधित चिहांकित बच्चों का निःशुल्क उपचार मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्थाओं में कराया जाना है । श्रवण बाधित बच्चों के कॉक्लियर इम्प्लान्ट हेतु राज्य स्तर पर राशि रु. 6.50 लाख का पैकेज निर्धारित किया गया है । इस निर्धारित पैकेज में श्रवण बाधित चिहांकित बच्चों के उपचार हेतु राशि रु. 5.20 लाख राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत संचालित राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के FMR Code A.5.2 के अंतर्गत उपलब्ध कराई जा रही है तथा शेष राशि रु. 1.30 लाख बाल श्रवण योजनांतर्गत राज्य मद से बच्चे के इम्प्लान्ट उपरांत पूर्ण फालोअप होने के बाद राशि रु. 1.28 लाख एवं राशि रु. 2000/- स्वीकृति के समय बच्चों के परिवहन हेतु प्रदाय कराया जाना है । निर्धारित मॉडल कॉस्टिंग पैकेज अनुसार ही श्रवण बाधित चिहांकित बच्चों के उपचार हेतु मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्थाओं में प्रदाय कर निम्न निर्देशानुसार उपचार कराया जाना सुनिश्चित करे -

योजना के अंतर्गत पात्र हितग्राही :

5 वर्ष तक आयु के श्रवण बाधित चिहांकित समस्त बच्चे ही योजनांतर्गत पात्र हितग्राही होंगे। विशेष परिस्थितियों में विशेषज्ञ चिकित्सक द्वारा दिए गए उपरांत 7 वर्ष तक के श्रवण बाधित बच्चे योजनांतर्गत पात्र हितग्राही होंगे । बच्चे के अभिभावक को प्रदेश का मूल निवासी होना अनिवार्य है ।

चिहांकित बच्चों को मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी सर्वप्रथम Hearing Aid आवश्यक रूप से छः माह तक प्रदान करें तत्पश्चात् पुनः परीक्षण करावें की Hearing Aid से श्रवण में सुधार हुआ है अथवा नहीं, सुधार न होने पर ही कॉक्लियर इम्प्लान्ट कराया जावें । यह व्यवस्था 5 वर्ष तक के बच्चों के लिए अनिवार्य रूप से की जावे । Hearing Aid हेतु राशि रु.10 हजार का प्रावधान आर.बी.एस.के. मॉडल कॉस्टिंग पैकेज में पृथक से निर्धारित है । इस उपलब्ध राशि से बच्चों को Hearing Aid उपलब्ध कराया जाना सुनिश्चित किया जावें । क्योंकि Hearing Aid से सामान्य श्रवण होने की संभावना लगभग 40 प्रतिशत बच्चों में संभावित है किन्तु इम्प्लान्ट लगने के बाद सामान्य श्रवण की संभावना शून्य है ।

मुख्यमंत्री बाल श्रवण योजना के अंतर्गत उपचार हेतु पात्र चिकित्सा संस्थान -

कॉक्लियर इम्प्लान्ट के लिए निम्न मान्यता प्राप्त चिकित्सालय में योजनांतर्गत उपचार प्रदान किया जा सकता है -

- अरबिंदो मेडिकल कॉलेज एवं चिकित्सालय, इंदौर
- चिरायु मेडिकल कॉलेज, भोपाल
- एल.एन.मेडिकल कॉलेज एवं जे.के.हॉस्पिटल, भोपाल
- दिव्य एडवांस ई.एन.टी.क्लीनिक, भोपाल
- हजेला चिकित्सालय, कोटरा भोपाल
- अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान (एम्स), नई दिल्ली
- पी.डी.हिन्दुजा नेशनल हॉस्पिटल, मुंबई
- लीलावती हॉस्पिटल, मुम्बई

म.प्र. शासन, भोपाल, दिनांक 02/05/2016

02/05/2016

वेबसाइट पर उपलब्ध करावें

तत्काल मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों में उपचार करावें

- देश/प्रदेश के प्रतिष्ठित चिकित्सा संस्थान जिन्हें राज्य शासन/एन.एच.एम. द्वारा कॉक्लियर इम्प्लान्ट हेतु मान्यता प्रदान की गई हो ।

**मान्यता प्राप्त चिकित्सालय हेतु निर्धारित शर्तें :**

- कॉक्लियर इम्प्लान्ट हेतु मान्यता प्राप्त चिकित्सालय निर्धारित मॉडल कॉस्टिंग पैकेज में उल्लेखित राशि रु. 5.20 लाख से कॉक्लियर इम्प्लान्ट करेगा एवं संबंधित मरीज का दस्तावेजीकरण आर.बी.एस.के. मॉडल कॉस्टिंग पैकेज में उल्लेखित अनुसार करेंगे ।
- यदि मान्यता प्राप्त चिकित्सालय जिला स्तर पर निःशुल्क कैम्प आयोजित कर बच्चों की निःशुल्क जांच करता है तो जांच हेतु पृथक से किसी भी चिकित्सालय को राशि देय नहीं होगी।
- जांच उपरांत मान्यता प्राप्त चिकित्सालय चिंहांकित बच्चों की समस्त जांच के साथ प्राक्कलन भी प्रस्तुत करेगा । प्रस्तुत प्राक्कलन निर्धारित कॉस्टिंग पैकेज अनुसार रहेगा । यदि संबंधित चिकित्सालय द्वारा अधिक राशि का प्राक्कलन दिया गया है तब भी उसे निर्धारित मॉडल कॉस्टिंग पैकेज अनुसार ही राशि उपलब्ध कराई जावेगी तथा मान्यता प्राप्त संस्थान को निर्धारित मॉडल कॉस्टिंग पैकेज अनुसार ही उपचार उपलब्ध कराया जाना अनिवार्य होगा ।
- मान्यता प्राप्त चिकित्सालय बच्चों के उपचार के समय मरीज के साथ रहने वाले एक व्यक्ति को निःशुल्क आवास एवं निःशुल्क भोजन की व्यवस्था भी अनिवार्यतः उपलब्ध करायेंगे ।
- मान्यता प्राप्त चिकित्सालय संबंधित मरीज को डिस्चार्ज उपरांत 1 माह तक निःशुल्क औषधी भी उपलब्ध करायेगा ।
- कॉक्लियर इम्प्लान्ट के बच्चों का फॉलोअप 3 से 4 सप्ताह के बाद संस्था जिसके द्वारा कॉक्लियर इम्प्लान्ट किया गया है किया जावेगा । इस फालोअप में इम्प्लान्ट को एक्टिवेट किया जाता है इसे न्यूरल रिस्पॉन्स टेलेमिटी, (एन.आर.टी.) कहा जाता है । इसके उपरांत स्पीच थैरेपी हेतु प्रथम माह में हर सप्ताह एक से दो बार, द्वितीय माह से छः माह तक माह में एक बार, छः माह के बाद हर दो माह में एक बार किया जाना है यह फॉलोअप निरंतर एक वर्ष तक नियमित रूप से संस्था द्वारा किया जावेगा । संस्था द्वारा इम्प्लान्ट के बाद बच्चे का 10-12 बार फालोअप न्यूनतम किया जाना है । स्पीच थैरेपी हेतु मान्यता प्राप्त चिकित्सालय बच्चों के अभिभावकों को भी आवश्यक जानकारी देंगे साथ ही मान्यता प्राप्त चिकित्सालय ऐसे अभिभावकों के लिए एक मार्गदर्शिका भी निःशुल्क उपलब्ध करायेंगे ।
- मान्यता प्राप्त चिकित्सालय बच्चे के भर्ती होने पर उपचार के समय होने वाली समस्त जांच आदि भी निःशुल्क उपलब्ध करायेगा इस हेतु पृथक से कोई शुल्क नहीं लेगा ।
- निर्धारित मॉडल कॉस्टिंग पैकेज के अतिरिक्त कोई भी राशि चिकित्सालय को जारी नहीं की जावेगी और न ही चिकित्सालय अतिरिक्त राशि की मांग मरीज या शासन से करेगा । यदि मरीज से अतिरिक्त राशि प्राप्त करने की सूचना प्राप्त होती है एवं इसका प्रमाण प्राप्त होता है तो संबंधित चिकित्सालय की मान्यता समाप्त की जावेगी ।
- मान्यता प्राप्त चिकित्सालय को कॉक्लियर इम्प्लान्ट USFDA मान्यता प्रमाणित निर्माता का क्रय कर लगाना होगा । चिकित्सा संस्था लगाए गए कॉक्लियर इम्प्लान्ट का नंबर प्रेषित देयकों पर एवं डिस्चार्ज टिकट पर भी अनिवार्य रूप से उपलब्ध करावे ताकि भविष्य में इस डिवाइस की ट्रैकिंग की जा सके ।

- कॉक्लियर इम्प्लान्ट हेतु जारी की गई राशि का उपयोगिता प्रमाण-पत्र मान्यता प्राप्त चिकित्सालय को डिस्चार्ज उपरांत एक माह में अनिवार्यतः संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को जमा करना होगा। उपयोगिता प्रमाण-पत्र के साथ आर.बी.एस.के.
- मॉडल कॉस्टिंग पैकेज में प्रोसिजर कोड अनुसार उल्लेखित किए गए दस्तावेज प्रमाण हेतु संबंधित संस्था द्वारा लगाना अनिवार्य होगा साथ ही उपयोगिता प्रमाण-पत्र में यह टीप भी अंकित करेंगे की चिकित्सालय द्वारा मरीज से अतिरिक्त कोई राशि प्राप्त नहीं की गई। यदि अधिक राशि प्राप्त करने का प्रमाण उपलब्ध होता है तो संबंधित चिकित्सालय की मान्यता समाप्त कर दी जावेगी।

श्रवण बाधित चिहांकित बच्चों के उपचार हेतु स्वीकृति जारी किया जाना -

जिला स्तर पर चिहांकित श्रवण बाधित बच्चों का प्राक्कलन एवं जांच रिपोर्ट प्राप्त होने के 7 दिवस में संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, जिला समन्वय या प्रबंधक डी.ई.आई.सी. श्रवण बाधित बच्चों के प्रकरण स्वीकृति हेतु संभागीय संयुक्त संचालक को प्रेषित करेंगे।

संभागीय संयुक्त संचालक अपने संभाग के अंतर्गत आने वाले जिलों से श्रवण बाधित बच्चों के प्रकरण स्वीकृति हेतु माह में 2 बार तकनीकी समिति की बैठक आयोजित करेंगे। इस समिति में संबंधित मेडिकल कॉलेज के ई.एन.टी. विभाग के विशेषज्ञ चिकित्सक को अनिवार्यतः रखा जावे। तकनीकी समिति के दिए अभिमत उपरांत संभागीय संयुक्त संचालक बच्चे के उपचार हेतु मरीज को मान्यता प्राप्त चिकित्सालय में जहां से जांच/प्राक्कलन प्राप्त हुआ है या मरीज के चयन अनुसार चिकित्सालय को उपचार हेतु स्वीकृति जारी करेंगे। स्वीकृति की सूचना संयुक्त संचालक द्वारा 3 दिवस में संबंधित जिले के मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी तथा श्रवण बाधित बच्चे के अभिभावक को उपलब्ध करावेंगे।

संभागीय संयुक्त संचालक द्वारा स्वीकृति जारी होने के उपरांत संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी बच्चे को परिवहन हेतु राशि रु. 2000 बाल श्रवण योजना के अंतर्गत राज्य मद से स्वीकृत कर उपलब्ध करायेंगे तथा कॉक्लियर इम्प्लान्ट के बाद संबंधित चिकित्सालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को देयक प्रस्तुत करेंगे। देयक के साथ आवश्यक प्रमाण भी जो आर.बी.एस.के. मॉडल कॉस्टिंग में उल्लेखित है जमा करेंगे। देयक प्राप्त होने पर संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी देयक की राशि राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम के अंतर्गत FMR Code A.5.2 के अंतर्गत राशि रु. 5.20 लाख एन.एच.एम./आर.सी.एच. फ्लैक्सीपूल से संबंधित चिकित्सालय को उपलब्ध करायेंगे।

कॉक्लियर इम्प्लान्ट उपरांत मान्यता प्राप्त चिकित्सालय द्वारा नियमित फॉलोअप उपरांत (ऊपर दर्शाए अनुसार) संबंधित चिकित्सालय को शेष राशि रु. 1.28 लाख का भुगतान मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी द्वारा बाल श्रवण योजनांतर्गत राज्य मद से दिया जावे।

**रिपोर्टिंग -** मुख्यमंत्री बाल श्रवण योजना की प्रतिमाह रिपोर्टिंग जिला कार्यक्रम प्रबंधक द्वारा प्रतिमाह 5 तारीख तक संलग्न प्रपत्र में ई-मेल [ddrbskmpnrhm@gmail.com](mailto:ddrbskmpnrhm@gmail.com) पर एकसल फार्मट में उपलब्ध करायेंगे। जिले में यदि कॉक्लियर इम्प्लान्ट का उपचार नहीं भी कराया गया है तब भी रिपोर्ट अनिवार्यतः प्रेषित करेंगे। प्रतिमाह निर्धारित प्रपत्र में व्यय राशि का उल्लेख भी अनिवार्यतः किया जाना है। मासिक रिपोर्ट अप्राप्त होने की स्थिति में संबंधित जिला कार्यक्रम प्रबंधक जवाबदेह होंगे एवं उनके विरुद्ध कार्यवाही भी की जावेगी।

उपरोक्त आदेशानुसार चिहांकित श्रवण बाधित 5 वर्ष तक एवं विशेष परिस्थिति में 7 वर्ष तक के बच्चों को कॉकिलयर इम्प्लान्ट मुख्यमंत्री बाल श्रवण योजना के अंतर्गत एन.एच.एम. के उपलब्ध बजट से मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी आवेदन प्राप्त होने के 7 दिवस में स्वीकृति हेतु संयुक्त संचालक को प्रेषित करेंगे। संयुक्त संचालक 15 दिवस में स्वीकृति जारी करेंगे तथा स्वीकृति प्राप्त होने के 8 दिवस उपरांत संबंधित जिले के मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी बच्चे को कॉकिलयर इम्प्लान्ट हेतु मान्यता प्राप्त चिकित्सालय जिसके द्वारा प्राक्कलन दिया गया है में या मरीज की इच्छा अनुसार चिकित्सालय में उपचार हेतु भेजना सुनिश्चित करेंगे।

मुख्यमंत्री बाल श्रवण योजना के अंतर्गत उपरोक्त निर्देशानुसार श्रवण बाधित बच्चों को कॉकिलयर इम्प्लान्ट कराया जाना सुनिश्चित किया जावे। योजनांतर्गत पूर्व में राज्य स्तर से जारी किए गए समस्त आदेश निष्प्रभावी होंगे। बच्चों के उपचार में विलंब होने पर संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जवाबदेही होंगे। समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी मान्यता प्राप्त संस्थाओं को उपरोक्त शर्त से अवगत करावे जो संस्था उपरोक्त शर्त का पालन करती है उस संस्था में चिहांकित बच्चों का उपचार कराना सुनिश्चित करें।

उपरोक्त निर्देश तत्काल प्रभाव से प्रभावी होंगे।

संलग्न : आवेदन प्रारूप, रिपोर्टिंग फार्मेट, उपयोगिता प्रमाण पत्र एवं मॉडल कॉस्टिंग पैकेज।

  
(डॉ. अनम अहमद खान)

अवर सचिव

मध्यप्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

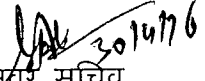
भोपाल, दिनांक 02/05/2016

पृष्ठांकन क्रमांक एफ 9-02/2016/सत्रह/मेडि-3

प्रतिलिपि :

1. प्रमुख सचिव, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, वल्लभ भवन, भोपाल, म.प्र.।
2. आयुक्त, स्वास्थ्य सेवायें, सतपुडा भवन, भोपाल, मध्यप्रदेश (कृपया आदेश वेबसाईट पर अपलोड कराने का कष्ट करें)।
3. संचालक, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मध्यप्रदेश।
4. संचालक, एन.एम.एच., मध्यप्रदेश।
5. संचालक, चिकित्सा शिक्षा, सतपुडा भवन, भोपाल, मध्यप्रदेश।
6. समस्त कलेक्टर, मध्यप्रदेश।
7. डॉ. के.एल.साहू, संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, सतपुडा भवन, भोपाल, मध्यप्रदेश।
8. समस्त अधिष्ठाता, शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल, इंदौर, ग्वालियर, सागर, रीवा व जबलपुर, मध्यप्रदेश।
9. समस्त विभागाध्यक्ष, पिडियाट्रिक सर्जिकल यूनिट, शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल, इंदौर, ग्वालियर, सागर, रीवा व जबलपुर, मध्यप्रदेश।
10. उपसंचालक, राज्य बीमारी सहायता योजना, संचालनालय सतपुडा भवन, भोपाल की ओर सूचनार्थ कर लेख है कि मान्यता प्राप्त चिकित्सालय को जारी निर्देशों से अवगत कराना सुनिश्चित करें।

