

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

कमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रति,

भोपाल,दिनांक /07/2018

1. समस्त, क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.।

विषय:- राज्य शासन से मान्यता वृद्धि प्राप्त बसंल हॉस्पिटल, भोपाल को म.प्र राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

---00---

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश कमांक एफ 9-09/2018/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 30.06.2018 द्वारा बसंल हॉस्पिटल, भोपाल, म.प्र को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के (किडनी ट्रांसप्लांट) से संबंधित समस्त जांच/उपचार हेतु दिनांक 31.12.2019 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई है।

जिन चिकित्सालयों को लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण, विभाग भोपाल द्वारा शासकीय सेवको को जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत चिन्हित बीमारियों में निर्धारित पैकेज में उपचार किये जाने हेतु मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः बसंल हॉस्पिटल, भोपाल, म.प्र को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम कमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत (किडनी ट्रांसप्लांट) हेतु दिनांक 31.12.2019 तक उपचार हेतु मान्यता वृद्धि 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 जाना अनिवार्य है :-

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

संचालक (रा.बी.सहा.नि.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

भोपाल,दिनांक 12/07/2018

पृकमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/ 425  
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 सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. उपसंचालक, आर.बी.एस.के. एन.एच.एम. अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल।
8. संचालक, बसंल हॉस्पिटल, शाहपुरा, भोपाल म.प्र।
9. प्रभारी, एम.आई.एस. डिजीजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करने का कष्ट करें।
10. रिशिका श्रीवास्तव, Assistant Marketing Executive, एम.पी.ऑनलाइन लिमिटेड निरूपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमदपुर होशंगाबाद रोड, भोपाल की ओर भेजकर लेख है, कि रा.बी.स.नि.यो के ऑनलाइन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोडा जाये।

  
संचालक  
स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रति,

भोपाल,दिनांक /07/2018

1. समस्त, क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.।

विषय:- राज्य शासन से मान्यता वृद्धि प्राप्त चिरायु मेडिकल कॉलेज एवं अस्पताल, बैरागढ़, भोपाल को म.प्र. राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

--00--

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश क्रमांक एफ 9-07/2018/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 18.06.2018 द्वारा चिरायु मेडिकल कॉलेज एवं अस्पताल, बैरागढ़, भोपाल, म.प्र. को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के (किडनी ट्रांसप्लांट एवं होमोडायलिसिस, कैंसर रोग (47 प्रकार), हिप/नी रिप्लेसमेंट, एल्बो, शोल्डर आंशिक रिप्लेसमेंट, मेमोग्राफी, एम.आर.आई, सिटी स्कैन, हृदय रोग, हेड इन्जरी, न्यूरो सर्जरी, स्पाईन सर्जरी) से संबंधित समस्त जांच/उपचार हेतु दिनांक 31.12.2018 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई है।

जिन चिकित्सालयों को लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण, विभाग भोपाल द्वारा शासकीय सेवकों को जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत चिन्हित बीमारियों में निर्धारित पैकेज में उपचार किये जाने हेतु मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः चिरायु मेडिकल कॉलेज एवं अस्पताल, बैरागढ़, भोपाल, म.प्र. को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत (किडनी ट्रांसप्लांट एवं होमोडायलिसिस, कैंसर रोग (47 प्रकार), हिप/नी रिप्लेसमेंट, हृदय रोग, हेड इन्जरी, न्यूरो सर्जरी, स्पाईन सर्जरी) हेतु दिनांक 31.12.2018 तक उपचार हेतु मान्यता वृद्धि 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 जाना अनिवार्य है :-

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

संचालक (रा.बी.सहा.नि.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.  
भोपाल,दिनांक/12/07/2018

पृ.क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रतिलिपि:-सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु-

423

1. निज सहायक, प्रमुख सचिव, मध्यप्रदेश शासन, लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग, मंत्रालय भोपाल।
2. निज सहायक, स्वास्थ्य आयुक्त, संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. उपसंचालक, आर.बी.एस.के. एन.एच.एम. अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल।
8. संचालक, चिरायु मेडिकल कॉलेज एवं अस्पताल, भोपाल-इन्दौर हाईवे रोड, बैरागढ़, भोपाल, म.प्र.।
9. प्रभारी, एम.आई.एस. डिजीवन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करने का कष्ट करें।
10. रिशिका श्रीवास्तव, Assistant Marketing Executive, एम.पी.ऑनलाइन लिमिटेड निरूपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमद नगर, होशंगाबाद रोड, भोपाल की ओर भेजकर लेख है, कि रा.बी.स.नि.यो के ऑनलाइन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोड़ा जाये।

  
संचालक  
स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रति,

भोपाल, दिनांक /07/2018

1. समस्त, क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.।

विषय:- राज्य शासन से मान्यता वृद्धि प्राप्त अनंत इस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंसेस, जबलपुर को म.प्र राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

—00—

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश क्रमांक एफ 9-09/2018/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 30.06.2018 द्वारा अनंत इस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंसेस, जबलपुर म.प्र को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के (स्पाइन सर्जरी, न्यूरो सर्जरी, टोटल हिप/नी रिप्लेसमेंट) से संबंधित समस्त जांच/उपचार हेतु दिनांक 31.12.2018 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई है।

जिन चिकित्सालयों को लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण, विभाग भोपाल द्वारा शासकीय सेवकों को जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत चिन्हित बीमारियों में निर्धारित पैकेज में उपचार किये जाने हेतु मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः अनंत इस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंसेस, जबलपुर म.प्र को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत (स्पाइन सर्जरी, न्यूरो सर्जरी, टोटल हिप/नी रिप्लेसमेंट) हेतु दिनांक 31.12.2018 तक उपचार हेतु मान्यता वृद्धि 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 जाना अनिवार्य है :-

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

संचालक (रा.बी.सहा.नि.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

भोपाल, दिनांक 12/07/2018

पृक्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/ 421  
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 सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. उपसंचालक, आर.बी.एस.के. एन.एच.एम. अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल।
8. संचालक, अनंत इस्टीट्यूट ऑफ मेडिकल साइंसेस, Madan Mahal Railway Station Road, Wright Town, जबलपुर।
9. 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।
10. रिशिका श्रीवास्तव, Assistant Marketing Executive, एम.पी.ऑनलाइन लिमिटेड निरुपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमदपुर, होशंगाबाद रोड, भोपाल की ओर भेजकर लेख है, कि रा.बी.स.नि.यो के ऑनलाईन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोड़ा जाये।

  
संचालक  
स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रति,

भोपाल,दिनांक /07/2018

1. समस्त, क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.।

विषय:- राज्य शासन से मान्यता वृद्धि प्राप्त चिरायु हेल्थ एण्ड मेडिकेयर प्राईवेट लिमिटेड, भोपाल को म.प्र राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

---00---

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश क्रमांक एफ 9-09/2018/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 30.06.2018 द्वारा चिरायु हेल्थ एण्ड मेडिकेयर प्राईवेट लिमिटेड, भोपाल, म.प्र को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के (हृदय रोग, टीएमटी, कलर डॉप्लर) से संबंधित समस्त जांच/उपचार हेतु दिनांक 31.12.2018 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई है।

जिन चिकित्सालयों को लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण, विभाग भोपाल द्वारा शासकीय सेवकों को जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत चिन्हित बीमारियों में निर्धारित पैकेज में उपचार किये जाने हेतु मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः चिरायु हेल्थ एण्ड मेडिकेयर प्राईवेट लिमिटेड, भोपाल, म.प्र को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत (हृदय रोग) हेतु दिनांक 31.12.2018 तक उपचार हेतु मान्यता वृद्धि की स्वीकृति दी जाती है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कडाई से पालन किया जाना अनिवार्य है :-

