



CHHATTISGARH STATE POWER TRANSMISSION CO. LTD.

(A Govt. of Chhattisgarh Undertaking)

CIN - U40108CT2003SGC015820

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

Phone- 0771-2574300, Fax- 0771-2262141

क्रमांक 01-01/ CSPCHS/1676
प्रति,

रायपुर, दिनांक

15 MAR 2024

समस्त कैशलेस योजना में इम्पेनलड अस्पताल

विषय- छत्तीसगढ़ स्टेट पावर कंपनी अंशदायी कैशलेस स्वास्थ्य योजना (CSPCHS) लागू करने हेतु अस्पतालों के लिये प्रोटोकाल-2।

संदर्भ- 1. इस कार्यालय के परिपत्र क्र. 01-01/SPCHS/4770 दिनांक 14.09.2023, एवं प्रथम संशोधित उपरांत जारी समेकित योजना परिपत्र क्र. 01-01/SPCHS/1328 दिनांक 29.02.2024

2. इस कार्यालय द्वारा जारी प्रोटोकाल-1 क्र. 01-01/CSPCHS/5165 दिनांक 06.10.2023

उपरोक्त संदर्भित परिपत्र क्रमांक 01-01/SPCHS/1328 दिनांक 29.02.2024 को सक्षम प्राधिकारी से अनुमोदन उपरांत प्रथम संशोधन (First Amendment) पश्चात् समेकित छत्तीसगढ़ स्टेट पावर कंपनी अंशदायी कैशलेस स्वास्थ्य योजना जारी की गई है। प्रथम संशोधन के उपरांत जारी समेकित योजना के कुछ मुख्य बिन्दु निम्नानुसार हैं-

सामान्यतः छत्तीसगढ़ में स्थित अस्पतालों/जांच केन्द्रों में ईलाज/जांच लागू सी.जी. एच.एस. (CGHS) की दर पर होगी, कतिपय ईलाज एवं जांच हेतु सी.जी.एच.एस. की दरों के स्थान पर निम्न विशेष दरें लागू रहेंगी:-

(1) मातृत्व लाभ के अंतर्गत सामान्य प्रसव के लिए अधिकतम रु. 25,000/- तथा सिजेरियन प्रसव के लिए अधिकतम रु. 60,000/- तक का खर्च योजना में शामिल है।

(2) वार्ड किराया की दरें -

(अ) सीजीएचएस रेट से अनुबंधित अस्पताल में

(a) प्राइवेट वार्ड - अस्पताल की दर या रु. 3,000/- जो कम हो।

(b) सेमी डीलक्स/डीलक्स वार्ड - अस्पताल की दर या रु. 4,500/- जो कम हो। (केवल विकल्प-1 के हितग्राहियों के लिये लागू)

(3) सीजीएचएस के नियमानुसार पैकेज दर में अधिकतम भर्ती के दिनों के समय-सीमा नियमानुसार निर्धारित है-

स्पेशलाईज्ड/सुपरस्पेशलाईज्ड ट्रिटमेंट के लिये - अधिकतम 12 दिन

मेजर सर्जरी के लिये - अधिकतम 7 दिन

लेप्रोस्कोपिक सर्जरी – अधिकतम 3 दिन

एन्जियोप्लास्टी – अधिकतम 3 दिन

नार्मल डिलेवरी – अधिकतम 3 दिन

डे-केयर या माइनर (Minor) ओ.पी.डी.सर्जरी के लिये – अधिकतम 1 दिन

यदि उपरोक्तानुसार समय-सीमा में अस्पताल में भर्ती के दौरान मरीज की स्थिति में आवश्यक सुधार नहीं होता है या मरीज को कोई जटिल समस्या होने की स्थिति में या अन्य कारणों से उपरोक्त समय-सीमा के अलावा मरीज को भर्ती रखने की आवश्यकता होती है तो ऐसे असाधारण प्रकरणों में अस्पताल से प्रमाणित एवं संबंधित चिकित्सा दस्तावेजों के आधार पर पैकेज दरों में निर्धारित अवधि के अतिरिक्त दिनों हेतु केवल Room rent, Investigation charges, Doctors visit charges (Not more than 2 visit/day by any two sepecialist/consultants) and cost of medicines की ही बिलिंग की जा सकेगी परंतु यह बिलिंग तभी देय होंगे जब इसकी पूर्व स्वीकृति मेसर्स विडाल से ली गई हो।