11. समस्त संभागीय संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश ।
12. समस्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, मध्यप्रदेश की ओर पालनार्थ ।
13. समस्त सिविल सर्जन, सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश की ओर पालनार्थ ।
14. समस्त जिला नोडल अधिकारी, आर.बी.एस.के., मध्यप्रदेश ।
15. समस्त जिला कार्यक्रम प्रबंधक, मध्यप्रदेश की ओर पालनार्थ ।
16. समस्त, जिला समन्वय आर.बी.एस.के., एन.एच.एम. मध्यप्रदेश ।
17. समस्त, प्रबंधक डी.ई.आई.सी., एन.एच.एम., मध्यप्रदेश ।

  
अवर सचिव

मध्यप्रदेश शासन

लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग

# मुख्यमंत्री बाल श्रवण उपचार योजना

(उपचार हेतु आवेदन पत्र का प्रारूप)

24

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी,  
जिला- ..... मध्यप्रदेश।

मरीज  
का  
फोटो

विषय :- मुख्यमंत्री बाल श्रवण उपचार योजना-राष्ट्रीय बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम  
अंतर्गत कास्टिंग पैकेज अनुसार राशि से उपचार कराने 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 (वॉटर आई डी/राशन कार्ड/आधार कार्ड/बिजली बिल/मूल निवासी प्रमाण पत्र, इनमें से कोई एक)  
.....  
.....
8. मोबाईल नं. ....
9. बीमारी का नाम जिसका इलाज कराया जाना है.....

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।

दिनांक

आवेदक का हस्ताक्षर  
नाम.....

(कार्यालयीन उपयोग हेतु)

उपरोक्त बीमारी का प्रोसिजर कोड (गाईडलाईन अनुसार).....  
उपरोक्त बीमारी हेतु स्वीकृत राशि (प्रोसिजर कोड अनुसार) रु. ....  
मान्यता प्राप्त चिकित्सा संस्थान 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

शिशुरोग विशेषज्ञ

विषय विशेषज्ञ चिकित्सक

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

### चिकित्सा संस्था का नाम

क्र. ....

दिनांक .....

प्रमाणित किया जाता है कि श्री ..... पिता श्री .....  
निवासी ..... जिला ..... की कॉविलयर इम्प्लांट सर्जरी दिनांक .....  
को की गई।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला..... द्वारा प्रेषित राशि रु. ....  
डी.डी./चैक क्र. .... से संस्था को प्राप्त हो चुकी है।

प्राप्त राशि का पूर्ण उपयोग मरीज के कॉविलयर इम्प्लांट सर्जरी पर इस चिकित्सालय  
द्वारा प्रेषित प्राक्कलन अनुसार किया जा चुका है।

विस्तृत व्यय रिपोर्ट एवं प्रमाण हेतु आवश्यक दस्तावेज आर.बी.एस.के. मॉडल कॉस्टिंग  
पैकेज में उल्लेखित अनुसार संलग्न है।

उपरोक्त राशि के अतिरिक्त मरीज से किसी भी प्रकार की कोई राशि जांच या उपचार  
हेतु संस्था द्वारा नहीं ली गई है।

हस्ताक्षर

चिकित्सा संस्थान की सील







# मुख्यमंत्रा बाल श्रवण याजना राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, मध्यप्रदेश



## Model Costing of Surgical Packages Under RBSK

This section outlines the Model costs of surgical packages under RBSK to be used as a reference by the states. A surgical package includes the cost of all pre-operative investigations, cost of surgery, cost of post-operative care including hospital stay and follow up care. (Any additional stay in case of undue and unforeseen complications may be included separately provided proper justification has been made)

S. No	Health Condition	Disease	Surgical Procedure	ICD-9 Procedure Code	RBSK Procedure Code	RBSK Model costing (Rupees)	Pre-operative Investigations	Post-operative Evidence
1.	Congenital Deafness	Congenital Deafness	Behind Ear Analogue Hearing Aid	20.95	21	10,000	Pure Tone Audiometry (PTA)/ Impedance Audiometry (IA) (with Stapedial Reflex)	Cl. photo with hearing aid
			Surgery for Cochlear Implant	20.9	22	5,20,000	Hearing Aid Trial/ IA (with Stapedial Reflex)/ Brainstem Auditory Evoked Response (BERA)/ MRI Brain with Contrast/ CT scan Brain-plain and contrast	PTA, IA (with Stapedial Reflex); Implant registration form, Warranty, invoice, Telemetry report, Scar photo