



अभिनिर्देश नीति

REFERRAL POLICY

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Employees' State Insurance Corporation

ESIC Operational Manual 2023 for Super Speciality and Speciality Services

अति विशिष्टता और विशिष्टता सेवाओं के लिए क.रा.बी.निगम प्रचालन नियम-पुस्तक 2023



EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION

कर्मचारी राज्य बीमा निगम

Panchdeep Bhawan, C.I.G. Marg, New Delhi-110002

पंचदीप भवन, सी.आइ.जी. मार्ग, नई दिल्ली-110002

वेबसाइट/Website: www.esic.nic.in



प्रस्तावना

क.रा.बी.निगम अपने लाभार्थियों को सर्वोत्तम संभव तरीकों से प्राथमिक/द्वितीयक और तृतीयक स्तरों की अच्छी गुणवत्ता वाली चिकित्सा सेवाएं प्रदान करने के लिए पूर्णतः प्रतिबद्ध है। क.रा.बी.निगम अस्पतालों में आधुनिक प्रौद्योगिकियों को शामिल करके आंतरिक विशिष्टता और अति विशिष्टता सेवाओं को विकसित करने का लक्ष्य है। इसने क.रा.बी. लाभार्थियों की बढ़ती मांगों को पूरा करने के लिए स्वास्थ्य योजना के विस्तार की महत्वपूर्ण शुरुआत की है। अंतिम लक्ष्य मौजूदा चिकित्सा बुनियादी ढांचे का कुशलतम उपयोग करना और लाभार्थियों के स्थानों के समीप अतिरिक्त अस्पतालों और औषधालयों की स्थापना करना है।

कर्मचारी राज्य बीमा निगम ने क.रा.बी.स्वास्थ्य योजना की परिधीय इकाइयों को मार्गदर्शन प्रदान करने के लिए यह प्रचालन नियम-पुस्तक तैयार की है। यह नियम-पुस्तक उन स्थितियों के लिए एक संदर्भ दस्तावेज के रूप में कार्य करती है, जहां टाइ-अप अस्पतालों में अभिनिर्देशन द्वारा उन सेवाओं को उपलब्ध कराने की आवश्यकता होती है, जो आंतरिक उपलब्ध नहीं हैं।

परिचय

कर्मचारी राज्य बीमा योजना बीमाकृत व्यक्तियों और उनके आश्रितों को चिकित्सा परिचर्या, उपचार, दवाओं और ड्रेसिंग, विशेषज्ञ परामर्श और अस्पताल में भर्ती के रूप में व्यापक चिकित्सा देखभाल प्रदान करती है।

एक बीमाकृत व्यक्ति और उसके आश्रित बीमा योग्य रोजगार में प्रवेश के दिन से चिकित्सा हितलाभ के पात्र होते हैं। बीमाकृत व्यक्तियों और उनके परिवारों को रोगियों की आवश्यकता के अनुसार चिकित्सा देखभाल प्रदान की जा रही है जिसमें बाह्य रोगी देखभाल, अंतः रोगी देखभाल, विशेष चिकित्सा देखभाल और अति विशिष्ट चिकित्सा देखरेख शामिल हैं। इसके अलावा, भारतीय चिकित्सा प्रणाली, आयुष अर्थात् आयुर्वेद, योग और होम्योपैथी के अंतर्गत चिकित्सा सुविधाएं भी प्रदान की जाती हैं।

अस्पतालों, औषधालयों, औषधालय-सह-शाखा कार्यालयों (डीसीबीओ), आइएमपी क्लिनिकों और अन्य स्वास्थ्य संस्थाओं के साथ टाइ-अप की व्यवस्थाओं सहित एक बड़ी अवसंरचना के माध्यम से लाभार्थियों को चिकित्सा सुविधाएं प्रदान की जाती हैं। प्रदान की जा रही चिकित्सा सेवाओं की श्रेणी में निवारक, प्रोत्साहक, उपचारात्मक और पुनर्वास सेवाएं शामिल हैं। अंतः रोगी सेवाएं क.रा.बी. अस्पतालों के माध्यम से तथा निजी और सरकारी अस्पतालों के साथ नामिकायन के माध्यम से प्रदान की जाती हैं।

PREFACE

ESIC has strong commitment to provide good quality medical services of primary/secondary and tertiary levels to its beneficiaries in best possible ways. Goal is to develop in-house speciality and super-speciality services by incorporating modern technologies in ESI Hospitals. It has embarked on a significant expansion of the Health Scheme to cater to the growing demands of ESI beneficiaries. The ultimate aim is to make the most efficient use of existing medical infrastructure and establish additional hospitals and dispensaries in close proximity to the beneficiaries' locations.

The Employees' State Insurance Corporation has prepared this operational manual to provide guidance to peripheral Units of ESI Health Scheme. This manual serves as a reference document for situations where referrals to tie-up hospitals are required to offer services that are not available in-house

Introduction

The Employees' State Insurance Scheme provides comprehensive medical care in the form of medical attendance, treatment, drugs and dressings, specialist consultation and hospitalization to Insured Persons and to their dependants.

An Insured Person and his dependants are entitled to medical benefits from the day of entry into insurable employment. Insured Persons and their families are being provided medical care which includes outpatient care, inpatient care, specialized medical care and super specialty medical care as per requirement of the patients. Besides this, medical facilities under Indian System of Medicine, AYUSH i.e. Ayurveda, Yoga, and Homeopathy are also provided.

Medical care to beneficiaries is provided through a large infrastructure comprising of Hospitals, Dispensaries, Dispensary-cum-Branch Offices (DCBOs), IMP clinics and Tie-up arrangements with other Health Institutions. The range of medical services provided covers preventive, promotive, curative and rehabilitative services. In-patient services are provided through ESI Hospitals and through empanelment with private and Govt. hospitals.



अनुक्रमणिका

क्रमांक	विषय	पृष्ठ सं.
1.	पूर्ण अति विशिष्टता उपचार (एसएसटी) का लाभ लेने हेतु क.रा.बी. लाभार्थियों के लिए पात्रता मानदंड	6-8
2.	औषधालय से क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल में अभिनिर्देशन	8
3.	अति विशिष्टता उपचार के लिए गैर-आपातकालीन मामलों में अभिनिर्देशन की प्रक्रिया	8-12
4.	आपातकालीन मामलों में अभिनिर्देशन की प्रक्रिया	12
5.	सीधे भर्ती के लिए प्रक्रिया	12
6.	टाइ-अप अस्पतालों के लिए निर्देश/अनुदेश	12-14
7.	बिलों पर कार्रवाई और भुगतान	14
8.	अभिनिर्देशन मामलों की मासिक समीक्षा और अभिनिर्देशन की लेखापरीक्षा	14-16
9.	कीमोथेरेपी दवाइयां	16
10.	औषधालयों से टाइ-अप अस्पतालों में अनावश्यक अभिनिर्देशन की रोकथाम	16
11.	लेखापरीक्षा और निरीक्षण इकाई	16
12.	अति विशिष्टता उपचार के बिलों की लेखापरीक्षा	16-18
13.	द्वितीयक देखभाल बिलों की लेखापरीक्षा	18
14.	अति विशिष्टता उपचार हेतु नामिकायन	18-22
15.	द्वितीयक चिकित्सा उपचार हेतु नामिकायन	22
16.	टाइ-अप अस्पतालों के साथ सहमति ज्ञापन	22
17.	स्वास्थ्य देखभाल संगठनों के नामिकायन हेतु दिशानिर्देश	22-26
18.	विज्ञापन के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल संगठन के नामिकायन हेतु मानदंड	26
19.	नामिकायन हेतु अपेक्षित दस्तावेज	26-30
20.	इमेजिंग केंद्रों के लिए मानदंड	30-32
21.	नामिकायन रद्द करने के लिए मानदंड	32
22.	काली सूची में डालने हेतु मानदंड	32
23.	नामिकायन रद्द करने/काली सूची में डालने की प्रक्रिया	32-34
24.	उच्च लागत उपचार	34
25.	विविध विषय/अंग प्रत्यारोपण, पुनर्निर्माण शल्य-क्रिया और कृत्रिम अंग	34
26.	संलग्नकों का विवरण	36-60
27.	संलग्नकों के साथ मानक प्रस्ताव अनुरोध	62-186
28.	मानक सहमति ज्ञापन	188-238
29.	परिपत्रों की अनुक्रमणिका	240
30.	परिपत्र	243-303

Index

S. No.	Subject	Page No.
1.	Eligibility criteria for ESI beneficiaries for availing full Super Speciality Treatment (SST).	7-9
2.	Referral from Dispensary to ESIC/ ESIS hospital	9
3.	Procedure for referral of non-emergency cases for super Specialty Treatment	9-13
4.	Procedure of referrals in Emergency cases	13
5.	Procedure for Direct Admissions	13
6.	Directions/ instructions for Tie-up Hospitals	13-15
7.	Processing and payment of Bills	15
8.	Monthly Review of Referral Cases and Audit of Referrals	15-17
9.	Chemotherapy Medicines	17
10.	Prevention of unnecessary referrals from dispensaries to tie-up hospitals	17
11.	Audit and Inspection Unit	17
12.	Audit of SST bills	17-19
13.	Audit of Secondary Care Bills	19
14.	Empanelment for Super Specialty Treatment	19-23
15.	Empanelment for Secondary Care	23
16.	MoU with Tie-up Hospitals	23
17.	Guidelines for empanelment of healthcare organizations	23-27
18.	Criteria for empanelment of HCOs through advertisement	27
19.	Documents required for empanelment	27-31
20.	Criteria for imaging centres	31-33
21.	Criteria for de-empanelment	33
22.	Criteria for blacklisting	33
23.	Procedure for de-empanelment/blacklisting	33-35
24.	High Cost Treatment	35
25.	Misc Matters/Organ Transplant, Reconstructive surgeries and Artificial limbs	35
26.	Annexures details	37-61
27.	Standard RFP with Annexures	63-187
28.	Standard MoU	189-239
29.	Index of Circulars	241
30.	Circulars	243-303



विशिष्टता और अति विशिष्टता सेवाओं के लिए प्रचालन नियम-पुस्तक 2023 निम्नलिखित क्षेत्रों को व्याप्त करने वाला एक व्यापक मार्गदर्शी दस्तावेज है :

1. पात्रता मानदंड
2. अभिनिर्देशन प्रक्रियाएं
3. बिल भुगतान की प्रक्रियाएँ
4. अभिनिर्देशन लेखापरीक्षा
5. नामिकायन मानदंड
6. उच्च लागत उपचार

अस्वीकरण : दस्तावेज केवल मार्गदर्शी उद्देश्य के लिए है। यह सुनिश्चित करने का ध्यान रखा गया है कि नियम-पुस्तक की सामग्री प्रचलित दिशानिर्देशों के अनुरूप सटीक और अद्यतित हो। तैयार किया गया मॉडल सहमति ज्ञापन (एमओयू) अन्य स्रोतों के अलावा भारत सरकार द्वारा जारी दिशानिर्देशों के अनुरूप है।

इस नियम-पुस्तक में निर्धारित प्रावधानों और वर्तमान में प्रभावी किसी भी मूल स्रोत के बीच किसी भी विवाद की स्थिति में, लागू कानूनों में निहित उपबंध अभिभावी होंगे।

