CSPTCL
छत्तीसगढ़ स्टेट पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमिटेड

**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

कमांक 01–01 / CSPCHS / 6763 रायपुर, दिनांक - 7 NOV 2025

प्रति,

समस्त इम्पेनलड डेंटल अस्पताल / क्लीनिक

.....

विषय– छत्तीसगढ़ स्टेट पॉवर कंपनी अंशदायी कैशलेस स्वास्थ्य योजना (CSPCHS) के तहत डे–केयर के रूप में दंत चिकित्सा हेतु संशोधित प्रोटोकाल–3

संदर्भ– 1.इस कार्यालय द्वारा जारी प्रोटोकाल–1 क्र.01–01 / CSPCHS / 1675 दि.15.03.2024
2.द्वितीय संशोधन उपरांत जारी समेकित योजना परिपत्र क्र. 4982, दि. 15.08.2024
3.इस कार्यालय द्वारा जारी प्रोटोकाल–2 क्र. 01–01 / CSPCHS / 5811 दि.01.10.2024
4.पंचम संशोधन समेकित योजना परिपत्र क्र. 6666 दिनांक 31.10.2025
5.इस कार्यालय द्वारा जारी प्रोटोकाल–3 क्र. 01–01 / CSPCHS / 6694 दि.03.11.2025

छत्तीसगढ़ स्टेट पॉवर कंपनी अंशदायी कैशलेस स्वास्थ्य योजना के तहत नियमित विद्युत कर्मियों / पेंशनरों को कॉस्मेटिक प्रकृति के उपचारों को छोड़कर, दंत चिकित्सा के कुछ उपचार डे–केयर के तहत योजना में शामिल हैं।

1. दांतो के निम्नलिखित उपचार के खर्च सीजीएचएस की लागू दरों (अधिकतम) के अनुसार अनुज्ञेय है–

   (a) ऑर्थो पेंटोमोग्राम (OPG)
   (b) दांतों की सफाई (स्केलिंग)
   (c) दांत निकालना (साधारण)
   (d) दांत निकालना (काम्पलीकेटेड)
   (e) रूट केनाल ट्रीटमेंट (आर.सी.टी.)
   (f) केपिंग
   (g) दांत का एक्सरे
   (h) परामर्श शुल्क एक बार देय

नोटः–

दांतों में लगाए जाने वाले इम्प्लांट (विभागीय दुर्घटना के प्रकरण को छोड़कर) के खर्च योजना में शामिल नहीं हैं।

2. विकल्प–1 का चयन करने वाले हितग्राहियों के लिये कुल खर्च की अधिकतम सीमा रू. 15,000 प्रति परिवार (फेमिली फ्लोटर) प्रत्येक वार्षिक कालखण्ड तथा विकल्प–2 का चयन करने वाले हितग्राहियों के लिये कुल खर्च की अधिकतम सीमा

रू. 10,000 प्रति परिवार (फेमिली फ्लोटर) प्रत्येक वार्षिक कालखण्ड के लिये निर्धारित है। अतः मरीज के अति–आवश्यक उपरोक्तानुसार दंत उपचार ही इस योजना के तहत किये जाने चाहिये।

3. दांतों के उपचार परिशिष्ट–1 में निर्धारित प्रोटोकॉल के तहत किया जाना अनिवार्य है।

4. कैशलेस योजना के तहत अस्पताल द्वारा उपचार के बिल क्लेम किये जाने हेतु प्रोटोकॉल

(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, प्रोटोकॉल के अनुरुप किया जा सकता हो तो सीजीएचएस की दरों के अनुसार ईलाज एवं जांच में होने वाले खर्चो का आकलन करने के पश्चात् Annexure-1 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, 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।

5. यदि उपचार कैशलेस आधार पर किया गया है तो अस्पताल/क्लीनिक को पॉवर कंपनी से भुगतान प्राप्त करने के लिये प्रोटोकॉल के अनुसार, आवश्यक दस्तावेजों पर मरीज के हस्ताक्षर सहित, संलग्न बिल फार्मेट निर्धारित प्रोफार्मा 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 उपचार समाप्त होने के दिनांक से एक माह की अवधी के अंदर प्रस्तुत करना आवश्यक है।

6. अस्पताल/जांच केन्द्र द्वारा हितग्राहियों के उपचार के बिलों को पॉवर कंपनी द्वारा निर्धारित प्रारुप में दिया जाना अनिवार्य है अन्यथा अन्य किसी प्रारुप में प्राप्त बिलों का भुगतान किया जाना संभव नहीं होगा। बिल के साथ संलग्न किये जाने वाले दस्तावेजों की सूची –

a. हितग्राही (मरीज) के हेल्थकार्ड की कॉपी।
b. हितग्राही का फोटो आई.डी.प्रूफ।
c. हितग्राही के चेहरे सहित दांत का फोटो एवं एक्सरे (उपचार के पूर्व एवं उपचार के पश्चात् का)
d. प्री–ऑर्थोराइजेशन एवं फाईनल अप्रूवल।
e. आई.एस.ए. के साथ पत्राचार, आपत्तियों का जवाब यदि कोई हो
f. जांच रिपोर्ट यदि कोई हो
g. दुर्घटना के प्रकरण में यदि इम्प्लांट लगा हो तो इम्प्लांट्स (स्टीकर एवं पेकेट/पाऊच सहित यदि हो तो) के जीएसटी पेड बिल जीएसटी नंबर सहित
h. टोटल बिल समरी (कनसोलिडेटेड बिल)

7. अस्पताल द्वारा अनुबंध/सहमति के अनुरुप 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।

यदि अस्पताल उपरोक्त प्रावधानों का दुरूपयोग करते हुए राज्य पॉवर कंपनी को आर्थिक क्षति पहुंचाते है या पहुंचाने का प्रयास करते है या प्रति मरीज खर्च औसत से बहुत अधिक आता है या उपचार या जांच से इंकार करते हैं या अनावश्यक दवाइयों/जांच/उपचार प्रिस्क्राईब करते हैं या मरीज से दुर्व्यवहार करते हैं तो पॉवर कंपनी द्वारा ऐसे अस्पतालों को कुछ अवधि के लिये, बिना पूर्व सूचना के ग्रे–सूची में रखा जा सकता है, ब्लेक लिस्ट किया जा सकता हैं, इम्पेनलमेंट को स्थगित या निलंबित या समाप्त किया जा सकता है, उचित कानूनी कार्यवाही की जा सकती है तथा लाईसेंस जारी करने प्राधिकरणों (राज्य नर्सिंग होम अधिनियम या अन्य लागू कानूनों के अनुसार) को अस्पताल का लाईसेंस/चिकित्सक का पंजीयन, निरस्त करने हेतु अनुशंसा भी की जा सकती है।

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

**मुख्य अभियंता (मानव संसाधन)**
**छत्तीसगढ़ स्टेट पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमिटेड**

प्रतिलिपि–

1. मुख्य चिकित्सा अधिकारी, छग.स्टेट पॉवर ट्रांसमिशन कंपनी लिमिटेड, रायपुर।
2. विडाल हेल्पडेस्क, कैशलेस स्वास्थ्य योजना, छग.स्टेट पॉवर कंपनी मुख्यालय, डंगनिया, रायपुर।

– को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित।