

// म0प्र0पुलिस स्वास्थ्य सुरक्षा योजना //

प्रिय सदस्य,

म0प्र0पुलिस स्वास्थ्य सुरक्षा योजना के अर्न्तगत आपको/आपके परिवार के सदस्य .....  
.....(नाम) को म0प्र0 शासन से मान्यता प्राप्त निजी चिकित्सालय.....  
..... जिला ..... में ..... (बीमारी का नाम) के केश लैस उपचार की  
सुविधा प्रदाय की गयी है। म0प्र0पुलिस स्वास्थ्य सुरक्षा न्यास आपके शीघ्र स्वास्थ्य लाभ की कामना करता  
है। उपचार प्रक्रिया में आपके अनुभव/आपके सुझाव इस योजना को बेहतर बनाने में एवं भविष्य में योजना  
को अधिक लाभप्रद बनाने में उपयोगी होंगे। कृपया निम्न प्रपत्र में जानकारी प्रदान करें।

सचिव  
म0प्र0पुलिस स्वास्थ्य सुरक्षा न्यास  
भोपाल

फीड बैक फार्म  
(टिक करें)

- |   |   |
|---|---|
| 1. (अ) किस प्रक्रिया में आपको सर्वाधिक परेशानी हुई              | रेफरल कराने/पीएआर प्राप्त करने/पीएआर अनुमोदन में/चिकित्सालय में एडमीशन प्राप्त करने में/अग्रिम राशि प्राप्त करने में। (केशलेस उपचार सुविधा न होने पर) |
| (ब) परेशानी का कारण एवं सुझाव                                   | .....<br>.....  |
| 2. निजी चिकित्सालय में रेफरल प्रक्रिया                          | अति उत्तम/उत्तम/सामान्य   |
| 3. चिकित्सालय में भर्ती प्रक्रिया                               | अति उत्तम/उत्तम/सामान्य   |
| 4. चिकित्सालय में उपलब्ध सुविधा                                 | अति उत्तम/उत्तम/सामान्य   |
| 5. चिकित्सकीय दक्षता  | अति उत्तम/उत्तम/सामान्य   |
| 6. स्टाफ का व्यवहार, सहयोग एवं उपलब्धता                         | अति उत्तम/उत्तम/सामान्य   |
| 7. उपचार की गुणवत्ता  | अति उत्तम/उत्तम/सामान्य   |
| 8. चिकित्सकीय संसाधनों की उपलब्धता                              | अति उत्तम/उत्तम/सामान्य   |
| 9. केशलेस सुविधा प्राप्ति                                       | अति उत्तम/उत्तम/सामान्य   |
| 10. आपस चिकित्सालय में कोई धनराशि ली गयी/मांग की गयी            | हाँ/नहीं  |
| 11. अन्य कोई सुझाव (योजना/चिकित्सालय/अन्य सदस्यों के लिये)..... | .....<br>.....  |

प्रति,

प्रदीप रूनवाल  
अति. पुलिस महानिदेशक (कल्याण/लेखा)  
पुलिस मुख्यालय, भोपाल  
फैक्स-0755-2443503

ई-मेल-adg\_welfare@mppolice.gov.in  
मोबाईल-7049100661

हस्ता0.....

(सदस्य का नाम/पद)

मोबाईल क्र.-