- (4) डायलिसिस के प्रकरणों में सीजीएचएस की पैकेज दरों में लेब चार्ज, मेडिसिन शुल्क शामिल है।
- (5) कैंसर के ईलाज में इम्युनोथैरेपी (Immunotherapy) के खर्च अलग से देय होगा।
- (6) कीमोथैरेपी इन्फ्यूजन (Chemotherapy Infusion) शुल्क अलग से देय होगा।
- (7) सीजीएचएस नियमानुसार ENT, Head & Neck Cancer (Breast), Oesophagus, Abdoment/GI Surgry, Cardiovascular surgry, Orthopedic surgry, Obs & Gynecology, Nephrology and Urology, Neuro surgry, Pediatric surgry के अंतर्गत उल्लेखित Other major surgry and Other minor surgry हेतु निर्धारित दर पर बिलिंग किया जाना है।

उदाहरण – Other major surgry (ENT) - Rs. 15000

Other minor surgry (ENT) - Rs. 8500

- (8) हेमोराईटस (बवासीर) के ईलाज हेतु यदि स्टेपलर का उपयोग किया जाता है तो अस्पताल की वास्तविक दर या रू. 20,000 दोनों में से जो भी कम हो, की दर पर भुगतान किया जायेगा।
- (9) आई.सी.यू. या आई.सी.सी.यू. में 3 दिन से अधिक भर्ती रहने की स्थिति में अल्फाबेड चार्जेस अधिकतम रू. 200 प्रतिदिन की दर से भुगतान किया जायेगा
- (10) इंट्रोवेट्रीयल इंजेक्शन अस्पताल की वास्तविक दर या रू. 12,500 दोनों में से जो कम हो की दर पर भुगतान किया जायेगा।

- (11) नसबंदी (Sterlization interval (Mini lab)) के लिये सीजीएचएस दर रू. 3750 (नान एनएबीएच) की दर पर भुगतान किया जायेगा।
- (12) नेबुलाईजेशन की दर रू. 52 होगी तथा मास्क (वन टाईम) एवं दवाईयों की दर का भुगतान अलग से किया जायेगा।
- (13) इम्प्लांट्स के बिल बारकोड सहित एम.आर.पी. का रैपर प्रस्तुत किये जाने पर भुगतान किये जायेंगे। (इम्प्लांट्स की वास्तविक दर या सीजीएचएस में उल्लेखित सीमा के अधीन कोई हो तो)
- (14) कॉस्मेटिक प्रकृति के उपचारों को छोड़कर, दंत चिकित्सा कुछ उपचार डे-केयर के तहत योजना में शामिल होंगे जिनकी दरें निम्नानुसार होंगी-

(अ) ऑर्थो पेंटोमोग्राम (OPG)	- रू. 750
(ब) दांतों की सफाई (स्केलिंग)	- रू. 1000
(स) दांत निकालना (साधारण)	- रू. 750
(द) दांत निकालना (काम्पलीकेटेड)	- रू. 1250
(ई) रूट केनाल ट्रीटमेंट (आर.सी.टी.)	- रू. 2500
(फ) केपिंग (जिरकोनिया)	- रू. 5000
(जी) केपिंग (मेटल सेरामिक)	- रू. 3500
(एच) एक दांत का एक्सरे	- रू. 100

डे-केयर के तहत ईलाज के दौरान सीजीएचएस दर पर एक बार परामर्श शुल्क (वर्तमान में रू. 350) दिये जाने का प्रावधान योजना में शामिल है। जिसके प्रोटोकॉल अलग से इस कार्यालय के पत्र क्रमांक 1675 दिनांक 15/03/24 जारी किये गये हैं।

(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।

- (15) मोतियाबिंद की शल्य चिकित्सा एवं मल्टीफोकल लेंस आदि के खर्च अधिकतम रू. 35000/- प्रति नेत्र की सीमा तक योजना में शामिल है। मोतियाबिंद की सर्जरी एवं लेंस की दरों की अलग-अलग सीमा निम्नानुसार निर्धारित की जाती है ताकि हितग्राहियों को योजना में दी गयी छूट का उचित लाभ मिल सकें-

(अ) विभिन्न परीक्षणों एवं अन्य सभी शुल्कों सहित प्रत्येक नेत्र के फेको सर्जरी हेतु गैर एनएबीएच अस्पताल के लिये रू. 10,000/- और एनएबीएच अस्पताल के

