

**CHHATTISGARH STATE POWER TRANSMISSION CO. LTD.**

(A Govt. of Chhattisgarh Undertaking)

CIN - U40108CT2003SGC015820Website- www.cspc.co.in, E-Mail- md.transco@cspc.co.in,

Phone- 0771-2574300, Fax- 0771-2262141

क्रमांक 01-01 / CSPCHS / 1675

रायपुर, दिनांक

प्रति,

15 MAR 2024समस्त इम्पेनलड डेंटल अस्पताल / क्लीनिक
.....

विषय- छत्तीसगढ़ स्टेट पॉवर कंपनी अंशदायी कैशलेस स्वास्थ्य योजना (CSPCHS) के तहत डे-केयर के रूप में दंत चिकित्सा हेतु प्रोटोकाल।

संदर्भ- प्रथम संशोधन उपरांत जारी समेकित योजना परिपत्र क्रमांक 01-01 / SPCHS / 1328 दिनांक 29.02.2024

छत्तीसगढ़ स्टेट पॉवर कंपनी अंशदायी कैशलेस स्वास्थ्य योजना के तहत नियमित विद्युत कर्मियों/पेंशनरों को दंत चिकित्सा के कुछ निम्न उपचार डे-केयर के तहत प्रदान किये जाने का निर्णय लिया गया है।

1. कॉस्मेटिक प्रकृति के उपचारों को छोड़कर, दंत चिकित्सा के निम्न आवश्यक उपचार डे-केयर के तहत कैशलेस योजना में शामिल हैं।

(अ) दंत चिकित्सा के कुछ उपचार हेतु विशेष दरें निम्नानुसार निर्धारित की जाती हैं-

क्र.	उपचार का विवरण	विशेष पैकेज रेट (रूपये में)
1	दांतों की सफाई (स्केलिंग)	1,000
2	दांत निकालना (साधारण)	750 प्रति दांत
3	दांत निकालना (काम्पलीकेटेड)	1,250 प्रति दांत
4	रूट केनाल ट्रीटमेंट (RCT)	2,500 प्रति दांत
5	केपिंग (जिरकोनिया)	5,000 प्रति दांत
6	केपिंग (मेटल सेरामिक)	3,500 प्रति दांत
7	पूरे दांत का एक्सरे (ऑर्थो पेंटोमोग्राम-OPG)	750
8	एक दांत का एक्सरे	100

(ब) दांतों में ब्रिज लगाने की आवश्यकता होने पर अधिकतम 3 दांतों के लिये होने वाले खर्च योजना में शामिल हैं। तीन से अधिक दांतों के लिये ब्रिज की आवश्यकता होने पर अतिरिक्त खर्च हितग्राही द्वारा स्वयं वहन किया जायेगा, जो प्रतिपूर्ति योग्य नहीं होगा।

(स) इम्प्लांट के खर्च इस योजना में शामिल नहीं है।

(द) डे-केयर के तहत संपूर्ण ईलाज के दौरान सी.जी.एच.एस. दर पर एक बार परामर्श शुल्क (वर्तमान में रु. 350) दिये जाने का प्रावधान योजना में शामिल है।

2. योजना में शामिल प्रत्येक हितग्राही को, डे-केयर के तहत, आवश्यकतानुसार (उपरोक्त में से कोई या सभी) उपचार की सुविधा योजना के वार्षिक कालखण्ड में केवल एक बार (दुर्घटना के प्रकरणों को छोड़कर) कैशलेस/प्रतिपूर्ति के रूप में मिलेगी।