अति विशिष्टता सेवाएँ

1. **पूर्ण अति विशिष्टता उपचार (एसएसटी) का लाभ लेने के लिए क.रा.बी. लाभार्थियों के लिए पात्रता मानदंड। अति विशिष्टता उपचार के लिए पात्रता निर्धारित करने के मानदंड (मौजूदा परिपत्र संख्या वी-14/11/5/2018-मेड.1 (एसएसटी) दिनांक 29.10.2018)**
 - 1.1 बीमाकृत व्यक्ति जिसने एक अंशदान अवधि में 78 दिनों के लिए अंशदान दिया है, उसे अति विशिष्टता उपचार का लाभ लेने की अनुमति दी जाएगी, बशर्ते उसने बीमाकृत व्यक्ति पोर्टल पर पंजीकरण की तारीख से न्यूनतम छः महीने का बीमायोग्य रोजगार पूरा कर लिया हो।
 - 1.2 बीमाकृत व्यक्ति के परिवार के सदस्यों को अति विशिष्टता उपचार की अनुमति दी जाएगी, यदि बीमाकृत व्यक्ति ने 156 दिनों (प्रत्येक अंशदान अवधि में 78 दिन) का अंशदान दिया हो और पंजीकरण की तारीख से बीमा योग्य रोजगार का न्यूनतम एक वर्ष पूरा कर लिया है।
 - 1.3 उपर्युक्त दोनों मामलों में, नियोक्ता द्वारा विनियमन 26 (क) के साथ पठित धारा 44 के अनुरूप तथा इसमें विफल रहने पर क.रा.बी.(सामान्य) विनियमन के विनियमन 31 के अनुरूप, मासिक अंशदान दाखिल किया गया हो।
 - 1.4 यह पात्रता केवल संगत हितलाभ अवधि में उपलब्ध होगी।
 - 1.5 यदि बीमाकृत व्यक्ति विस्तारित बीमारी हितलाभ प्राप्त कर रहे हैं तो बीमाकृत व्यक्ति और उनके परिवार के सदस्य अति विशिष्टता उपचार का लाभ लेते रहेंगे।
 - 1.6 मातृत्व हितलाभ प्राप्त कर रही बीमाकृत महिलाएं मातृत्व के कारण या उससे उत्पन्न होने वाले अन्य मामलों में अति विशिष्टता उपचार के लिए पात्र होंगी।
 - 1.7 रोजगार चोट के मामलों में, जहां हितलाभ पहले दिन से दिया जाता है, उपर्युक्त शर्तें लागू नहीं होंगी।
 - 1.8 उपर्युक्त शर्तें केवल उन मामलों में लागू होंगी जहां अभिनिर्देशन के लिए उपचार का व्यय क.रा.बी. व्यवस्था से बाहर किया जाता है और राज्य सरकार से हिस्से के बिना क.रा.बी.निगम द्वारा भुगतान किया जाना है। ऐसे मामलों में, जहां बीमाकृत व्यक्ति या उनके परिवार के सदस्यों को ऐसे उपचार की आवश्यकता होती है, जो कर्मचारी राज्य बीमा अस्पतालों/कर्मचारी राज्य बीमा चिकित्सा शिक्षा संस्थाओं में उपलब्ध नहीं है और बीमाकृत व्यक्ति उपर्युक्त पात्रता शर्तों को पूरा नहीं करते हैं, ऐसे मामलों को राज्य सरकार के अस्पतालों/चिकित्सा महाविद्यालयों को अभिनिर्देशित किया जाए।
 - 1.9 उपर्युक्त नीतिगत उपबंध (1.1-1.8), 2020 के एलपीए-76 पर निर्णय के अनुसार लागू किए जाएंगे, तब तक कार्यालय ज्ञापन सं. वी-14/11/5/2018/मेड.1 (एसएसटी) दिनांक 18.08.2020 लागू है।

Operational Manual for Specialty and Super-Specialty Services 2023 is a comprehensive guiding document covering the following areas:

- 1 Eligibility Criteria
- 2 Referral Procedures
- 3 Processing of Bill Payments
- 4 Referral Audit
- 5 Empanelment Criteria
- 6 High-Cost Treatment

Disclaimer: The document is for guiding purpose only. Care has been taken to ensure that the contents of the manual are accurate and up to date, following the prevailing guidelines. The Model Memorandum of Understanding (MoU) prepared is in accordance with the guidelines issued by GOI, among other sources.

In the event of any conflict between the provisions stipulated in this manual and any of the original sources currently in effect, the provisions contained in the applicable laws shall prevail.

Super Speciality Services

1. Eligibility criteria for ESI beneficiaries for availing full Super Speciality Treatment (SST). The criteria for determining eligibility for SST (existing circular No. V-14/11/5/2018-Med.1(SST) dated 29.10.2018)

- 1.1 The Insured Person who has contributed for 78 days in a contribution period be allowed to avail super specialty treatment provided he/she has completed minimum of six months of insurable employment i.e. from the date of registration on IP Portal.
- 1.2 The members of the family of the insured Person be allowed super specialty treatment if the Insured Person has contributed 156 days (78 days in each contribution period) and have completed minimum one year of insurable employment from the date of registration
- 1.3 In both the above cases. the employer should have filed the monthly contribution as per section 44 read with regulation 26(a) failing which Regulation 31 of the ESI (General) Regulation. 1950.
- 1.4 This eligibility shall be available only in the corresponding benefit period.
- 1.5 Insured Persons and their family members shall continue to avail the super specialty if the insured Persons is in receipt of extended sickness benefit.
- 1.6 The Insured women shall be eligible for super specialty treatment in case it arises due to or out of maternity if she is in receipt of maternity benefit.
- 1.7 The cases of employment injury shall not attract the aforesaid conditions where the benefit is given from day one.
- 1.8 The aforesaid conditions shall apply only in those cases where expenditure of the treatment for referral is made outside the ESI set-up and is to be paid by the ESIC without share from the State Govt. In cases, the insured Person or their family members require a treatment which is not available in ESI Hospitals / ESI Medical Education Institutions and aforesaid eligibility conditions are not met by the Insured Person, such cases be referred to the Hospitals/ Medical Colleges of the State Govt.
- 1.9 The above policy provisions (1.1-1.8) shall be implemented in accordance with judgement on LPA – 76 of 2020, till that time OM No. V- 14/11/5/2018/Med.1 (SST) dated 18.08.2020is in force.

1.10 ऐसा हो सकता है कि एक बीमाकृत व्यक्ति क.रा.बी.योजना की व्याप्ति से बाहर हो जाए और चिकित्सा हितलाभ और उपचार प्राप्त करते हुए क.रा.बी.योजना के अंतर्गत चिकित्सा हितलाभ प्राप्त करने के लिए अयोग्य हो जाए। ऐसे मामलों में, साध्य बीमारियों के संबंध में, वह बीमारी की समाप्ति की अवधि तक चिकित्सा देखभाल और उपचार के हकदार बना रहेगा। नियंत्रणीय रोगों के लिए, यदि रोगी व्याप्ति से बाहर होने के समय विकट स्थिति में हो, केवल तभी उपचार तब तक जारी रखा जा सकता है जब तक कि उसकी स्थिति सामान्य न हो जाए।

2. औषधालयों से क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल में अभिनिर्देशन

- 2.1 बीमाकृत व्यक्ति के पास अपनी विशिष्ट आवश्यकताओं के आधार पर अपने लिए अलग मूल औषधालय और परिवार के लिए किसी अन्य औषधालय का चयन करने का विकल्प होगा। औषधालय रोगियों की देखभाल और चिकित्सा सेवाएं प्रदान करने के लिए उत्तरदायी होगा।
- 2.2 धन्वंतरी मॉड्यूल के माध्यम से पूरे भारत में सभी क.रा.बी. औषधालयों/औषधालय-सह-शाखा कार्यालयों में बीमाकृत व्यक्ति और उनके परिवार के लिए “कहीं भी, कभी भी” सेवा उपलब्ध होनी चाहिए। (सं. यू-13/14/एसओएम/एटीआर/38/21-चि.-I दिनांक 09.09.2022) और (सं. यू-11/14/5/2015-चि. (नई सेवाएं) दिनांक 27.10.2016)
- 2.3 यदि लाभार्थियों को अभिनिर्देशन की आवश्यकता होती है, तो उन्हें नियमित मामलों में मूल रूप से संबद्ध क.रा.बी. अस्पताल में भेजा जा सकता है।
- 2.4 तथापि, आपातकालीन स्थिति में किसी भी क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल में अभिनिर्देशित किया जा सकता है, जहां वांछित सुविधा उपलब्ध है।
- 2.5 यदि क.रा.बी.निगम या क.रा.बी.योजना अस्पताल में जांच करने पर यह निष्कर्ष निकाला जाता है कि रोगी को अति विशिष्टता उपचार के लिए अभिनिर्देशन की आवश्यकता है, तो क.रा.बी.निगम या क.रा.बी.योजना अस्पताल निर्धारित प्रक्रिया का पालन करते हुए रोगी को अभिनिर्देशित करेगा। इस प्रकार, सामान्य परिस्थितियों में, एक रोगी को उस क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल से अति विशिष्टता उपचार के लिए अभिनिर्देशित किया जाएगा, जिससे उसका मूल औषधालय जुड़ा हुआ है। आपातकालीन स्थितियों में, अति विशिष्टता उपचार के लिए अभिनिर्देशन उस क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल द्वारा किया जाएगा जहां रोगी इलाज के लिए गया है।
- 2.6 क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना द्वारा अभिनिर्देशित रोगियों के संबंध में अति विशिष्टता उपचार बिलों का भुगतान क.रा.बी.निगम (मौजूदा दिशानिर्देशों के अनुसार) द्वारा किया जाएगा। दूसरे राज्य में पंजीकृत बीमाकृत व्यक्ति के द्वितीयक चिकित्सा देखभाल अभिनिर्देशन पर राज्यों द्वारा किए गए व्यय को उपचार करने वाले राज्य के क्षेत्रीय कार्यालय द्वारा समायोजित किया जाएगा और खाते में भुगतान के माध्यम से इनका निपटान किया जाएगा।
- 2.7 यदि कोई रोगी ऐसे क.रा.बी.निगम अस्पताल (केवल जहां द्वितीयक अभिनिर्देशन की पहले ही अनुमति दी जा चुकी है)/क.रा.बी.योजना अस्पताल में पहुँचता है, जहां आवश्यक द्वितीयक चिकित्सा देखभाल की सुविधा उपलब्ध नहीं है, तो उसे द्वितीयक चिकित्सा उपचार के लिए इस उद्देश्य से नामिकागत अस्पताल में अभिनिर्देशित किया जा सकता है। भुगतान का निपटान अभिनिर्देशन करने वाले प्राधिकारी द्वारा किया जाएगा। (सं.यू-13/14/एटीआर/क.रा.बी.निगम/38/2021/01 185वीं निगम बैठक, दिनांक 11/11/2021)
- 2.8 यदि बीमाकृत व्यक्ति का परिवार गैर-अधिसूचित क्षेत्र में रह रहा है, तो परिवार के उपचार बिलों की प्रतिपूर्ति केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना (सी जी एच एस) की दरों के अनुसार बीमाकृत व्यक्ति के मूल औषधालय द्वारा की जाएगी।

3. अति विशिष्टता उपचार के लिए गैर-आपातकालीन मामलों में अभिनिर्देशन की प्रक्रिया

- 3.1 निर्दिष्ट नैदानिक मार्ग (यदि संभव हो) या इस संबंध में निर्दिष्ट दिशानिर्देशों/मानक प्रचालन प्रक्रिया का पालन करते हुए रोगी को चिकित्सा अधिकारी (स्नातकोत्तर योग्यता के साथ संकाय/विशेषज्ञ/चिकित्सा अधिकारी) या प्रशासन द्वारा प्राधिकृत चिकित्सक द्वारा अभिनिर्देशन के लिए निम्नानुसार अनुशासित किया जाना चाहिए (संख्या यू-16/47/3/2022/ची.II/राज (23552) दिनांक 28.04.2023)।
 - i. आंतरिक उपलब्ध न होने वाली सेवाओं के लिए सेवाओं की उपलब्धता के अनुसार द्वितीयक चिकित्सा उपचार/अति विशिष्टता उपचार वाले रोगियों का अन्य क.रा.बी.अस्पताल/क.रा.बी.निगम चिकित्सा महाविद्यालय में अभिनिर्देशन किया जाता है।
 - ii. यदि क.रा.बी.निगम अस्पताल/चिकित्सा महाविद्यालय में सेवाएं उपलब्ध नहीं हैं, तो द्वितीयक देखभाल/अति विशिष्टता उपचार के मामलों को अन्य सरकारी संस्थाओं जैसे एम्स, पीजीआई आदि को भेजा जाए।
 - iii. टाइ-अप अस्पतालों के लिए अभिनिर्देशन कम से कम किया जाना चाहिए और इसे अंतिम उपाय के रूप में प्रयोग किया जाना चाहिए।
 - iv. इस बीच, लागू मानदंडों के अनुसार प्रत्येक अस्पताल में आंतरिक चिकित्सा सेवाओं को विकसित और संचालित करें ताकि अभिनिर्देशन को न्यूनतम किया जा सके।

- 1.10 It may happen that an insured person goes out of coverage of the ESI scheme and becomes ineligible to receive medical benefit under the ESI scheme, while receiving medical care and treatment. In such cases, in respect of curable diseases, he/she would continue to be entitled to medical care and treatment till that spell of sickness ends. For controllable diseases, only if the patient is in acute phase at the time of going out of coverage, the treatment can be continued till he is stabilized.

2. Referral from Dispensary to ESIC/ ESIS hospital

- 2.1 The IP shall have the option to select separate parent dispensary for himself and another one for the family, based on their specific needs. The dispensary should be responsible for attending to patients and providing medical services.
- 2.2 “Kahin bhi, kabhi bhi” should be available to IP and family in all ESI dispensaries/DC-BOs across India through Dhanvantri module. (No. U-13 /14/SOM/ATR/38/21 Med-I dated 09.09.2022) and (No. U-11/14/5/2015-Med (new Services) dt 27.10.2016)
- 2.3 Beneficiaries if require referral can be sent to originally attached ESI hospital in routine cases.
- 2.4 However, in cases of emergency the referral can be extended to any ESIC/ESIS hospital where the desired facility is available.
- 2.5 If on examination at an ESIC or ESIS hospital, it is concluded that the patient requires referral for SST, the ESIC or ESIS hospital will refer the patient following prescribed procedure. As such, in normal circumstances, a patient would be referred for SST from the ESIC/ESIS hospital to which his/her parent dispensary is attached. In emergent situations, the referral for SST would be made by the ESIC/ESIS hospital where the patient has gone for treatment.
- 2.6 The bill of SST in respect of patients referred either by ESIC/ ESIS shall be paid by the ESIC (as per existing guidelines). Expenditure incurred by states on secondary care referrals of the IPs registered in another state shall be adjusted by regional office of the treating state and settled through on account payment
- 2.7 If a patient presents himself at an ESIC hospital (only where secondary referrals have already been permitted)/ESIS hospital where the required secondary care facility is not available, he/she may be referred for secondary care to tie-up hospital empanelled for the purpose. The payment shall be settled by the referring authority. (No.U-13/14/ATR/ESIC/38/2021/01 185th Corporation meeting dated 11/11/2021)
- 2.8 In case the family of IP is residing in a non-notified area, reimbursement of treatment bills of family shall be settled by the parent dispensary of the IP as per CGHS rates.

3. Procedure for referral of non-emergency cases for Super Specialty Treatment

- 3.1 The patient should be recommended for referral by the medical officer (faculty/ specialist/medical officer with postgraduate qualification) or a doctor authorised by administration, after following specified clinical pathway (if feasible) or by adhering to the specified guidelines/SOP in this regard as below (No. U-16/47/3/2022/Med. II/Raj(23552) dated 28.04.2023).
 - i. For the Services not available in-house, referral of secondary care/SST patients to other ESI Hospital/ESIC Medical college as per availability of services.
 - ii. If services are not available in ESIC Hospital / Medical College, then the secondary care/SST cases may be referred to other Government Institutions like AIIMS, PGI etc.
 - iii. Referral to tie-up hospitals should be minimized and resorted to as last resort
 - iv. Meanwhile, develop and operationalize in-house medical services in each hospital as per norms applicable so as to minimize referrals.

टाइ-अप अस्पतालों में अभिनिर्देशन की प्रक्रिया (यदि अपेक्षित हो) :

- 3.2 निदान की पुष्टि के बाद, विशेषज्ञ या चिकित्सा अधिकारी ऑनलाइन पी-1 प्रपत्र सृजित करेंगे, जिसमें निदान, रोग कूट और लागू केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना कूट का उल्लेख अनिवार्य रूप से शामिल हो।
- 3.3 अभिनिर्देशन अनुभाग में अपनायी जाने वाली प्रक्रिया
 - 3.3.1. क.रा.बी. अस्पतालों के अभिनिर्देशन अनुभाग रोगी की सुविधा के लिए अस्पताल के अभिनिर्देशन अनुभाग के एक प्रमुख स्थान पर रोगियों द्वारा प्रस्तुत किए जाने वाले अपेक्षित दस्तावेजों की सूची स्पष्ट रूप से प्रदर्शित करेंगे। इसके अतिरिक्त, सुगम उपलब्धता के लिए अस्पताल की वेबसाइट पर भी यह सूची उपलब्ध करवायी जानी चाहिए।
 - 3.3.2. अभिनिर्देशित रोगियों के अति विशिष्टता उपचार के लिए पात्रता की स्थिति की जांच बीमाकृत व्यक्ति पोर्टल पर अभिनिर्देशन अनुभाग द्वारा की जाएगी। अभिनिर्देशन अनुभाग द्वारा लाभार्थी के आधार प्रमाणपत्र को भी सत्यापित किया जाना चाहिए और यदि लाभार्थी का आधार नहीं जोड़ा गया है तो लाभार्थी को आधार जोड़ने के लिए सूचित किया जाना चाहिए। तथापि, आधार सत्यापन के अभाव में अभिनिर्देशन प्रक्रिया में विलंब नहीं होना चाहिए।
 - 3.3.3. अभिनिर्देशन अनुभाग द्वारा संलग्नक-I में सूचीबद्ध सभी दस्तावेजों का सत्यापन किया जाएगा।
 - 3.3.4. अभिनिर्देशन की जांच संकायाध्यक्ष/चिकित्सा अधीक्षक द्वारा गठित एक अभिनिर्देशन समिति द्वारा की जानी चाहिए, जिसमें अध्यक्ष के रूप में उप चिकित्सा अधीक्षक/वरिष्ठ चिकित्सक और संकाय अध्यक्ष/चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्राधिकृत न्यूनतम दो अतिरिक्त नियमित चिकित्सक शामिल होंगे। यह समिति उन सेवाओं के आधार पर अभिनिर्देशन की आवश्यकता का आकलन करेगी जो अस्पताल में उपलब्ध नहीं हैं।
रोगियों को केवल केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना संग्रह में सूचीबद्ध विशिष्ट उपचार के लिए ही अभिनिर्देशित किया जाना चाहिए, जिसमें आवश्यक प्रक्रिया और उपचार के लिए संबंधित कूट संख्या का स्पष्ट उल्लेख किया गया हो। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि रोगियों को केवल उन उपचारों के लिए अभिनिर्देशित किया जाना चाहिए जो अस्पताल में उपलब्ध नहीं हैं।
 - 3.3.5. समिति द्वारा रोगी को टाइ-अप अस्पताल में अभिनिर्देशित करने का निर्णय लेने के बाद, अध्यक्ष सहित समिति के सभी सदस्य अभिनिर्देशन प्रोफार्मा पर हस्ताक्षर करेंगे और किसी भी संभावित दुरुपयोग को रोकने के लिए अपनी मुहर लगाएंगे।
 - 3.3.6. अभिनिर्देशन पत्र बिना किसी देरी के रोगी/परिचारक को सौंप दिया जाएगा। (संख्या यू-16/30/649/2020-एसए-सटी दिनांक 8.8.22)
 - 3.3.7. अभिनिर्देशन पत्र की वैधता अंतरा-राज्यीय अभिनिर्देशन के लिए सात दिन और अंतर-राज्यीय अभिनिर्देशन के लिए दस दिन है। (यू-16/30/534/15-प्रो.सेल 1 (एसएसटी) यूटीआइ इंटि.(20 एफ) दिनांक 28/09/2020)
 - 3.3.8. लाभार्थी नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों की सूची में से अपनी पसंद के अस्पताल/नैदानिक केंद्र का चयन करते हैं।
- 3.4. पी-1 प्रपत्र में नए परिवर्तन (उपर्युक्त 3.3.8 के संदर्भ में)
 - 3.4.1. उन सभी नामिकागत केंद्रों के नाम, जहां अपेक्षित विशिष्टता/उपचार प्रक्रिया उपलब्ध है, पी-1 प्रपत्र पर मुद्रित किए जाएंगे।
 - 3.4.2. रोगी अपनी पसंद के अनुसार नामिकागत केंद्रों में से किसी को भी चुनने के लिए स्वतंत्र होगा।
 - 3.4.3. यदि कोई नामिकागत केंद्र अभिनिर्देशन पत्र में उल्लिखित अपेक्षित सुविधा प्रदान करने से इनकार करता है, तो रोगी पी-1 प्रपत्र में नामिकागत किसी भी अन्य नामिकागत केंद्र से संपर्क करने के लिए स्वतंत्र है।
 - 3.4.4. समय-समय पर एचआइएस में नामिकागत केंद्रों की एक विशिष्टता/उपचार/प्रक्रिया/जांच-वार अद्यतन सूची शामिल की जाएगी।
 - 3.4.5. रोगी के अभिनिर्देशन के लिए सृजित बि.प्र.एजेंसी दावा, पी-1 प्रपत्र में नामिकागत सभी नामिकागत केंद्रों के लिए मान्य होना चाहिए। एक बार जब रोगी अपनी पसंद के नामिकागत केंद्र में पहुँचता है, तो रोगी/परिचारक के मोबाइल पर प्राप्त ओटीपी आधारित सत्यापन के बाद पहले उत्पन्न दावा पहचान को प्रीज कर दिया जाएगा और बि.प्र.एजेंसी पोर्टल पर दावा पहचान बनाने की प्रक्रिया पूरी हो जाएगी।
 - 3.4.6. ओटीपी प्राप्त करने के लिए पी-1 प्रपत्र के सृजन के समय रोगी/परिचारक को मोबाइल संख्या दर्ज करने की व्यवस्था उपलब्ध करवाई जाएगी।