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

संचालक (रा.बी.सहा.नि.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

भोपाल,दिनांक 1/07/2018

पृक्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/ 416

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 सेवायें, मध्यप्रदेश।
  3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
  4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
  5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
  6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
  7. उपसंचालक, आर.बी.एस.के. एन.एच.एम. अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल।
  8. संचालक, चिरायु हेल्थ एण्ड मेडिकेयर प्राईवेट लिमिटेड, पीरगट, भोपाल म.प्र।
- प्रभारी, एम.आई.एस. डिजीवन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करने का कष्ट करें।
- श्रीवास्तव, Assistant Marketing Executive, एम.पी.ऑनलाइन लिमिटेड निरूपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमदपुर, गंगाबाद रोड, भोपाल की ओर भेजकर लेख है, कि रा.बी.स.नि.यो के ऑनलाइन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोड़ा जाये।

  
संचालक  
स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

कमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रति,

भोपाल,दिनांक /07/2018

1. समस्त, क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.।

विषय:- राज्य शासन से मान्यता वृद्धि प्राप्त भोपाल टेस्ट ट्यूब बेबी सेंटर, भोपाल को म.प्र राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

--00--

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश कमांक एफ 9-09/2018/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 30.06.2018 द्वारा भोपाल टेस्ट ट्यूब बेबी सेंटर, भोपाल म.प्र को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के (IVF निःसंतान) से संबंधित समस्त जांच/उपचार हेतु दिनांक 31.12.2018 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई है।

जिद चिकित्सालयों को लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण, विभाग भोपाल द्वारा शासकीय सेवकों को जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत चिन्हित बीमारियों में निर्धारित पैकेज में उपचार किये जाने हेतु मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः भोपाल टेस्ट ट्यूब बेबी सेंटर, भोपाल म.प्र को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम कमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत (IVF निःसंतान) हेतु दिनांक 31.12.2018 तक उपचार हेतु मान्यता वृद्धि की स्वीकृति दी जाती है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कडाई से पालन किया जाना अनिवार्य है :-

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

संचालक (रा.बी.सहा.नि.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

भोपाल,दिनांक 11/07/2018

पृकमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/ 414

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 सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. उपसंचालक, आर.बी.एस.के. एन.एच.एम. अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल।
8. संचालक, भोपाल टेस्ट ट्यूब बेबी सेंटर, E-1/13 A Arera Colony, भोपाल।
9. प्रभारी, एम.आई.एस. डिजीजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करने का कष्ट करें।
10. रिशिका श्रीवास्तव, Assistant Marketing Executive, एम.पी.ऑनलाइन लिमिटेड निरूपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमदपुर, होशंगाबाद रोड, भोपाल की ओर भेजकर लेख है, कि रा.बी.स.नि.यो के ऑनलाइन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोडा जाये।

  
संचालक

स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

भोपाल, दिनांक /07/2018

कमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रति,

1. समस्त, क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.।

विषय:- राज्य शासन से मान्यता वृद्धि प्राप्त नोबल मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल, भोपाल को म.प्र राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

--00--

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश कमांक एफ 9-09/2018/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 30.06.2018 द्वारा नोबल मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल, भोपाल, म.प्र को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के (हृदय रोग, टीएमटी, हिप एवं नी रिप्लेसमेंट, स्पाईन सर्जरी, न्यूरो सर्जरी) से संबंधित समस्त जांच/उपचार हेतु दिनांक 30.06.2021 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई है।

जिन चिकित्सालयों को लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण, विभाग भोपाल द्वारा शासकीय सेवकों को जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत चिन्हित बीमारियों में निर्धारित पैकेज में उपचार किये जाने हेतु मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः नोबल मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल, भोपाल, म.प्र को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम कमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत (हृदय रोग, हिप एवं नी रिप्लेसमेंट, स्पाईन सर्जरी, न्यूरो सर्जरी) हेतु दिनांक 30.06.2021 तक उपचार हेतु मान्यता वृद्धि 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 जाना अनिवार्य है :-

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

संचालक (रा.बी.सहा.नि.)  
संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.  
भोपाल, दिनांक 11/07/2018

पृकमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/ 410  
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 सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. उपसंचालक, आर.बी.एस.के. एन.एच.एम. अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल।
8. संचालक, नोबल मल्टीस्पेशलिटी हॉस्पिटल, Plot No 269/1, Hoshangabad Road, मिसरोद, भोपाल म.प्र।
9. प्रभारी, एम.आई.एस. डिवीजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाइट पर अपलोड करने का कष्ट करें।
10. रिशिका श्रीवास्तव, Assistant Marketing Executive, एम.पी.ऑनलाइन लिमिटेड निरूपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमदपुर होशंगाबाद रोड, भोपाल की ओर भेजकर लेख है, कि रा.बी.स.नि.यो के ऑनलाइन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोडा जाये।

  
संचालक  
स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रति,

भोपाल,दिनांक /07/2018

1. समस्त, क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.।

विषय:- राज्य शासन से मान्यता वृद्धि प्राप्त न्यू पाण्डेय, हॉस्पिटल, होशांगाबाद को म.प्र राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

---00---

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश क्रमांक एफ 9-09/2018/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 30.06.2018 द्वारा न्यू पाण्डेय, हॉस्पिटल, होशांगाबाद म.प्र को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के (स्पाईल सर्जरी, न्यूरो सर्जरी, हेड इंजरी, सिटी स्कैन हेड, सिटी स्कैन अदर बॉडी पार्ट, अन्य सिटी स्कैन, मैमोग्राफी, IVF निःसंतान) से संबंधित समस्त जांच/उपचार हेतु दिनांक 30.06.2019 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई है।

जिन चिकित्सालयों को लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण, विभाग भोपाल द्वारा शासकीय सेवकों को जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत चिन्हित बीमारियों में निर्धारित पैकेज में उपचार किये जाने हेतु मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः न्यू पाण्डेय, हॉस्पिटल, होशांगाबाद, म.प्र को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत (स्पाईल सर्जरी, न्यूरो सर्जरी, हेड इंजरी, IVF निःसंतान) हेतु दिनांक 30.06.2019 तक उपचार हेतु मान्यता वृद्धि की स्वीकृति दी जाती है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कडाई से पालन किया जाना अनिवार्य है :-

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

संचालक (रा.बी.सहा.नि.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.  
भोपाल, दिनांक 11/07/2018

पृक्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/ 408  
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 सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. उपसंचालक, आर.बी.एस.के. एन.एच.एम. अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल।
8. संचालक, न्यू पाण्डेय, हॉस्पिटल, शनीचर, होशांगाबाद म.प्र.।
9. प्रभारी, एम.आई.एस. डिजीवन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाईट पर अपलोड करने का कष्ट करें।
10. रिशिका श्रीवास्तव, Assistant Marketing Executive, एम.पी.ऑनलाइन लिमिटेड निरूपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमदपुर होशांगाबाद रोड, भोपाल की ओर भेजकर लेख है, कि रा.बी.स.नि.यो के ऑनलाइन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोड़ा जाये।

  
संचालक  
स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रति,

भोपाल, दिनांक 12/07/2018

1. समस्त, क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.।

विषय:- राज्य शासन से मान्यता वृद्धि प्राप्त एशियन इंस्टिट्यूट ऑफ इन्फर्टिलिटी मैनेजमेंट, इन्दौर को म.प्र राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

--00--

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश क्रमांक एफ 9-09/2018/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 30.06.2018 द्वारा एशियन इंस्टिट्यूट ऑफ इन्फर्टिलिटी मैनेजमेंट, इन्दौर म.प्र को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के (IVF निःसंतान) से संबंधित समस्त जांच/उपचार हेतु दिनांक 31.12.2018 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई है।

जिन चिकित्सालयों को लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण, विभाग भोपाल द्वारा शासकीय सेवकों को जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत चिन्हित बीमारियों में निर्धारित पैकेज में उपचार किये जाने हेतु मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः एशियन इंस्टिट्यूट ऑफ इन्फर्टिलिटी मैनेजमेंट, इन्दौर, म.प्र को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत (IVF निःसंतान) हेतु दिनांक 31.12.2018 तक उपचार हेतु मान्यता वृद्धि 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 जाना अनिवार्य है :-

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

संचालक (रा.बी.सहा.नि.)


संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

भोपाल, दिनांक 12/07/2018

पू.क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/ 406

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 सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. उपसंचालक, आर.बी.एस.के. एन.एच.एम. अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल।
8. संचालक, एशियन इंस्टिट्यूट ऑफ इन्फर्टिलिटी मैनेजमेंट, 10-E, HIG Main Road, Near Christian Eminent School, इन्दौर।
9. प्रभारी, एम.आई.एस. डिवीजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाइट पर अपलोड करने का कष्ट करें।
10. रिशिका श्रीवास्तव, Assistant Marketing Executive, एम.पी.ऑनलाइन लिमिटेड निरूपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमदपुर, होशंगाबाद रोड, भोपाल की ओर भेजकर लेख है, कि रा.बी.स.नि.यो के ऑनलाइन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोड़ा जाये।

  
संचालक  
स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.



संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें  
मध्यप्रदेश

कमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/  
प्रति,

भोपाल,दिनांक /07/2018

1. समस्त, क्षेत्रीय संचालक स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.।
2. समस्त, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, म.प्र.।

विषय:- राज्य शासन से मान्यता वृद्धि प्राप्त एल.बी.एस. हॉस्पिटल, भोपाल को म.प्र राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

—00—

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश कमांक एफ 9-09/2018/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 30.06.2018 द्वारा एल.बी.एस. हॉस्पिटल, भोपाल, म.प्र को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के (हेड इंजरी, हृदय रोग, ईसीजी, कलर डॉप्लर, टीएमटी, न्यूरो सर्जरी, स्पाईल सर्जरी, बर्न एण्ड पोस्ट बर्न कन्ट्राक्चर) से संबंधित समस्त जांच/उपचार हेतु दिनांक 31.12.2018 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई है।

जिन चिकित्सालयों को लोक स्वास्थ्य परिवार कल्याण, विभाग भोपाल द्वारा शासकीय सेवकों को जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत चिन्हित बीमारियों में निर्धारित पैकेज में उपचार-किये जाने हेतु मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः एल.बी.एस. हॉस्पिटल, भोपाल, म.प्र को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम कमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत (हेड इंजरी, हृदय रोग, न्यूरो सर्जरी, स्पाईल सर्जरी, बर्न एण्ड पोस्ट बर्न कन्ट्राक्चर) हेतु दिनांक 31.12.2018 तक उपचार हेतु मान्यता वृद्धि की स्वीकृति दी जाती है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कडाई से पालन किया जाना अनिवार्य है :-

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

संचालक (रा.बी.सहा.नि.)

संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

भोपाल,दिनांक //07/2018

पृकमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2018/ 404

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 सेवायें, मध्यप्रदेश।
3. समस्त, संभागीय आयुक्त (राजस्व), मध्यप्रदेश।
4. समस्त, अधिष्ठाता, चिकित्सा महाविद्यालय, मध्यप्रदेश।
5. समस्त, कलेक्टर मध्यप्रदेश।
6. समस्त, सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक, मध्यप्रदेश।
7. उपसंचालक, आर.बी.एस.के. एन.एच.एम. अरेरा हिल्स, जेल रोड, भोपाल।
8. संचालक, एल.बी.एस. हॉस्पिटल, 73. ताजुल मसाजिद रोड, मीरतिया तालाब के सामने, भोपाल म.प्र।
9. प्रभारी, एम.आई.एस. डिवाजन स्थानीय कार्यालय की ओर भेजकर लेख है कि उक्त पत्र को विभाग की वेबसाइट पर अपलोड करने का कष्ट करें।
10. रिशिका श्रीवास्तव, Assistant Marketing Executive, एम.पी.ऑनलाइन लिमिटेड निरूपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमदपुर होशंगाबाद रोड, भोपाल की ओर भेजकर लेख है कि रा.बी.स.नि.यो के ऑनलाईन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोड़ा जाये।

  
संचालक  
स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.