अस्पताल हेतु निर्देश

3. (i) हेल्थकार्ड एवं मरीज के आधार कार्ड के आधार पर हितग्राही की पहचान की जांच का दायित्व उपचार करने वाले अस्पताल/क्लीनिक का होगा।
- (ii) यदि मरीज की बीमारी का उपचार, परिशिष्ट-1 में वर्णित दिशा निर्देश (प्रोटोकॉल) के अनुरूप किया जा सकता हो तो पैकेज की दरों के अनुसार ईलाज एवं जांच में होने वाले खर्चों का आकलन करने के पश्चात् परिशिष्ट-2 में संलग्न फार्म में आई.एस.ए. (मेसर्स विडाल हेल्थ के ईमेल vhpreauth@vidalhealth.com) को भेज कर, उपचार प्रारंभ करने से पूर्व अनुमति प्राप्त करना आवश्यक है।
- (iii) सामान्यतः आई.एस.ए. (मेसर्स विडाल हेल्थ) से आवश्यक स्वीकृति प्राप्त होने के पश्चात् ही ईलाज प्रारंभ किया जाना चाहिये। आपात स्थिति में आवश्यक स्वीकृति की प्रत्याशा में अति-आवश्यक ईलाज प्रारंभ किया जा सकता है तथापि यदि किसी कारणवश स्वीकृति प्राप्त नहीं होती है तो ऐसे ईलाज के खर्च का भुगतान हितग्राही द्वारा स्वयं किया जायेगा।
- (iv) उपचार पूर्ण होने के पश्चात्, ईलाज में हुए खर्च की फाईनल स्वीकृति हेतु, परिशिष्ट-1 में वर्णित दिशा निर्देश (प्रोटोकॉल) के अनुसार सभी आवश्यक दस्तावेज (हितग्राही की फोटो एवं उसके ईलाज से संबंधित आवश्यक फिल्म/दस्तावेज आदि) आई.एस.ए. (मेसर्स विडाल हेल्थ) को ईमेल vhpreauth@vidalhealth.com के माध्यम से प्रेषित कर फाईनल स्वीकृति प्राप्त किया जाना आवश्यक है।
4. यदि उपचार कैशलेस आधार पर किया गया है तो अस्पताल/क्लीनिक को पॉवर कंपनी से भुगतान प्राप्त करने के लिये परिशिष्ट-1 में दिये गये प्रोटोकॉल के अनुसार, आवश्यक दस्तावेजों पर मरीज के हस्ताक्षर सहित, संलग्न बिल फार्मेट निर्धारित प्रोफार्मा-2(a) में, हेल्प डेस्क, कैशलेस स्वास्थ्य योजना, मेनगेट के बाजू में, ए.टी.पी.मशीन के पीछे, छ.ग. स्टेट पॉवर कंपनी मुख्यालय परिसर, डंगनिया, रायपुर में प्रेषित करना होगा। अस्पताल/क्लीनिक, पिछले माह के दौरान किये गये उपचार के सभी बिल, एकीकृत कर, प्रत्येक माह के प्रथम सप्ताह में भेजना सुनिश्चित करेंगे।

हितग्राहियों हेतु निर्देश

5. हितग्राही को हेल्थकार्ड/ई-हेल्थकार्ड एवं आधार कार्ड, अस्पताल/क्लीनिक में ईलाज प्रारंभ होने से पूर्व प्रस्तुत करना होगा।
6. यदि हितग्राही नेटवर्क अस्पताल/क्लीनिक में कंडिका-1 में निर्दिष्ट उपचार करवाना चाहता है तो डे-केयर के तहत उसे यह सुविधा कैशलेस प्राप्त होगी।
7. यदि हितग्राही किसी नॉन-नेटवर्क अस्पताल/क्लीनिक में कंडिका-1 में निर्दिष्ट उपचार करवाना चाहता है तो उसे संबंधित अस्पताल/क्लीनिक को इस प्रोटोकॉल की प्रतिलिपि दिखाते हुए यह अनुरोध करना होगा कि वे उपचार प्रारंभ करने के पूर्व कंडिका-3 में वर्णित प्रावधानानुसार कार्यवाही कर, आई.एस.ए.(मेसर्स विडाल हेल्थ) से अनुमति प्राप्त करें।
 - (i) यदि अस्पताल/क्लीनिक कैशलेस में यह सुविधा देने को तैयार है तो ऐसे अस्पताल/क्लीनिक, कंडिका-4 के अनुसार पॉवर कंपनी को बिल प्रस्तुत कर आवश्यक भुगतान प्राप्त कर सकते हैं। इसके लिये उनको किसी भी प्रकार से इम्पेनल होने की बाध्यता नहीं होगी।
 - (ii) यदि नॉन-नेटवर्क अस्पताल/क्लीनिक, कैशलेस में यह सुविधा देने को तैयार नहीं होता है तो हितग्राही को निर्धारित दरों पर खर्चों का भुगतान स्वयं करना होगा। तत्पश्चात् उपचार में हुए खर्चों की प्रतिपूर्ति हेतु निर्धारित प्रारूप 1-बी में दावा (क्लेम) स्वहस्ताक्षरित आवश्यक निम्न दस्तावेजों सहित, कैशलेस स्वास्थ्य योजना के हेल्पडेस्क के रायपुर पते पर भेजना होगा :-
 - (अ) ईलाज पूर्ण होने के बाद आई.एस.ए.(विडाल हेल्थ) से प्राप्त फाईनल स्वीकृति पत्र
 - (ब) प्रोटोकॉल (परिशिष्ट-1 के अनुसार) में दिये गये ईलाज के आवश्यक प्रूफ (जैसे ईलाज के प्रारंभ एवं बाद की फोटो तथा डॉक्टर्स के नोट्स आदि)
 - (स) संबंधित अस्पताल/क्लीनिक से प्राप्त बिल की मूलप्रति
 - (द) संबंधित अस्पताल/क्लीनिक को किये गये भुगतान की रसीदजिसकी प्रतिपूर्ति कंडिका-1 में वर्णित उपचार के लिये विशेष दरों पर की जायेगी।

ऐसे उपचार, जिसकी स्वीकृति आई.एस.ए. (वर्तमान में मेसर्स विडाल) से प्राप्त नहीं हुई है, परंतु मरीज की सहमति से उपचार किये जाते हैं तो संबंधित अस्पताल/क्लीनिक उसकी बिलिंग लागू सी.जी.एच.एस. (CGHS) की दर पर करेंगे तथा ऐसे खर्चों का भुगतान हितग्राही को स्वयं वहन करना होगा, जो इस योजना के तहत प्रतिपूर्ति योग्य नहीं होगा।

8. सभी हितग्राही ईलाज के दौरान संबंधित चिकित्सक के प्रिस्क्रिप्रेशन के आधार पर आवश्यक दवाईयां, पॉवर कंपनी के औषधालय से प्राप्त कर सकते हैं इसके लिये अलग से अनुमति /रेफरल की जरूरत नहीं होगी। अन्यथा की स्थिति में दवाईयों के खर्च हितग्राही को स्वयं वहन करना होगा, जो इस योजना के तहत प्रतिपूर्ति योग्य नहीं होगा।

इस योजना के प्रावधानों के दुरुपयोग की सूचना प्राप्त होने पर संबंधित अस्पताल/क्लीनिक को तत्काल प्रभाव से पहले अस्थाई रूप से 15 दिनों के लिये पॉवर कंपनी के सूचीबद्ध अस्पतालों की सूची से हटाया जायेगा। तत्पश्चात् आवश्यक सुधार नहीं होने की स्थिति में 01 माह की पूर्व सूचना के उपरांत स्थाई रूप से सूची से हटाते हुए उचित कार्यवाही की जायेगी।

अस्पताल द्वारा अनुबंध/सहमति के अनुरूप निर्धारित दरों से अधिक/त्रुटिपूर्ण बिलिंग के मामले में प्रकरण आई.एस.ए. (ISA) और संबंधित अस्पताल/जांच केन्द्र द्वारा आपसी विचार-विमर्श से निराकृत किये जायेंगे। अन्यथा की स्थिति में आवश्यकता होने पर पॉवर कंपनी से भी विचार विमर्श कर निराकरण किया जा सकता है। हितग्राहियों से योजना के अनुसार ईलाज कराये जाने पर अस्पताल/क्लीनिक द्वारा अतिरिक्त राशि की मांग नहीं की जायेगी।

यह प्रोटोकॉल पूर्व में इम्पेनलमेंट हेतु किये गये अनुबंध में शामिल होगा और अनुबंध की संबंधित शर्तें, प्रोटोकॉल के अनुसार संशोधित मानी जायेगी।

hrrms
15/3/24
कार्यपालक निदेशक (मा.सं.)

छत्तीसगढ़ स्टेट पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमिटेड

प्रतिलिपि-

1. कार्यपालक निदेशक/मुख्य अभियंता/महाप्रबंधक (मानव संसाधन)/(वित्त) छग.स्टेट पॉवर डिस्ट्री. /ट्रांस./जनरेशन कंपनी लिमिटेड, रायपुर।
2. मुख्य चिकित्सा अधिकारी, छग.स्टेट पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमिटेड, रायपुर।
3. नोडल अधिकारी (नियमित/पेंशनर्स) छग.स्टेट पॉवर डिस्ट्री./ट्रांस./जनरेशन कंपनी लिमिटेड, रायपुर।
4. विडाल हेल्पडेस्क, कैशलेस स्वास्थ्य योजना, छग.स्टेट पॉवर कंपनी मुख्यालय, डंगनिया, रायपुर।
- को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।

