

संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ
मध्यप्रदेश

भोपाल, दिनांक / / 2019

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2019/
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 अनंत इंस्टिट्यूट ऑफ मेडिकल साइंस, जबलपुर म.प्र को म.प्र राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत निर्धारित पैकेज में उपचार करने की स्वीकृति प्रदाय करने के संबंध में।

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश क्रमांक एफ 9-01/2019/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 31.01.2019 द्वारा अनंत इंस्टिट्यूट ऑफ मेडिकल साइंस, जबलपुर म.प्र को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के न्यूरो सर्जरी, स्पाईनल सर्जरी, टोटल हिप/नी रिप्लेसमेंट के उपचार हेतु दिनांक 30.06.2019 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई।

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। म.प्र शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, विभाग, मंत्रालय के आदेश क्रमांक एफ 12-7/2018/सत्रह/मेडि-3, दिनांक 31.05.2018 के द्वारा राज्य बीमारी सहायता निधि योजना 1 अप्रैल 2019 से राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन के आयुष्मान भारत "निरामयम" में समाविष्ट हो जावेगी।

अतः अनंत इंस्टिट्यूट ऑफ मेडिकल साइंस, जबलपुर म.प्र को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत न्यूरो सर्जरी, स्पाईनल सर्जरी, टोटल हिप/नी रिप्लेसमेंट के उपचार हेतु दिनांक 31.03.2019 तक 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


स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

भोपाल, दिनांक 14/3/2019

पृक्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2019/10

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 इंस्टिट्यूट ऑफ मेडिकल साइंस, राइट टाउन, 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 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 जोडा जाये।


संचालक
स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ
मध्यप्रदेश

कमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2019/
प्रति,

भोपाल,दिनांक / /2019

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

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

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश कमांक एफ 9-01/2019/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 31.01.2019 द्वारा बारोड हॉस्पिटल, इन्दौर म.प्र को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के हेड इंजुरी, न्यूरो सर्जरी, टोटल हिप/नी रिप्लेसमेंट, स्पाईनल सर्जरी, **Congenital Malformation, Burn & Post Burn Contractures** के उपचार हेतु दिनांक 30.06.2019 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई।

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। म.प्र शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, विभाग, मंत्रालय के आदेश क्रमांक एफ 12-7/2018/सत्रह/मेडि-3, दिनांक 31.05.2018 के द्वारा राज्य बीमारी सहायता निधि योजना 1 अप्रैल 2019 से राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन के आयुष्मान भारत "निरामयम" में समाविष्ट हो जावेगी।

अतः बारोड हॉस्पिटल, इन्दौर म.प्र को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम कमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत हेड इंजुरी, न्यूरो सर्जरी, टोटल हिप/नी रिप्लेसमेंट, स्पाईनल सर्जरी, **Congenital Malformation, Burn & Post Burn Contractures** के उपचार हेतु दिनांक 31.03.2019 तक 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 मे 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

स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

भोपाल,दिनांक 2/3/2019

पृकमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2019/ 88

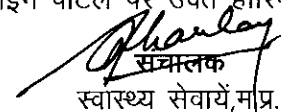
प्रतिलिपि:-सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु-

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, बारोड हॉस्पिटल, AH 28, 29 sr HIG Sukhliya, MR-10, 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 ऑनलाईन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोडा जाये।


संचालक
स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2019/
प्रति,

भोपाल, दिनांक / / 2019

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

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

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश क्रमांक एफ 9-01/2019/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 31.01.2019 द्वारा पालीवाल हॉस्पिटल मल्टी सुपर स्पेशियलिटी, भोपाल म.प्र को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के हृदय रोग (कॉर्डियोलॉजी, कार्डियोथोरोसिक सर्जरी), न्यूरो सर्जरी, स्पाईनल सर्जरी, टोटल हिप/नी रिप्लेसमेंट, हेड इंजरी, **Burn & Post burn contractures, vascular surgery**, कैंसर रोग (45 प्रकार) के उपचार हेतु दिनांक 31.12.2019 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई।

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। म.प्र शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, विभाग, मंत्रालय के आदेश क्रमांक एफ 12-7/2018/सत्रह/मेडि-3, दिनांक 31.05.2018 के द्वारा राज्य बीमारी सहायता निधि योजना 1 अप्रैल 2019 से राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन के आयुष्मान भारत "निरामयम" में समाविष्ट हो जावेगी।

अतः पालीवाल हॉस्पिटल मल्टी सुपर स्पेशियलिटी, 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 (कॉर्डियोलॉजी, कार्डियोथोरोसिक सर्जरी), न्यूरो सर्जरी, स्पाईनल सर्जरी, टोटल हिप/नी रिप्लेसमेंट, हेड इंजरी, **Burn & Post burn contractures, vascular surgery**, कैंसर रोग (45 प्रकार) के उपचार हेतु दिनांक 31.03.2019 तक 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

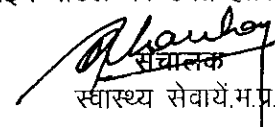
स्वास्थ्य सेवायें, म.प्र.