Procedure for referral to tie-up hospitals (if required):

- 3.2 After confirming the diagnosis, the specialist or medical officer should generate the P1 Form online, including the mention of the diagnosis, disease code, and applicable CGHS code as mandatory requirements.
- 3.3 The procedure to be adopted in referral section
 - 3.3.1 The referral section of the ESI hospitals shall display clearly the list of documents required to be submitted by patients at a prominent location of referral section of the hospital for patient's convenience. Additionally, the same list should be made available on the hospital's website for easy access.
 - 3.3.2 The entitlement status for SST of the referred patients shall be checked by referral section on IP portal. The Aadhaar credentials of the beneficiary also to be verified by the referral section and in the event that Aadhaar has not been seeded for the beneficiary then the beneficiary should be informed to get the seeding done. However, the referral process is not to be delayed for want of Aadhaar verification.
 - 3.3.3 All the documents shall be verified by the referral section as listed in Annexure-I.
 - 3.3.4 The referral should be examined by a Referral Committee constituted by Dean/ Medical Superintendent, comprising the DMS/ Senior doctor as Chairperson and minimum two additional regular doctors authorised by the Dean/ Medical Superintendent. This committee shall assess the necessity of the referral based on services that are not available in the hospital. Patients should only be referred for specific treatment listed in CGHS compendium, clearly mentioning the required procedure, and the corresponding code number for the treatment. It is important to note that the patients should only be referred for treatment that are not available within the hospital.
 - 3.3.5 After the committee has made the decision to refer the patient to a tie-up hospital, all committee members, including the, Chairperson will sign the referral proforma and affix their respective stamps to prevent any potential misuse.
 - 3.3.6 The referral letter shall be handed over to the patient/ attendant without any delay.(No. U-16/ 30/649/ 2020-SST dated 8.8.22)
 - 3.3.7 Validity of the referral letter is seven days for intra-State referral and ten days for Inter-State referral. (U-16/ 30/534/15-Pro.Cel I(SST)UTI Integ. (20f) dated 28/09/2020).
 - 3.3.8 The beneficiary selects the hospital/diagnostic centre of their choice from the list of empanelled hospitals/diagnostic centres.
- 3.4 New Changes in P1 form(in context to 3.3. 8 above)
 - 3.4.1 Name of all the empanelled centres where the requisite speciality/treatment procedure is available shall be printed on the P1 form.
 - 3.4.2 Patient will be free to choose any of the listed centres as per his/her choice.
 - 3.4.3 In case any empanelled centre refuses to provide the requisite facility as mentioned in the referral letter, patient is free to approach any other empanelled centre listed in the P1 form.
 - 3.4.4 A speciality/ treatment/ procedure/ investigation wise updated list of empanelled centres shall be incorporated in the HIS from time to time.
 - 3.4.5 BPA claim generated for the patient referral should be valid for all the empanelled centres listed in the P1 form. Once patient reaches his choice of empanelled centre, the claim ID generated earlier will be frozen after OTP based verification received on patient/attendant mobile and the process of generation of claim ID on BPA portal will be completed.
 - 3.4.6 Provision for entering mobile number shall be given to patient/attendant at the time of generation of P1 form to receive the OTP.

- 3.4.7. अभिनिर्देशन प्रपत्र पर यह मुद्रित किया जाना चाहिए कि अभिनिर्देशन नकद रहित उपचार/जांच के लिए है।
- 3.4.8. वैधता समाप्त होने के बाद अभिनिर्देशन पत्र सिस्टम के माध्यम से स्वतः रद्द हो जाएगा।
- 3.4.9. यदि किसी तकनीकी त्रुटि के कारण, पी-1 प्रपत्र रखने वाले रोगी को टाइ-अप केंद्र पर आवश्यक ओटीपी प्राप्त नहीं होता है, या कोई अन्य तकनीकी गड़बड़ी होती है, तो ऐसे मामलों में टाइ-अप अस्पताल भर्ती करने से इनकार नहीं कर सकता है। इस तरह के रोगी के भर्ती की पुष्टि संबंधित प्राधिकारी से जल्द से जल्द प्राप्त की जाएगी।

4. आपातकालीन स्थिति में अभिनिर्देशन की प्रक्रिया

- 4.1. यदि कोई रोगी क.रा.बी.निगम अस्पताल के आपातकालीन विभाग में सामान्य कामकाजी घंटों के बाद आता है, तो ऐसे मामलों में आपातकालीन ड्यूटी पर तैनात चिकित्सक आकलन करेंगे और यदि आवश्यक हो, तो पी 1 प्रपत्र ऑनलाइन सृजित करके एक विस्तृत नैदानिक नोट के साथ रोगी को उपचार के लिए अभिनिर्देशित कर सकते हैं।
- 4.2. टाइ-अप केंद्र में अभिनिर्देशित करने से पहले विभाग के विशेषज्ञ/वरिष्ठ चिकित्सक से परामर्श किया जाना चाहिए।
- 4.3. टाइ-अप अस्पताल द्वारा बिल प्रक्रमण एजेंसी (बीपीए) का दावा रोगी के लिए पी-1 प्रपत्र में दी गई जानकारी के आधार पर तैयार किया जाएगा। इसे अगले कार्य दिवस पर अभिनिर्देशन समिति द्वारा अनुमोदित किया जाएगा।
- 4.4. यदि आवश्यक हो तो चिकित्सा अधीक्षक सत्यापन के लिए एक चिकित्सक या चिकित्सकों के एक दल को टाइ-अप अस्पताल भेजने का निर्णय ले सकते हैं।

5. सीधे भर्ती की प्रक्रिया

- 5.1 टाइ-अप अस्पताल नकदरहित अतिविशिष्ट उपचार हेतु आपात स्थिति में सीधे भर्ती की मंजूरी के लिए क्षेत्रीय निदेशक/निदेशालय (चिकित्सा) दिल्ली या निदेशालय (चिकित्सा) नोएडा से संपर्क करेगा।
- 5.2 निदेशालय (चिकित्सा) दिल्ली तब नजदीकी क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा अधिकारी के साथ पहचान और उपचार प्रोटोकॉल को सत्यापित करेगा और तदनुसार अनुमोदन प्रदान करेगा।

6. टाइ-अप अस्पतालों के लिए निदेश/अनुदेश

- 6.1 टाइ-अप अस्पताल क.रा.बी. अस्पतालों द्वारा जारी अभिनिर्देशन पत्र को स्वीकार करेंगे और प्राथमिकता के आधार पर चिकित्सा देखभाल प्रदान करेंगे। टाइ-अप अस्पताल अभिनिर्देशन पत्र में निर्दिष्ट चिकित्सा देखभाल प्रदान करेंगे; अभिनिर्देशन पत्र में उल्लेख नहीं किए गए उपचार/प्रक्रिया/जांच के लिए टाइ-अप अस्पतालों को कोई भुगतान नहीं किया जाएगा। रोगी को जिसके लिए अभिनिर्देशित किया गया था, उसका प्रबंधन करने के लिए यदि टाइ-अप अस्पतालों को कोई अतिरिक्त उपचार/प्रक्रिया/जांच करने की आवश्यकता महसूस होती है, तो इसके लिए अभिनिर्देशित करने वाले अस्पताल से ऑनलाइन माध्यम से अनुमति अनिवार्य रूप से अपेक्षित है। टाइ-अप अस्पताल कर्मचारी राज्य बीमा प्रणाली द्वारा किसी भी उपचार/प्रक्रिया/जांच के लिए भेजे गए रोगी/परिचारक से कोई पैसे नहीं लेंगे।
- 6.2 रोगी के उपचार के दौरान प्रयोग की जाने वाली सभी दवाएं/ड्रेसिंग जिसकी प्रतिपूर्ति अपेक्षित है, जेनेरिक प्रकृति के होने चाहिए। टाइ-अप अस्पताल द्वारा प्रयोग की जाने वाली प्रतिपूर्ति की अपेक्षा वाली सभी दवाएं/ड्रेसिंग एफडीए/आइपी/बीपी/यूएसपी फार्माकोपिया या महानिदेशक क.रा.बी.निगम दर संविदा के अंतर्गत अनुमोदित होनी चाहिए। इनमें से किसी भी फार्माकोपिया के अंतर्गत व्याप्त नहीं की गई किसी भी दवा/ड्रेसिंग की प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी। पूरक खाद्य (फूड सप्लीमेंट) की प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी।
- 6.3 टाइ-अप अस्पताल रोगी की छुट्टी होने के सात दिनों के भीतर प्रक्रिया के अनुसार बिल प्रक्रमण एजेंसी (बीपीए) की ऑनलाइन प्रणाली पर बिल सृजित करेंगे।
- 6.4 अतिविशिष्ट उपचार/द्वितीयक चिकित्सा उपचार के बाद रोगी को छुट्टी देने समय निर्धारित दवाइयाँ टाइ-अप अस्पताल द्वारा सात दिनों के लिए जारी की जाएंगी, जिसके लिए टाइ-अप अस्पताल दावा किए गए बिल में रुपये 2000/- प्रति रोगी या

- 3.4.7 It should be printed on referral form that the referral is for cashless treatment/investigations.
- 3.4.8 After expiry of validity the referral letter shall get auto-cancelled through the system itself.
- 3.4.9 If due to any technical error, a patient having signed P1 form does not receive the required OTP at tie-up centre, or there is any other technical glitch, in such cases the tie-up hospital cannot refuse admission. Confirmation of such admission shall be obtained from the concerned authority at the earliest.

4. Procedure of referrals in Emergency cases

- 4.1 If a patient comes to the emergency department of ESI Hospital outside normal working hours in such cases emergency duty doctor shall assess and if required, may refer the patient for treatment along with a detailed clinical note by generating P1 Form online.
- 4.2 Department specialist/Senior doctor should be consulted before referring to the tie-up centre.
- 4.3 The Bill Processing Agency (BPA) claim shall be generated by the tie-up hospital based upon information provided in the P1 form, for the patient. The same shall be approved by the referral committee on the next working day.
- 4.4 MS may decide to send a doctor or a team of doctors to the tie up hospital for verification if necessary.

5. Procedure for Direct Admissions

- 5.1 The tie-up hospital shall approach the Regional Director (RD)/D(M)D or D(M)N for approval of direct admission in emergencies for cashless treatment for Super speciality
- 5.2 RD/ DMD shall then verify the identity and treatment protocol with the nearby ESI hospital/SMO (State Medical Officer) and grant approval accordingly.

6. Directions/ instructions for Tie-up Hospitals

- 6.1 The tie-up hospital shall honour the referral letter issued by ESI hospitals and shall provide medical care on priority basis. The tie-up hospital shall provide medical care as specified in the referral letter; no payment shall be made to tie-up hospitals for treatment/ procedure/ investigation which are not mentioned in the referral letter. If the tie-up hospitals, feel necessity of carrying out any additional treatment/ procedure/ investigation in order to carry out the management for which patient was referred, the permission for the same is essentially required from the referring hospital through online.

The tie-up hospitals shall not charge any money from the patient/ attendant referred by ESI System for any treatment/ procedure/investigation carried out.