PROTOCOL FOR DENTAL DAY CARE TREATMENTS**1. PROCEDURE NAME: ROOT CANAL TREATMENT WITHOUT CROWN**

Package Rate : Rs.2500 per teeth

Pre Procedure and Post Procedure evidence:

Pre-Operative procedure evidence	Post-Operative procedure evidence
a. Chair side picture of the patient b. Intra-oral picture of the arch c. Picture displaying patient's face and the affected tooth d. Clear IOPAR of the tooth e. OPG indicated in cases of tooth associated with cyst/tumour	a. Clinical notes mentioning the dates of Access opening, Biomechanical preparation (BMP) and Obturation. b. Post obturation IOPAR

Special Instructions:

- a. Indications – chronic decay, wasting disease, acute pain, periapical pathology, hyper sensitivity, discolored tooth, intentional etc
- b. In case of following situation RCT is not allowed:
 - i. Bone loss more than 70%
 - ii. Grade III mobility
 - iii. Caries extending till furcation
 - iv. Root fracture
 - v. When tooth cannot be restored prosthetically

2.PROCEDURE NAME: SCALING

Package rate: Rs.1000

Pre-Procedure and post-procedure evidence:

Pre-procedure evidence	Post-procedure evidence
a) Clinical Notes, b) Pre and Post-operative photograph of patient and dentition	a) Post-operative clinical photograph of patient and dentition.

Special Instructions:

- Scaling is allowed only one time per patient per year.

3. PROCEDURE NAME: SINGLE TOOTH CAPPING/ FPD PER UNIT

Package Rate : Rs.3500 for PFM (Metal Ceramic) per teeth
Rs 5000 for Zirconia per teeth (5-year warranty)

Pre-Procedure and post-procedure evidence:

Pre-procedure evidence	Post-procedure evidence
a) Clinical photographs with patient face	a) Clinical photographs showing crown cutting
b) Post-obturation IOPAR (If RCT treated teeth)	b) Post-cementation clinical Photographs (Intra Oral)

Note – Expenses of bridge/implant is not covered in this scheme.

4. PROCEDURE NAME : FIXED PARTIAL DENTURE FOR THREE UNITS

Package Rate : Rs.3500x3=10,500 for PFM per teeth
Rs.5000x3=15,000 for Zirconia per teeth

Pre-Procedure and post-procedure evidence:

Pre-procedure evidence	Post-procedure evidence
a) Photographs of patient face and Intra Oral with interested quadrant.	a) Tooth preparation, b) post-cementation clinical Photographs (Intra Oral)

5. PROCEDURE NAME: MINOR ORAL SURGERY

Package Rate : Rs.750 for normal extraction
Rs.1250 for complicated extraction
(root stumps, maxillary 3rd molar, RC treated tooth)

Pre-Procedure and post-procedure evidence:

Pre-procedure evidence	Post-procedure evidence
a) Clinical Notes, b) Pre and Post op photograph of dentition	a) Post-op clinical photograph.

- Impaction procedure is not included in the above criteria.

6. PROCEDURE NAME : OPG

Package Rate : Rs.750
OPG should be done only for following cases -

- For planning and/or treatment of multiple teeth and/or multiple quadrant of oral cavity
- For oral prophylaxis or periodontal status
- For large Periapical pathology
- For impacted tooth
- For TMJ evaluation
- For maxillary sinus evaluation

छत्तीसगढ़ पावर कंपनी अंशदायी कौशलेस स्वास्थ्य योजना का चिकित्सा खर्चों की प्रतिपूर्ति का आवेदन प्रपत्र
(ध्यान दीजिये-प्रत्येक रोगी के लिए अलग प्रपत्र भरा जाना चाहिये)

