संचालनालय स्वास्थ्य सेवायें
मध्यप्रदेश

कमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल–2/2016/ **भोपाल,दिनांक / /2016**

प्रति,

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

विषयः– राज्य शासन से मान्यता प्राप्त आर्चिड मल्टी स्पेशलिटी हॉस्पिटल जलगांव महाराष्ट्र को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत जांच/उपचार करने की स्वीकृति के संबंध में।

––00––

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि मध्यप्रदेश शासन, चिकित्सा शिक्षा विभाग के पत्र कमांक–एफ–4–48/2015/55–2 दिनांक 08.07.2016 द्वारा आर्चिड मल्टी स्पेशलिटी हॉस्पिटल जलगांव महाराष्ट्र को शासकीय सेवक एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के जांच/उपचार हेतु दिनांक 31.03.2018 तक मान्यता प्रदान की गई है।

जिन चिकित्सालयों को चिकित्सा शिक्षा विभाग द्वारा शासकीय सेवको के जांच/उपचार हेतु मान्यता प्रदान की गई है, उन्ही चिकित्सालयों को राज्य बीमारी सहायता निधि योजनान्तर्गत मान्यता प्रदान की जाती है।

अतः आर्चिड मल्टी स्पेशलिटी हॉस्पिटल जलगांव महाराष्ट्र को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम कमांक 02 के खण्ड "घ अन्तर्गत मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत **कार्डियोलाजी (ऐंजियोग्राफी एण्ड ऐंजियोप्लास्टी, एण्ड अदर कार्डियोलाजिकल इन्टरवेंशन लाईक बी.एम.वी. एवं पी.पी.आई) एवं कार्डियोथोरेसिक सर्जरी, ज्वाइंट रिपलेसमेंट (हिप/नी रिपलेसमेंट), न्यूरोसर्जरी** के उपचार करने दिनांक 31.03.2018 तक की स्वीकृति दी जाती है।

मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि/मुख्यमंत्री बाल हृदय उपचार योजना के अन्तर्गत चिकित्सा सहायता राशि स्वीकृति के दौरान निम्न निर्देशों का कडाई से पालन किया जावे :–

1. पात्र हितग्राहियों को ही चिकित्सा राशि स्वीकृत की जावें एवं योजनान्तर्गत सभी निर्धारित नियमों/प्रावधानों का पालन किया जावें।
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 मे 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।**

संलग्नः–मान्यता पत्र की छायाप्रति

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

पृकमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल–2/2016/ 365 **भोपाल,दिनांक** 21/07/**2016**

प्रतिलिपिः–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. संचालक, आर्चिड मल्टी स्पेशलिटी हॉस्पिटल जलगांव महाराष्ट्र ।
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.