- 6.2 All the drugs/dressings used during the treatment of the patient requiring reimbursement should be of generic in nature. All the drugs/dressings used by the tie-up hospital requiring reimbursement should be approved under FDA/IP/BP/ USP pharmacopeia or DG ESIC Rate Contract. Any drug/ dressings not covered under any of these pharmacopoeias will not be reimbursed. Food supplement will not be reimbursed.
- 6.3 The tie-up hospitals shall raise the bills on the online system of Bill Processing agency (BPA) as per the procedure within 7 days of discharge of patient.
- 6.4 The drugs prescribed at the time of discharge of the patient after SST/ secondary care treatment shall be issued by tie-up hospital for seven days for which the

वास्तविक लागत, जो भी कम हो, का दावा कर सकता है। इसके बाद सभी दवाएं क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना प्रणाली द्वारा जारी की जाएंगी।

- 6.5 अभिनिर्देशित अस्पताल को रोगी की छुट्टी के समय बिल सृजित करना होगा और इसे रोगी/परिचारक के मोबाइल संख्या के साथ रोगी/परिचारक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित करवाना होगा और इसे अन्य दस्तावेजों के साथ बि.प्र.एजेंसी पोर्टल पर अपलोड करना होगा।

7. बिलों का प्रक्रमण और भुगतान

- 7.1 सभी बिलों को ईआरपी मॉड्यूल के माध्यम से प्रक्रमित और भुगतान किया जाना चाहिए।
- 7.2 निदेशालय बीमा चिकित्सा सेवाएं/क्षेत्रीय निदेशक/राज्य चिकित्सा अधिकारी/क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पतालों के चिकित्सा अधीक्षक अपने कार्यालयों में बिलों की जांच की बारीकी से निगरानी करेंगे और आवश्यकतानुसार सुधारात्मक कार्रवाई करेंगे।
- 7.3 यदि बीमाकृत व्यक्ति किसी अन्य राज्य में काम कर रहा है और परिवार एक अलग राज्य में है, तो बीमाकृत व्यक्ति के परिवार के द्वितीयक चिकित्सा देखभाल बिलों का भुगतान अभिनिर्देशित करने वाले राज्य द्वारा किया जाएगा और समायोजन, यदि अपेक्षित हो, तो अभिनिर्देशित करने वाले राज्य के निदेशालय बीमा चिकित्सा सेवाएं द्वारा अपने राज्य के क्षेत्रीय निदेशक के माध्यम से खाते में भुगतान समायोजन के लिए उस राज्य के निदेशालय बीमा चिकित्सा सेवाएं को भेजा जाएगा जहां बीमाकृत व्यक्ति अंशदान का भुगतान कर रहा है।
- 7.4 अति विशिष्टता उपचार की मांग करने वाले रोगियों को एक विशिष्ट प्रक्रिया के लिए अभिनिर्देशित किया जाता है। कभी-कभी, जिन अस्पतालों के साथ हमारा टाइ-अप होता है, वे अन्य प्रक्रियाएं कर सकते हैं जो शुरू में अभिनिर्देशित प्रक्रिया से सीधे संबंधित हो भी सकती हैं या नहीं भी हो सकती हैं। ऐसे मामलों में जहां अतिरिक्त प्रक्रियाएं आवश्यक हैं, संबंधित क.रा.बी.अस्पताल से उचित अनुमोदन प्राप्त करना अनिवार्य है। इसलिए, हमें टाइ-अप बिलों के लिए भुगतान केवल तभी करना चाहिए जब प्रक्रियाओं को क.रा.बी.अस्पताल द्वारा या तो शुरू में या बाद में अनुमोदित अतिरिक्त प्रक्रियाओं के रूप में अभिनिर्देशित किया गया हो।
- 7.5 ऑनलाइन बिलों के प्रक्रमण के लिए टाइ-अप अस्पताल द्वारा प्रतिवर्तन काल (टीएटी) और प्रथम आवक प्रथम जावक (एफआइएफओ) का पालन किया जाना चाहिए।

8. अभिनिर्देशन मामलों की मासिक समीक्षा और अभिनिर्देशन की लेखापरीक्षा (संलग्नक-VI और VII)

- 8.1 अभिनिर्देशन की अत्यधिक संख्या को रोकने के लिए, अभिनिर्देशन समीक्षा समिति द्वारा सभी अभिनिर्देशन की मासिक समीक्षा की जाएगी। समिति अभिनिर्देशन का विश्लेषण करेगी और क.रा.बी.निगम मुख्यालय को एक रिपोर्ट प्रदान करेगी। रिपोर्ट निर्धारित एक्सेल संरूप में होनी चाहिए और इलेक्ट्रॉनिक रूप से मुख्यालय को भेजी जानी चाहिए। समिति समीक्षा प्रक्रिया के दौरान तीन प्रमुख मुद्दों पर ध्यान केंद्रित करेगी: (i) अभिनिर्देशन की आवश्यकता, (ii) निर्धारित प्रक्रियाओं का अनुपालन और (iii) अभिनिर्देशन पैटर्न की निगरानी। इन तीन महत्वपूर्ण मुद्दों पर कार्रवाई करके, अभिनिर्देशन समीक्षा समिति का उद्देश्य अभिनिर्देशन के लिए अस्पतालों के चयन में किसी भी संभावित पूर्वाग्रह या असंतुलन से बचते हुए एक संतुलित और कुशल अभिनिर्देशन प्रणाली बनाए रखना है। मुख्यालय में इलेक्ट्रॉनिक निगरानी प्रभावी निरीक्षण की सुविधा प्रदान करती है और यदि आवश्यक हो तो समय पर हस्तक्षेप करने में सक्षम बनाती है।
- 8.2 चिकित्सा अधीक्षक/संकाय अध्यक्ष द्वारा गठित समिति में प्रशासन से एक वरिष्ठ अधिकारी, संबंधित विशेषज्ञों में से एक चिकित्सक सहित दो विशेषज्ञ/वरिष्ठ चिकित्सक होंगे।
- 8.3 दावा और निपटान समिति - बिल प्रक्रमण की निगरानी के लिए चिकित्सा अधीक्षक/संकाय अध्यक्ष/क्षेत्रीय निदेशक द्वारा गठित एक समिति, जिसमें प्रशासन के एक वरिष्ठ अधिकारी, एक वरिष्ठ चिकित्सक और एक वित्त अधिकारी शामिल हैं, संलग्नक VII में दिए गए संरूप के अनुसार प्राप्त बिलों, निपटाए गए बिलों और लंबित बिलों की त्रैमासिक लेखापरीक्षा करेंगे।
- 8.4 क.रा.बी.निगम का चिकित्सा सतर्कता अधिकारी क.रा.बी.निगम अस्पतालों द्वारा किए गए अभिनिर्देशन की 5-10% की यादृच्छिक जांच करेगा। संबंधित राज्य क.रा.बी.योजना अस्पतालों और औषधालयों द्वारा किए गए अभिनिर्देशन की लेखापरीक्षा करने के लिए इसी तरह की प्रणाली लागू करने पर विचार कर सकते हैं।

tie-up hospital can claim Rs. 2000/- or actual cost per patient, whichever is less, in the claimed bill. Thereafter all the medicines shall be issued by the ESIC/ESIS system.

- 6.5 The referral hospital has to raise the bill at the time of discharge and get it countersigned by the Patient/attendant along with the mobile number of the Patient/attendant and upload it along with other documents on the BPA Portal.

7. Processing and payment of Bills

- 7.1 All the bills should be processed and paid through ERP module.
- 7.2 The DIMS/ RD/ SMO/ MS of ESIC/ESIS hospitals shall closely monitor the scrutiny of the bills in their offices and take corrective actions as and when required.
- 7.3 If the IP is working in different State and family is in a different State then payment of secondary care bills of the IP family shall be made by the referring State and adjustment may, if felt necessary, shall be sent by the DIMS of the referring State to the DIMS of the State where IP is paying contribution through their RDs for on account adjustment.
- 7.4 Patients seeking Super Specialty Treatment are referred for a specific procedure. Occasionally, the hospitals with which we have a tie-up may perform other procedures that may or may not be directly related to the initially referred procedure. In cases where additional procedures are necessary, it is mandatory to obtain proper approval from the ESI hospital involved. Therefore, we should only make payments for tie-up bills if the procedures are referred by the ESI hospital, either initially or as subsequently approved additional procedures.
- 7.5 Turn Around Time (TAT) and First-In First-Out (FIFO) to be followed by Tie- up hospital for processing of online bills.

8 Monthly Review of Referral Cases and Audit of Referrals (Annexure-VI&VII)

- 8.1 In order to prevent an excessive number of referrals, a monthly review of all referrals will be conducted by the Reference Review Committee. The committee will analyse the referrals and provide a report to the ESIC HQRS. The report should be in the prescribed excel format and sent to the HQ electronically. The committee will focus on three key issues during the review process (i) The necessity of referral, (ii) Compliance with prescribed procedures and (iii) Monitoring of referral patterns.
By addressing these three important issues, the Reference Review Committee aims to maintain a balanced and efficient referral system while avoiding any potential biases or imbalances in the selection of hospitals for referrals. The electronic monitoring at the headquarters facilitates effective oversight and enables timely interventions if necessary.
- 8.2 The committee shall be constituted by Medical Superintendent /Dean shall have one Senior officer from Administration, two Specialists/ Senior Doctors including one doctor from concerned specialists.
- 8.3 Claims and Settlement Committee - For the monitoring of bill processing a committee constituted by Medical Superintendent /Dean/RD, consisting of 1 Senior officer from Administration, 1 Senior Doctor and 1 Finance Officer shall do the quarterly audit of bill received, bill cleared and pending bills as per format provided at Annexure VII.
- 8.4 Medical Vigilance Officer of ESIC shall carry out random checks of 5-10% the referrals made by ESIC hospitals. The respective States may consider implementing a similar system to audit the referrals made by ESIS hospitals and dispensaries.
- 8.5 Audit and Expenditure Committee: Shall be constituted by sanctioning authority



- 8.5 लेखापरीक्षा एवं व्यय समिति: मंजूरी प्राधिकारी द्वारा गठित की जाएगी जिसमें स्थानीय वित्त से एक सदस्य सहित न्यूनतम तीन सदस्य होंगे। समिति विभिन्न विषयों के अंतर्गत व्यय की निगरानी करेगी और मंजूरी देने वाले प्राधिकारी को समय पर सलाह प्रदान करेगी। अभिनिर्देशित मामलों के मूल्यांकन के लिए प्रोफार्मा (संलग्नक-VII ख)।
- 8.6 उपर्युक्त के आधार पर विस्तृत विश्लेषण और कृत कार्रवाई, अभिनिर्देशन प्राधिकारी द्वारा की जानी चाहिए और मुख्यालय की लेखापरीक्षा और निरीक्षण इकाई को अप्रेषित की जानी चाहिए (संलग्नक VII ख)