1. विद्युत कर्मी/पेशनर्स का नाम व पद
(साफ अक्षरों में)
2. कर्मचारी क्रमांक
3. विडाल आई.डी क्रमांक
4. रोगी का नाम उम्र..... लिंग
5. विद्युत कर्मी/पेशनर्स से उसका संबंध
6. बीमारी का नाम एवं उसकी अवधि
7. दावे की रकम का ब्यौरा
8. मेसर्स विडाल हेल्थ को दी गई सूचना दिनांक
9. हॉस्पिटल/जाँच सेन्टर का नाम
(क) चिकित्सक का नाम
(ख) जहां से ईलाज/जांच हुई
10. ईलाज पर हुए व्यय का विवरण
(1) प्री-हॉस्पिटलाइजेशन(अस्पताल में भर्ती होने के 15 दिन पूर्व) हुए व्यय.....
(2) अस्पताल में भर्ती के दौरान हुए व्यय
- (3) पोस्ट-हॉस्पिटलाइजेशन (अस्पताल में भर्ती होने के 30 दिन पश्चात्) हुए व्यय
- (4) प्रिवेंटिव हेल्थ चेकअप पर हुए व्यय
- (5) अन्य व्यय जैसे दांतों के डे-केयर के तहत उपचार आदि.....
11. सहपत्रों की सूची-
(i) हितग्राही या फ़ैमिली हेल्थ कार्ड की प्रति
(ii) चिकित्सक के प्रिस्क्रिप्शन की प्रति (यदि कोई हो तो)
(iii) अस्पताल से प्राप्त डिस्चार्ज समरी (अस्पताल द्वारा जारी) मूल प्रति
(iv) दांतों के डे-केयर के लिये आई.एस.ए.(विडाल) से प्राप्त स्वीकृति
(v) अन्य जैसे जांच रिपोर्ट आदि की प्रतिलिपि
(vi) बिल की मूलप्रति (अस्पताल के सील व हस्ताक्षर सहित)
(vii) हितग्राही द्वारा अस्पताल को किये गये भुगतान की गई राशि की रसीद

सत्यापन

मैं घोषित करता/करती हूँ कि, इस आवेदन पत्र में दिया गया विवरण मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति पर चिकित्सा व्यय किये गये हैं वह कंपनी के नियमानुसार पूर्णतः आश्रित की श्रेणी में आता है।

मुझे यह भी ज्ञात है कि पावर कंपनी के चिकित्सा नियमों के प्रावधानों का दुरुपयोग किये जाते हैं, तो इसे गंभीर प्रकृति का कदाचरण मानते हुए मेरे विरुद्ध कड़ी से कड़ी अनुशासनात्मक कार्यवाही जैसे-बिना सेवानिवृति लाभों के सेवा से बर्खास्तगी की कार्यवाही सिविल सेवा आचरण नियम के तहत की जा सकती है तथा पेशनर्स के प्रकरणों में कानूनी कार्यवाही भी की जा सकती है।

दिनांक :
स्थान :

आवेदक का हस्ताक्षर
आवेदक का नाम
मोबाईल नं.....

चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रपत्र भेजने का पता :-
हेल्प डेस्क, कौशलेस स्वास्थ्य योजना
मेनगेट के बाजू में, ए.टी.पी. मशीन के पीछे,
छ.ग.स्टेट पावर कंपनी मुख्यालय परिसर,
डंगनिया, रायपुर
मोबाईल नंबर-93990-74531
पिन कोड- 492013

(Please prepare in Letter Head with the Name of Hospital & Complete Address with Email Address)

Sample Invoice for Dental Day Care Treatment

Vidal ID No. : _____ Bill No. : _____
 Claim No. : _____ Bill Date : _____
 Patient Name : _____ Consultant : _____
 Gender /Age : _____ D.O.A : _____
 Mobile No. : _____ D.O.D : _____
 Address : _____ Bed No./Ward :Private/Semi Deluxe /Deluxe

SN	Date	Particulars	CGHS / CSPC RATE		Hospital Bill			Remarks (pl mention reason for not billing as per CSPC rate)
			CGHS/CSPC rate Code no.	CSPC rate	Billing rate	Qty.	Discount	
1	"	X-ray of one tooth	Annex-7 clause-2(a)	100				
2		Ortho Pantomiogram (VCH)	Annex-7 clause-2(b)	750				
3		Teeth cleaning (scaling)	Annex-7 clause-2(c)	1000				
4		Tooth extraction (ordinary)	Annex-7 clause-2(d)	750				
5		Tooth extraction (complicated)	Annex-7 clause-2(e)	1250				
6		Root Canal Treatment (RCT)	Annex-7 clause-2(f)	2500				
7		Capping (Zirconia)	Annex-7 clause-2(g)	5000				
8		Capping (Metal Ceramic)	Annex-7 clause-2(h)	3500				
9		Consultation one time	Annex-7 clause-2(i)	350				
		Total						

Patient/ Attendant's Name &Signature

Prepared By :

Authorised Signatory

Above bill should be sent to – Cashless Help Desk, CSEB head office, Near main gate, Behind ATP machine, Dangania, Raipur (CG) Pin- 492013