भोपाल, दिनांक 2/13/2019

पृक्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2019/ 85

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 रोड़, भोपाल।
8. संचालक, पालीवाल हॉस्पिटल मल्टी सुपर स्पेशियलिटी, प्लॉट नं 01, होशंगाबाद रोड़, भोपाल।
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 निरूपम शॉपिंग मॉल, 2nd फ्लोर, अहमदपुर, होशंगाबाद रोड़, 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 सेवाएँ
मध्यप्रदेश

भोपाल, दिनांक / / 2019

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2019/
प्रति,

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

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

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश क्रमांक एफ 9-01/2019/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 31.01.2019 द्वारा भण्डारी हॉस्पिटल एण्ड रिसर्च सेन्टर, इन्दौर म.प्र को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के हृदय रोग, नेत्र रोग, हेड इंजुरी, टोटल हिप/नी रिप्लेसमेंट, सिटी स्कैन, कैंसर रोग (47 प्रकार), टीएमटी, In-Vitro Fertilization (IVF) के उपचार हेतु दिनांक 31.12.2021 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई।

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। म.प्र शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, विभाग, मंत्रालय के आदेश क्रमांक एफ 12-7/2018/सत्रह/मेडि-3, दिनांक 31.05.2018 के द्वारा राज्य बीमारी सहायता निधि योजना 1 अप्रैल 2019 से राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन के आयुष्मान भारत "निरामयम" में समाविष्ट हो जावेगी।

अतः भण्डारी हॉस्पिटल एण्ड रिसर्च सेन्टर, इन्दौर 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, हेड इंजुरी, टोटल हिप/नी रिप्लेसमेंट, कैंसर रोग (47 प्रकार), In-Vitro Fertilization (IVF) उपचार हेतु दिनांक 31.03.2019 तक 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 सेवाएँ, 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

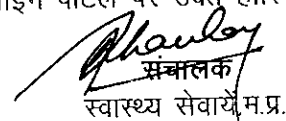
स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र.

भोपाल, दिनांक 2/3/2019

पृक्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2019/ 83

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, 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, भण्डारी हॉस्पिटल एण्ड रिसर्च सेन्टर, 21-23 GF Scheme No 54, Opp Meghdoot Garden, इन्दौर।
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 ऑनलाईन पोर्टल पर उक्त हॉस्पिटल को जोड़ा जाये।


संचालक
स्वास्थ्य सेवाएँ, म.प्र.

संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ
मध्यप्रदेश

क्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2019/
प्रति,

भोपाल,दिनांक / /2019

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

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

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि म.प्र.शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, मंत्रालय का आदेश क्रमांक एफ 9-01/2019/सत्रह/मेडि-3 दिनांक 31.01.2019 द्वारा स्वामी विवेकानन्द रीजनल स्पाईन सेन्टर, भोपाल म.प्र को शासकीय कर्मचारी एवं उनके परिवार के आश्रित सदस्यों के हेड इंजरी, स्पाईनल सर्जरी, न्यूरो सर्जरी के उपचार हेतु दिनांक 30.06.2019 तक मान्यता वृद्धि प्रदान की गई।

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। म.प्र शासन लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, विभाग, मंत्रालय के आदेश क्रमांक एफ 12-7/2018/सत्रह/मेडि-3, दिनांक 31.05.2018 के द्वारा राज्य बीमारी सहायता निधि योजना 1 अप्रैल 2019 से राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन के आयुष्मान भारत "निरामयम" में समाविष्ट हो जावेगी।

अतः स्वामी विवेकानन्द रीजनल स्पाईन सेन्टर, भोपाल म.प्र को मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के नियम क्रमांक 02 के खण्ड "घ" अनुसार मध्यप्रदेश राज्य बीमारी सहायता निधि के अन्तर्गत हेड इंजरी, स्पाईनल सर्जरी, न्यूरो सर्जरी उपचार हेतु दिनांक 31.03.2019 तक 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
स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.
भोपाल,दिनांक 13/3/2019

पृक्रमांक 4/रा0ब0सहा0निधि/सेल-2/2019/89-A
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, स्वामी विवेकानन्द रीजनल स्पाईन सेन्टर, Kisan Bhawan Campus, Near Reserve Bank of India, Maida Mill Road, NH 12, भोपाल।
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 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 जोडा जाये।


संचालक
स्वास्थ्य सेवायें,म.प्र.