9. कीमोथेरेपी दवाएं

- 9.1 जहां तक कीमोथेरेपी दवाओं का सवाल है, भारतीय फार्माकोपिया, ब्रिटिश फार्माकोपिया या यूएस फार्माकोपिया और महानिदेशक-क.रा.बी.निगम दर संविदा में उपलब्ध कैंसर रोधी दवाओं की ही प्रतिपूर्ति की जाएगी। जो दवाएं किसी भी मानक फार्माकोपिया में उपलब्ध नहीं हैं, उनकी प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी। जहां भी उपलब्ध हो केवल जेनेरिक दवाएं ही लिखी/दी जानी हैं।
- 9.2 इसे टाइ-अप अस्पताल के साथ सहमति ज्ञापन में विधिवत रूप से शामिल करने की आवश्यकता है। इसके अलावा, जहां तक संभव हो, कैंसर-रोधी दवाएं अभिनिर्देशन करने वाले क.रा.बी.निगम अस्पताल द्वारा जारी की जानी चाहिए।
- 9.3 क.रा.बी.निगम चिकित्सा महाविद्यालय और 100 या उससे अधिक बिस्तरों की क्षमता वाले क.रा.बी.निगम अस्पतालों से कीमोथेरेपी दवाओं की खरीद और दवा देने की आंतरिक व्यवस्था अपेक्षित है।
- 9.4 असाध्य रोगों के मामलों में, उपचार के लिए पात्रता शल्य-क्रिया, कीमोथेरेपी और रेडियोथेरेपी तक सीमित होगी। इनके अलावा किसी भी अतिरिक्त उपचार या प्रक्रिया के लिए संबंधित क.रा.बी.अस्पताल द्वारा इस उद्देश्य के लिए विधिवत रूप से गठित चिकित्सा बोर्ड को विशिष्ट अनुशंसा अपेक्षित होगी।

10. औषधालयों से टाइ-अप अस्पतालों में अनावश्यक अभिनिर्देशन की रोकथाम

- 10.1 औषधालय से टाइ-अप अस्पताल जो चिकित्सा उपचार/अति विशिष्टता उपचार (जहां भी ऐसा अभिनिर्देशन स्वीकार्य हो) के लिए अभिनिर्देशन की एक प्रति औषधालय प्रभारी निदेशालय बीमा चिकित्सा सेवाएं कार्यालय को इस प्रकार भेजेगा कि यह 24 घंटे के भीतर निदेशालय बीमा चिकित्सा सेवाएं कार्यालय पहुँच सके। इसे इलेक्ट्रॉनिक रूप से भेजना बेहतर है।
- 10.2 राज्य बि.प्र.एजेंसी के माध्यम से ऑनलाइन अभिनिर्देशन प्रणाली लागू करेंगे (जैसा कि प्रचलित क.रा.बी.निगम प्रणाली में है)
- 10.3 टाइ-अप अस्पताल संबंधित औषधालय से अभिनिर्देशन प्राप्त होने के 24 घंटे के भीतर अपेक्षित निदान और उपचार के साथ अभिनिर्देशन की स्कैन की गई प्रति निदेशालय बीमा चिकित्सा सेवाएं/क्षेत्रीय कार्यालय को ऑनलाइन भेजेगा।

11. लेखापरीक्षा और निरीक्षण इकाई

- 11.1 कर्मचारी राज्य बीमा निगम मुख्यालय में एक लेखापरीक्षा और निरीक्षण इकाई अन्य बातों के साथ-साथ निम्नलिखित कार्य करेगी - (i) टाइ-अप अस्पतालों के संबंध में अपवाद निगरानी, (ii) प्रबंधन सूचना प्रणाली, और (iii) टाइ-अप अस्पतालों के कार्य निष्पादन की समीक्षा।
- 11.2 एक त्रैमासिक रिपोर्ट तैयार की जानी है, जिसमें उपचार के लिए भेजे गए लाभार्थियों की संख्या के साथ अभिनिर्देशन पर किए गए खर्च तथा सभी क.रा.बी.निगम और क.रा.बी.योजना अस्पतालों के प्रति अभिनिर्देशित लाभार्थी औसत व्यय के संदर्भ में देश के शीर्ष 50 टाइ-अप अस्पतालों की सूची शामिल की जानी है।
- 11.3 पिछली तिमाही के आंकड़ों के आलोक में इसका विश्लेषण किया जाना चाहिए। इसके अतिरिक्त, टाइ-अप अस्पतालों की एक स्वतंत्र वार्षिक समीक्षा की जानी चाहिए और एक प्रदर्शन रिपोर्ट तैयार की जानी चाहिए और हर साल स्थायी समिति को प्रस्तुत की जानी चाहिए। प्रदर्शन की समीक्षा रिपोर्ट आगे के प्रदर्शन मूल्यांकन के लिए प्रमुख प्रदर्शन सूचकांकों को संशोधित करने के आधार के रूप में काम करेगी।

12. अति विशिष्टता उपचार बिलों की लेखापरीक्षा

- 12.1 वे सभी बिल जिनके लिए क्षेत्रीय निदेशक/संकाय अध्यक्ष/चिकित्सा अधीक्षक/निदेशालय (चिकित्सा) दिल्ली, क.रा.

comprising of a minimum of three members with one member from the local finance. The committee shall monitor expenditure under different disciplines and provide advice to the sanctioning authority timely. Performa for evaluation of Referred Cases (Annexure-VIIB)

- 8.6 Detail analysis and action taken based on the above, should be done by the referring authority and should be forwarded to the audit and inspection unit of Hqrs (Annexure-VIIB)

9. Chemotherapy Medicines

- 9.1 As far as Chemotherapy drugs are concerned, the anti-cancer drugs available in Indian Pharmacopeia, British Pharmacopeia or US Pharmacopeia and DG-ESIC Rate Contract, shall only be reimbursed. The drugs which are not available in any of the standard Pharmacopeia will not be reimbursed. Wherever available only generic medicines are to be prescribed / administered.
- 9.2 This needs to be duly incorporated in the MoU with the tie up hospital. Moreover, to the extent possible, anti-cancer medicine should be issued by the referring ESI Hospital.
- 9.3 ESIC Medical College and ESIC Hospitals with a capacity of 100 beds or more are required to procure and administer chemotherapy drugs in-house.
- 9.4 In cases of malignancy, eligibility for treatment shall be limited to surgery, chemotherapy, and radiotherapy. Any additional treatment or procedure beyond these shall require a specific recommendation by a Medical Board duly constituted for this purpose by the concerned ESI Hospital.

10. Prevention of unnecessary referrals from dispensaries to tie-up hospitals

- 10.1 For any referral from dispensary to tie up hospital for secondary care/SST (wherever such referral is admissible), the dispensary in-charge shall send a copy of the referral to DIMS Office so as to reach DIMS Office within 24 hours. It is preferable to send it electronically.
- 10.2 The states shall implement the online referral system through BPA (as in prevailing ESIC system)
- 10.3 The tie up hospital shall invariably send a scanned copy of the referral along with diagnosis and treatment required to DIMS/RO online within 24 hours of receipt of referral from the dispensary concerned.

11. Audit and Inspection Unit

- 11.1 An Audit and Inspection Unit at ESIC Headquarter would carry out, inter-alia, the following functions:-(i) Exception Monitoring regarding tie up hospitals, (ii) Management Information System, and (iii) Performance review of tie-up Hospitals.
- 11.2 A quarterly report is to be prepared listing top 50 tie-up hospitals in the country in terms of expenditure incurred on referrals, along with number of beneficiaries referred for treatment and average expenditure per referred beneficiary of all the ESIC and ESIS hospitals.
- 11.3 This should be analysed in the light of the previous quarter's data. Additionally, an independent annual review of tie-up hospitals should be conducted, and a performance report should be prepared and submitted to the Standing Committee every year. The performance review report will serve as the basis for revising key performance indices for further performance evaluation.

12. Audit of SST bills

- 12.1 All bills for which expenditure is sanctioned by the RD/Deans/MS/D(M)D, ESI

बी.निगम अस्पताल द्वारा व्यय स्वीकृत किया गया है, संबंधित कार्यालयों में रखे जाएंगे और व्यय की लेखापरीक्षा की जिम्मेदारी संबंधित वित्त अधिकारी की होगी।

- 12.2 चिकित्सा सतर्कता अधिकारी, क.रा.बी.निगम अस्पतालों में यादृच्छिक आधार पर अति विशिष्टता उपचार बिलों (5-10%) की कार्योत्तर लेखापरीक्षा करेगा।
- 12.3 चिकित्सा सतर्कता अधिकारी उपचाराधीन रोगियों की जांच करने के लिए औचक रूप से टाइ-अप अस्पताल का दौरा भी करेंगे।
- 12.4 राज्यों द्वारा बिलों की लेखापरीक्षा की इसी प्रकार की प्रणाली अपनायी जा सकती है।

13. द्वितीयक चिकित्सा देखरेख बिलों की लेखापरीक्षा

- 13.1 क.रा.बी.निगम अस्पतालों द्वारा किए गए द्वितीयक चिकित्सा देखरेख अभिनिर्देशन से संबंधित बिलों को छोड़कर सभी द्वितीयक चिकित्सा देखरेख बिलों को क.रा.बी.योजना के सक्षम प्राधिकारी द्वारा मंजूरी दी जाएगी।
- 13.2 मंजूरी देने वाला प्राधिकारी सभी बिलों को सुरक्षित अभिरक्षा में रखेगा और व्यय की लेखापरीक्षा की जिम्मेदारी संबंधित वित्त अधिकारी की होगी।
- 13.3 चिकित्सा सतर्कता अधिकारी, क.रा.बी.निगम चयनित क.रा.बी.निगम अस्पतालों द्वारा किए गए अभिनिर्देशन से संबंधित द्वितीयक चिकित्सा देखरेख बिलों की यादृच्छिक आधार पर कार्योत्तर लेखापरीक्षा करेगा।
- 13.4 राज्यों द्वारा बिलों की लेखापरीक्षा की इसी प्रकार की प्रणाली अपनायी जा सकती है।

14. अति विशिष्टता उपचार (एसएसटी) (यू-16/30/547/2015/प्रो. सेल (क.रा.बी.निगम अस्पतालों में अति विशिष्टता उपचार सेवाएं) खंड-II, दिनांक 19.11.2018) (दिनांक 11.11.2021 का परिपत्र सं. यू-16/30/547/2015/प्रो. सेल (एसएसटी)/क.रा.बी.निगम अस्पताल-पी-II में सेवाएँ दिनांक 30.09.2019), खंड यू-16/30/565/2015- प्रो. सेल (एसएसटी) भाग-III (टाइ-अप अस्पताल में संशोधन, दिनांक 01.11.2019) और यू-16/12/01/2018/ एजेंडा/रिपोर्टिंग मद-चि. II दिनांक 27.1.2020) के लिए नामिकायन।

- 14.1 टाइ-अप व्यवस्था के लिए रुचि की अभिव्यक्ति (ईओआइ) जारी करने से पहले, निविदा जारीकर्ता प्राधिकारी को निम्नलिखित परिभाषित मापदंडों के आधार पर अनुमोदन के लिए आंचलिक चिकित्सा आयुक्तों (जेडएमसी) को अभिनिर्देशन आवश्यकता मूल्यांकन प्रस्तुत करना होगा:
 - ग्रहणक्षेत्र क्षेत्र की बीमाकृत आबादी
 - सेवाओं की अनुपलब्धता का औचित्य
 - अभिनिर्देशन अस्पताल की भौगोलिक स्थिति
 - पिछले वर्ष के अभिनिर्देशन का विश्लेषण
 - सेवाओं का दायरा

समिति में निम्नलिखित शामिल होंगे-

(i) दिल्ली/एनसीआर के लिए-(क) निदेशक चिकित्सा दिल्ली - अध्यक्ष (ख) क्षेत्रीय निदेशक दिल्ली (ग) दिल्ली के एक क.रा.बी.निगम अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक/प्रतिनिधि, (घ) हरियाणा (राष्ट्रीय राजधानी राज्य क्षेत्र) के क.रा.बी.निगम अस्पताल के एक चिकित्सा अधीक्षक/प्रतिनिधि(ड) नोएडा के क.रा.बी.निगम अस्पताल के एक चिकित्सा अधीक्षक/प्रतिनिधि।