REQUEST FOR CASHLESS HOSPITALISATION/ DAY CARE : VIDAL HEALTH
PLEASE E-MAIL TO VHPREAUTH@VIDALHEALTH.COM

Payment terms - Cashless – Payment by CG State Power Company

Non-cashless – Payment by patient (only in case of non-network clinic/hospital)

HOSPITAL / CLINIC DETAILS

1. Name of Hospital:
2. Address
3. e-mail id
4. Hospital/Clinic Single Point of contact Name
5. Hospital/Clinic SPOC Contact Number

PATIENT DETAILS

- Name of the Patient :
- Gender: Age: Date of Birth: _____ (DD/MM/YYYY)
- Patient Contact number:
- Contact number of attending Relative:
- VH ID number:
- Name of Corporate:
- Employee ID:
- Current Address of patient:
- Date of start of Dental treatment
- Expected date of end of dental treatment

TO BE FILLED BY TREATING DOCTOR/HOSPITAL

- Name of the treating Doctor:
- Contact number:
- Nature of Illness / Disease with presenting complaint:
- Relevant Critical Findings:
- Duration of the present ailment: _____ Days
- Date of First consultation: _____ (DD/MM/YYYY)

- Past history of present ailment, if any
- Provisional diagnosis:

S.No.	Procedure Name	Package rate	Qty.	Expected Bill amount
1.	Scaling	1000		
2.	Root canal treatment	2500		
2.	Tooth capping with PFM (metal Ceramic)	3500		
3.	Tooth capping with Zirconia	5000		
4.	Fixed partial denture for three* units PFM (metal ceramic)	10,500		
5.	Fixed partial denture for three* units PFM (zirconia)	15,000		
6.	Minor oral surgery normal extraction	750		
7.	Minor oral surgery complicated extraction	1,250		
8.	OPG	750		
9.	X-ray for single teeth	100		
10.	Consultation (one time)	350		
11	Total			

*Note- Only three-unit bridge is allowed under the scheme and no other expenses are allowed.

- **Total expected cost of treatment:**

DECLARATION

We confirm having read understood and agreed to the Declarations of this form

- Name of the treating doctor:
- Qualification:
- Registration number with State code:

Enclosures – as per protocol.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Hospital Seal

**Patient / Insured
 Name and Sign**

DECLARATION BY THE PATIENT / REPRESENTATIVE

I agree to allow the hospital to submit all original documents pertaining to hospitalization to Vidal Health after the discharge. I agree to sign on the Final Bill & the Discharge Summary before my discharge.

Payment to the hospital is governed by the terms and conditions of the the Policy. In case the Corporate is not liable to settle the hospital bill, I undertake to settle the bill as per the terms and conditions of the policy.

All non-medical expenses and expenses not relevant to current hospitalization and the amount over & above the limit, not governed by the terms and conditions of the policy will be paid by me.

I hereby declare to abide by the terms and conditions of the policy

"I/We authorize Implementing agency to contact me/us through mobile/email for any update on this claim."

Patient's / Insured's Name:

Contact Number: _____email-Id (optional) _____

Patient's / Insured's Signature: _____

Date: _____ **Time:** ____

HOSPITAL DECLARATION

We have no objection to any authorized official verifying documents pertaining to hospitalization.

All valid original documents duly countersigned by the insured / patient as per the checklist below will be sent to Vidal health Company within 7 days of the patient's discharge.

We agree that Company will not be Liable to make the payment in the event of any discrepancy between the facts in this form and discharge summary or other documents.

The patient declaration has been signed by the patient or by his representative in our presence.

We agree to provide clarifications for the queries raised regarding this hospitalization and we take responsibility the sole for any delay in offering clarifications.

We will abide by the terms and conditions agreed in the MOU.

We confirm that no additional amount would be collected from the insured in excess of Agreed Package Rates except costs towards non-admissible amounts (including additional charges due to opting higher room rent than eligibility / choosing separate line of treatment which is not envisaged / considered in package).

We confirm that no recoveries would be made from the deposit amount collected from the insured except for costs towards non-admissible amounts (including additional charges due to opting higher room rent than eligibility / choosing separate line of treatment which is not envisaged / considered in package).

In the event of unauthorized recovery of any additional amount from the Insured in excess of Agreed Package Rates, the authorized VH Company reserves the right to recover the same from us (the Network Provider) and / or take necessary action, as provided under the MoU or applicable laws.

Hospital Seal and Doctor Sign

Date-----Time-----