लिये रू. 11,500/- अथवा अस्पताल द्वारा इस मद में क्लेम की गई कुल राशि, जो कम हो।

- (ब) अस्पताल द्वारा दी गई जानकारी/बिल के अनुसार मोनोफोकल/बाई-फोकल लेंस के विक्रय मूल्य (MRP) का अधिकतम 80% अथवा रू. 15,000/- जो कम हो अर्थात् हितग्राही को रू. 18,750/- (MRP) तक की कीमत का अच्छी क्वालिटी का मोनोफोकल/बाई-फोकल लेंस लगवाने की अनुमति कैशलेस योजना के तहत है।
- (स) अस्पताल द्वारा दी गई जानकारी/बिल के अनुसार मल्टीफोकल लेंस के विक्रय मूल्य (MRP) का अधिकतम 80% अथवा रू. 23,500/-, जो कम हो अर्थात् हितग्राही को रू. 29,375/- (MRP) तक की कीमत का मल्टीफोकल लेंस लगवाने की अनुमति कैशलेस योजना के तहत है।
- (16) पेट सी.टी.स्केन के रेट – अस्पताल की दर या रू. 20,000 जो भी कम हो।
- (17) अस्पताल/जांच केन्द्र द्वारा हितग्राहियों को उनकी जांच रिपोर्ट, एक्सरे/एम.आर. आई/सोनोग्राफी फिल्म आदि की मूल प्रति दी जा सकती है, इन्हें बिलों के साथ संलग्न करना अनिवार्य नहीं होगा।
- (18) डिस्चार्ज होने के पश्चात् उसी बीमारी (जिसके लिये भर्ती किया गया था) के लिये अस्पताल द्वारा डिस्चार्ज के समय अस्पताल से दी जाने वाली दवाईयों का खर्च, अधिकतम 30 दिन के लिये अस्पताल बिल में समायोजित करना है।
- (19) अस्पताल द्वारा लिये जाने वाले पंजीयन शुल्क/सेवा शुल्क/अधिभार तथा ईलाज के दौरान उपयोग किये गये कंज्युमेबल्स/डिस्पोजेबल (नॉन मेडिकल को छोड़कर) आदि में होने वाले खर्च आई.एस.ए. द्वारा आवश्यक जांच के उपरांत स्वीकृत किये गये खर्च, सभी के लिए मान्य होगी।
- (20) यदि हितग्राही किसी अस्पताल में ओ.पी.डी. में जांच करवाने जाता है और जांच के उपरांत यदि अस्पताल उनको भर्ती होने के लिये सलाह देता है और यदि हितग्राही भर्ती हो जाता है तो ओ.पी.डी. में हुए सभी खर्च, कैशलेस योजना के तहत अस्पताल द्वारा क्लेम किये जा सकेंगे एवं हितग्राही को अस्पताल द्वारा वह राशि वापस की जायेगी।
- (21) अस्पताल द्वारा अनुबंध/सहमति के अनुरूप निर्धारित दरों से अधिक/त्रुटीपूर्ण बिलिंग के मामले में भी हितग्राही से किसी भी राशि के भुगतान की मांग नहीं की जायेगी। डिस्चार्ज के समय हितग्राहियों को फाईनल बिल सेटलमेंट के नाम पर अनावश्यक रोक नहीं जायेगा। सामान्यतः इस प्रकार के प्रकरण आई.एस.ए. (ISA) और संबंधित अस्पताल/जांच केन्द्र द्वारा आपसी विचार-विमर्श से निराकृत किये जायेंगे। अन्यथा

की स्थिति में अस्पताल द्वारा आवश्यक दस्तावेज सहित बिल प्रस्तुत करने पर पॉवर कंपनी से भी विचार विमर्श कर निराकरण किया जा सकता है।

- (22) यदि चिकित्सालय/जाँच सेंटर/ मेडिकल स्टोर्स उपरोक्त प्रावधानों का दुरुपयोग करते हुए स्टेट पॉवर कंपनी को आर्थिक क्षति पहुंचाते हैं, या पहुंचाने का प्रयास करते हैं, तो इसे गंभीर प्रकृति का कदाचरण मानते हुए तदनुसार बिना कारण बताये पहले 15 दिनों के लिए पॉवर कंपनी में अधिसूचित अस्पतालों की सूची से स्थगित रखा जाएगा इसके पश्चात भी अस्पताल द्वारा उपयुक्त सुधार नहीं किया जाता है तो सूचना दिनांक से 30 दिनों के पश्चात अनुबंध सूचीबद्ध/अनुबंधित अस्पताल/जाँच सेंटर का नाम सूची से हटाया जा सकता है और अनुबंध समाप्त किया जा सकता है।

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

huzma
15/3/24
कार्यपालक निदेशक (मा.सं.)
छ.ग.स्टे.पा.ट्रां.कं.लि.

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