(ii) अन्य सभी राज्यों के लिए - (क) राज्य के क्षेत्रीय निदेशक - अध्यक्ष (ख) राज्य के निदेशालय बीमा चिकित्सा सेवाएं (ग) किसी एक क.रा.बी.निगम अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक/सिविल सर्जन (घ) राज्य के राज्य चिकित्सा अधिकारी।

14.2 आंचलिक चिकित्सा आयुक्त निश्चित विशिष्टताओं के लिए अनुमोदन प्रदान करेंगे और इसे प्रस्ताव अनुरोध और कार्य आदेश दोनों में शामिल किया जाएगा तथा यह टाइ-अप अस्पताल और अभिनिर्देशित करने वाली इकाई के बीच सहमति ज्ञापन (एमओयू) का भाग भी होगा। प्रस्ताव अनुरोध का मसौदा तैयार करने वाली समिति और सहमति ज्ञापन को अंतिम रूप देने वाली समिति अधिमानतः समान होनी चाहिए ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि सहमति ज्ञापन प्रस्ताव अनुरोध के साथ संरेखित हो।

14.3 टाइ-अप की व्यवस्था मद संख्या 17 पर क.रा.बी.निगम के दिशानिर्देशों के अनुसार की जाएगी :

1. केन्द्र और राज्य सरकार/सार्वजनिक क्षेत्र उपक्रम/ सार्वजनिक क्षेत्र अस्पताल ।
2. प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना नामिकागत केंद्र और राज्य सरकार/सार्वजनिक क्षेत्रक उपक्रम/ सार्वजनिक क्षेत्रक अस्पताल।

hospital shall be kept at the respective offices and the responsibility of audit of expenditure shall rest with the respective finance officer.

- 12.2 The Medical Vigilance Officer, ESIC shall conduct post audit of SST bills (5-10%) on random basis in ESIC hospitals.
- 12.3 The Medical Vigilance Officer shall also randomly visit tie up hospital to check patients under treatment.
- 12.4 A similar system of audit of bills may be adopted by the States.

13. Audit of Secondary Care Bills

- 13.1 All secondary care bills, except bills pertaining to secondary care referrals made by ESIC hospitals, shall be sanctioned by the competent Authority of ESIS.
- 13.2 The sanctioning authority shall keep all the bills in safe custody and the responsibility of audit of expenditure shall rest with the respective finance officer.
- 13.3 The Medical Vigilance Officer, ESIC shall conduct post audit of secondary care bills relating to referrals made by selected ESIC hospitals, on random basis.
- 13.4 A similar system of audit of bills may be adopted by the States.

14. Empanelment for Super Specialty Treatment (SST) (U-16/30/547/2015/Pro. Cell (SST services in ESIC Hospitals) Pt. II dated 19.11.2018), (Circular dated 11.11.2021 no U-16/30/547/2015/Pro. Cell (SST)/Services in ESIC Hospital-P II dated 30.09.2019), Pt.U16/30/565/2015-Procell(SST) Vol.III (amendment of tie up hospital dated 1.11.2019) and U-16/12/01/2018/Agenda/Reporting Item-Med. II dated 27.1.2020)

14.1 Before floating the Expression of Interest (EOI) for a tie-up arrangement, the tender floating authority must submit the Referral Need Assessment to the Zonal Medical Commissioners (ZMC) for approval, based on defined parameter:

- IP population of the catchment area
- Justification for the unavailability of services
- Geographical location of the referring hospital
- Analysis of referrals from the previous year
- Scope of services

The committee shall consist of

- (i) For Delhi/NCR – (a) Director Medical Delhi – Chairperson (b) Regional Director Delhi (c) Medical Superintendent/Representative of one Hospital of Delhi, ESIC Hospital (d) One Medical Superintendent/Representative of ESIC Hospital of Haryana(NCR) (e) One Medical Superintendent /Representative of ESIC Hospital of Noida.
 - (ii) For all other State – (a) Regional Director of the State - Chairperson (b) DIMS of the State (c) Medical Superintendent of any one ESIC Hospital/Civil Surgeon (d) State Medical Officer of the State.
- 14.2 Zonal Medical Commissioners shall provide approval for specific specialties and the same shall be included in both RFP and Work Order and shall also be a part of Memorandum of Understanding (MoU) between the tie-up hospital and the referring unit. The committee drafting the RFP and the committee finalizing the MOU should preferably be the same so as to ensure that the MOU is aligned with the RFP.
 - 14.3 The tie-up arrangement will be made as per ESIC guidelines at point number 17:
 1. Central and State Govt/PSU/Public Sector hospitals
 2. PM JAY empanelled Central and State Govt/ PSU/Public sector hospitals



3. केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना नामिकागत अस्पताल/संस्थाएं।
 4. यदि उपर्युक्त में सुविधाएँ नहीं हैं। सुविधाओं में कमी है तो निजी टाई-अप अस्पतालों के साथ नामिकायन ।
 - 14.4 नामिकायन शुरू में दो साल की अवधि के लिए होगा जिसे आपसी सहमति से एक और वर्ष के लिए बढ़ाया जा सकता है।
 - 14.5 प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना- सरकार/क.रा.बी.निगम की नीति के अनुसार क.रा.बी.निगम द्वारा इन अस्पतालों को भी नामिकागत किया जा सकता है।
 - 14.6 टाई-अप समाप्त होने से कम से कम 6 महीने पहले नए नामिकायन की प्रक्रिया शुरू की जानी चाहिए।
 - 14.7 आवश्यकता आधारित युक्तिकरण के साथ अति विशिष्टता उपचार के अंतर्गत व्याप्त की जाने वाली सेवाओं का दायरा निम्नानुसार है:
 - (i) तृतीयक केंद्र/अति विशिष्टता उपचार अस्पताल में अति विशेषज्ञ द्वारा किसी रोगी को प्रदान किया गया कोई भी उपचार।
 - (ii) कार्डियोलॉजी और कार्डियोथोरेसिक वस्कुलर शल्य-क्रिया।
 - (iii) न्यूरोलॉजी और न्यूरो शल्य-क्रिया।
 - (iv) बाल चिकित्सा शल्य-क्रिया।
 - (v) चिकित्सा ऑन्कोलॉजी, ऑन्को शल्य-क्रिया और रेडियोथेरेपी।
 - (vi) यूरोलॉजी/नेफ्रोलॉजी।
 - (vii) गैस्ट्रोएंटेरोलॉजी और गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल शल्य-क्रिया।
 - (viii) एंडोक्रिनोलॉजी और एंडोक्राइन शल्य-क्रिया।
 - (ix) बर्न्स और प्लास्टिक शल्य-क्रिया (कॉस्मेटिक शल्य-क्रिया को छोड़कर)।
 - (x) पुनर्निर्माण शल्य-क्रिया (कॉस्मेटिक शल्य-क्रिया को छोड़कर)।
 - (xi) अति विशिष्टता जांच : इसमें वे सभी जांच शामिल हैं जिनके लिए ऊपर उल्लिखित विषयों में अति विशेषज्ञों के हस्तक्षेप और निगरानी की आवश्यकता होती है।
 - (xii) अंग प्रत्यारोपण
 - (xiii) इसके अतिरिक्त, अति विशिष्टता उपचार के अंतर्गत निम्नलिखित विशेष जांचों की अनुमति दी जाएगी :
 1. सीटी स्कैन
 2. एम.आर.आइ.
 3. पी.ई.टी. स्कैन
 4. इको, टी.एम.टी. कार्डियोग्राफी
 5. शरीर के अन्य अंगों के स्कैन
 6. विट्रियस रेटिना प्रबंधन शल्य-क्रिया
 7. एन.आइ.सी.यू. लेवल -3
- (सं.यू-16/30/565/2020-एसएसटी दिनांक 05.05.2022 - उपर्युक्त च और छ के लिए)
8. विशेष जैव-रासायनिक और प्रतिरक्षात्मक जांच
 9. कोई अन्य जांच जिसकी लागत 3000/- रुपये प्रति परीक्षण से अधिक हो
- (xiv) अति विशिष्टता उपचार के अंतर्गत टाई-अप के लिए विशेष विशेषज्ञता की आवश्यकता वाली प्रक्रियाओं की अनुमति दी जाएगी।
- (i) आइवीएफ (केवल सरकारी अस्पतालों से) (केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना परिपत्र संख्या जेड-15025/5/2011-केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना-III/केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना (पी), दिनांक 22.11.2011)
 - (ii) कॉक्लियर इम्प्लांट (केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना परिपत्र संख्या 6-469/2003-केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना/आर एंड जी दिनांक 12.6.2009) और (क.रा.बी.निगम परिपत्र संख्या यू-16/12/1/2020/एजेंडा/रिपोर्टिंग मद/

3. CGHS empanelled hospitals/institutions
4. If no facilities/lack of facilities in above then empanelment of private tie up hospitals
- 14.4 The empanelment shall be initially for a period of two years which may be extended for another one year with mutual consent.
- 14.5 PMJAY – These hospitals can also be empanelled by ESIC as per Government/ESIC policy.
- 14.6 The process of new empanelment must be initiated at least 6 months before the contract ends
- 14.7 The scope of services to be covered under SST (Super Speciality Treatment) with need-based rationalisation is as follows:
 - (i) Any treatment provided to a patient at a tertiary centre/SST hospital by a super specialist.
 - (ii) Cardiology and cardiothoracic vascular surgery.
 - (iii) Neurology and neurosurgery.
 - (iv) Paediatric surgery.
 - (v) Medical Oncology, Onco Surgery, and Radiotherapy.
 - (vi) Urology/Nephrology.
 - (vii) Gastroenterology and gastrointestinal surgery.
 - (viii) Endocrinology and endocrine surgery.
 - (ix) Burns and plastic surgery (excluding cosmetic surgery).
 - (x) Reconstruction surgery (excluding cosmetic surgery).
 - (xi) Super speciality investigations: This includes all investigations that require intervention and monitoring by super specialists in the mentioned disciplines above.
 - (xii) Organ Transplant
 - (xiii) In addition the following specialized investigations shall be permitted under SST:
 - a. CT scan
 - b. MRI
 - c. PET scan
 - d. Echo, TMT cardiography
 - e. Scans of other body parts
 - f. Vitreous retinal management surgery
 - g. NICU Level-3

(No.U- 16/30/565/2020-SST dated 05.05.2022 for f & g above)

 - h. Specialised bio-chemical and immunological investigations
 - i. Any other investigation costing more than Rs.3000/- per test)
 - (xiv) Procedures which require special expertise shall be permitted for tie-up under SST.
 - (i) IVF (only from Govt. hospitals)(CGHS Circular No.Z-15025/5/2011-CGHS-III/CGHS(P) dated 22.11.2011)
 - (ii) Cochlear implant(CGHS Circular No.6-469/2003-CGHS/R&G dated 12.6.2009) and (ESIC Circular No.U-16/12/1/2020/Agenda/Reporting Item/Med.III dated 11.07.2022)

चि. III, दिनांक 11.07.2022)

(iii) स्तर -2 अल्ट्रासाउंड

(iv) केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना में नामिकागत दंत चिकित्सा प्रक्रियाएं, जहां ऐसी सुविधाएं उपलब्ध नहीं हैं।

14.8 रक्त बैंक की सुविधा : राज्य के क.रा.बी.निगम अस्पतालों की आवश्यकतानुसार सक्षम प्राधिकारी द्वारा रक्त बैंक सुविधा की व्यवस्था की जानी है। नामिकायन हेतु रक्त बैंक स्टैंड अलोन हो सकता है अथवा किसी बहु-विशिष्टता अस्पताल का लाइसेंस प्राप्त रक्त बैंक भी हो सकता है।

रक्त बैंक के मानदंड

लाइसेंसिंग: रक्त बैंक के पास राज्य के संबंधित नियामक प्राधिकरण द्वारा जारी वैध लाइसेंस होना चाहिए।

प्रमाणन: एक्स और वाइ श्रेणी के शहरों के लिए रक्त बैंक एन.ए.बी.एच. मान्यता प्राप्त होना चाहिए और “जेड” शहरों के लिए इसे (एन.ए.बी.एच. मान्यता) प्राथमिकता दी जानी चाहिए।

बुनियादी ढांचा और सुविधाएं: रक्त बैंक में रक्त संग्रह, परीक्षण, प्रक्रमण और भंडारण के लिए पर्याप्त स्थान होना चाहिए।

14.9 यदि किसी रोगी को क.रा.बी.निगम अस्पताल से दूसरे राज्य में अभिनिर्देशित किया जाता है, तो अभिनिर्देशित करने वाले राज्य के क.रा.बी.निगम अस्पताल द्वारा दूसरे राज्य के क.रा.बी.निगम अस्पताल के लिए अभिनिर्देशन तैयार किया जाएगा। तब अभिनिर्देशित राज्य में क.रा.बी.निगम अस्पताल रोगी को टाइ-अप अस्पताल में स्थानांतरित कर देगा। ऐसे मामलों में बिलों का संरक्षण और भुगतान अभिनिर्देशित राज्य के क.रा.बी.निगम अस्पताल द्वारा किया जाएगा।

14.10 वैसे मामलों में, जहां उपचार प्राप्त करने के लिए दूसरे राज्य में जाने का फैसला रोगियों ने स्वयं किया है, उन सभी मामलों में रोगी और उनके परिवार के सदस्यों को कोई यात्रा भत्ता/दैनिक भत्ता देय नहीं होगा।

14.11 अति विशिष्टता उपचार के बाद रोगी को छुट्टी देने के समय निर्धारित दवाएं, यदि टाइ-अप केंद्रों द्वारा जारी नहीं की जाती हैं तो, मूल क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना औषधालय द्वारा जारी की जाएंगी।

15 द्वितीयक चिकित्सा देखभाल हेतु नामिकायन

15.1 क.रा.बी.निगम अस्पतालों के मामले में चिकित्सा अधीक्षक, यदि अनुमति दी जाती है (यू-13/14/एटीआर/क.रा.बी.निगम/38/2021/01-185वीं निगम की बैठक, दिनांक 11.11.21) और क.रा.बी.योजना के मामले में निदेशालय बीमा चिकित्सा सेवाएं को क.रा.बी.निगम दिशानिर्देशों के अनुसार रक्त बैंक सुविधा सहित द्वितीयक चिकित्सा देखभाल के लिए अस्पतालों के नामिकायन के अनुमोदन का अधिकार है।

15.2 निदेशालय बीमा चिकित्सा सेवाएं द्वितीयक चिकित्सा देखभाल टाइ-अप की पूरी प्रक्रिया करेगा। हालांकि, नए कार्यान्वित जिलों के नामिकायन के लिए, क्षेत्रीय निदेशक टाइ-अप की व्यवस्था करेगा।

15.3 नामिकागत करने के लिए निम्नलिखित मानदंडों का पालन किया जाना है :

- ग्रहणक्षेत्र क्षेत्र की बीमाकृत आबादी
- सेवाओं की अनुपलब्धता के लिए औचित्य
- अभिनिर्देशन अस्पताल की भौगोलिक स्थिति
- पिछले वर्ष के अभिनिर्देशन का विश्लेषण
- सेवाओं का दायरा

16. टाइ-अप अस्पतालों के साथ सहमति ज्ञापन

मानक सहमति ज्ञापन (एमओयू) अनुमोदित मानदंडों के अनुसार तैयार किया गया है।

17. स्वास्थ्य देखभाल संगठनों (एच.सी.ओ.) के नामिकायन के लिए दिशा निर्देश:-

17.1 सर्वप्रथम निम्नलिखित के साथ नामिकायन किया जाना है:

- (iii) Level -2 ultrasound
- (iv) Dental procedures listed in CGHS where such facilities are not available.

14.8 Blood bank facility: Arrangement for Blood bank facility is to be made by competent authority as per the requirement of ESIC hospitals of the state. For empanelment Blood Bank can be stand alone or Licenced Blood bank of a Multi-speciality Hospital.

Blood Bank Criteria

- **Licensing:** The blood bank must possess a valid license issued by the relevant regulatory authority of the state.
 - **Accreditation:** Blood Bank should be NABH accredited for X and Y Class cities and preferable for Z cities.
 - **Infrastructure and Facilities:** The blood bank should have adequate space for blood collection, testing, processing, and storage.
- 14.9 In case a patient is referred from an ESIC Hospital to another state, the referral will be made from the ESIC Hospital in the referring State to an ESIC Hospital in the referred State. The ESIC Hospital in the referred State will then transfer the patient to a tie-up hospital. The bills in such cases will be covered and paid by the ESIC Hospital in the referred State.
- 14.10 No TA/DA shall be payable to the patient and their family members in all those cases where the patients themselves have decided to go to other State for getting the treatment.
- 14.11 The drugs prescribed at the time of discharge of the patient after SST treatment shall be issued by parent ESIC/ ESIC Dispensary, if not issued by tie-up centres.

15 Empanelment for Secondary Care

- 15.1 The MS in case of ESIC hospitals if permitted (**U-13/14/ATR/ESIC/38/2021/01 185th Corporation meeting dated 11.11.21**) and DIMS in case of ESIC is empowered to approve empanelment of hospitals for secondary care including Blood Bank facility as per ESIC guidelines.
- 15.2 The DIMS shall do the entire processing for secondary care tie-up. However, for newly implemented districts, RD shall do the tie-up arrangement.
- 15.3 The criteria for empanelment mentioned below is to be followed:
- IP population of the catchment area
 - Justification for the unavailability of services
 - Geographical location of the referring hospital
 - Analysis of referrals from the previous year
 - Scope of Services

16 MoU with Tie-up Hospitals

The standard Memorandum of Understanding (MoU) has been prepared in accordance with approved norms.

17 Guidelines for Empanelment of Healthcare Organizations

- 17.1 At first, the empanelment is to be done with



1. केंद्र एवं राज्य सरकार/सार्वजनिक क्षेत्रक उपक्रम/सार्वजनिक क्षेत्रक अस्पताल
2. प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना नामिकागत केंद्र एवं राज्य सरकार/सार्वजनिक क्षेत्रक उपक्रम/सार्वजनिक क्षेत्रक अस्पताल
3. केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) नामिकागत अस्पताल/संस्थाएं

केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना नामिकागत अस्पतालों/स्वास्थ्य देखरेख संगठनों (एच.सी.ओ.) का नामिकायन केवल केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) सूची के आधार पर किया जाएगा और आवश्यकता पडने पर सीजीएचएस नामिकागत अस्पतालों/स्वास्थ्य देखभाल संगठनों (एच.सी.ओ.) की अद्यतित सूची के अनुसार अस्पतालों/स्वास्थ्य देखभाल संगठनों (एच.सी.ओ.) को निरंतर आधार पर क.रा.बी. निगम के नामिकागत अस्पतालों की सूची में भी जोडा जाएगा।

17.2 यदि उपर्युक्त में कोई सुविधा नहीं है/सुविधाओं की कमी है तो विज्ञापन के माध्यम से निजी टाई अप अस्पतालों का नामिकायन किया जाए। केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना द्वारा नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठनों (अस्पतालों/कैंसर अस्पतालों/ इमेजिंग केन्द्रों/नैदानिक प्रयोगशालाओं/डायलिसिस केन्द्रों/नेत्र केन्द्रों/रक्त बैंकों) को पैरा-18 में निर्धारित मानदंडों के अनुसार बिना किसी निरीक्षण के नामिकागत करने का प्रस्ताव किया जाएगा। नामिकायन के लिए संबंधित स्वास्थ्य देखभाल संगठनों की सहमति और अन्य अपेक्षित विवरण विज्ञापन के माध्यम से प्राप्त किए जाएंगे (वर्तमान में सीपीपी पोर्टल पर लेकिन एक बार जब नामिकायन की सुविधा जीईएम पोर्टल पर उपलब्ध हो जाएगी तो नामिकायन केवल जेम पोर्टल के माध्यम से ही किया जाए)।

- 17.3 नामिकागत केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना केंद्रों के साथ एक सहमति ज्ञापन पर हस्ताक्षरित किए जाएंगे।
- 17.4 प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना - इन अस्पतालों को भी सरकार/क.रा.बी.निगम नीति के अनुसार क.रा.बी.निगम द्वारा नामिकागत किया जा सकता है।
- 17.5 यदि केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना से नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठन उपलब्ध नहीं हैं अथवा अपर्याप्त हैं, तो पैरा-18 में निर्धारित मानदंडों के अनुसार राज्य सरकार/सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों के साथ नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठनों को बिना किसी निरीक्षण के नामिकागत करने पर विचार किया जा सकता है। नामिकायन के लिए संबंधित स्वास्थ्य देखभाल संगठनों की सहमति और अन्य अपेक्षित विवरण विज्ञापन के माध्यम से प्राप्त किए जाएंगे। लागू दरें केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना दर या राज्य/सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम की संबंधित नामिकायन दर, जो भी कम हो, के अनुसार होंगी।
- 17.6 नामिकागत अस्पतालों के साथ सहमति ज्ञापन हस्ताक्षरित किए जाएंगे।
- 17.7 ऐसे क्षेत्र, जहां न तो केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना द्वारा अनुमोदित और न ही राज्य सरकार द्वारा अनुमोदित स्वास्थ्य देखभाल संगठन उपलब्ध हैं या अपर्याप्त संख्या में हैं, वहां सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों द्वारा अनुमोदित स्वास्थ्य देखभाल संगठनों को बिना किसी निरीक्षण के नामिकागत करने पर विचार किया जाए। नामिकायन के लिए संबंधित स्वास्थ्य देखरेख संगठनों की सहमति और अन्य अपेक्षित विवरण विज्ञापन के माध्यम से प्राप्त किए जाएंगे। लागू दरें केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना दर या संबंधित संगठन दर, जो भी कम हो, के अनुसार होंगी।
- 17.8 ऐसी स्थितियों में, जहां उपर्युक्त एजेंसियों में से किसी ने भी किसी स्वास्थ्य देखभाल संगठन को अनुमोदित नहीं किया है या वे अपर्याप्त हैं, विज्ञापन के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल संगठनों से आवेदन आमंत्रित करके नामिकागत किया जाएगा। क.रा. बी.निगम द्वारा अंतिम रूप दिए गए नामिकायन मानदंडों का पालन किया जाएगा :
 1. स्वास्थ्य देखभाल संगठनों के नामिकायन के लिए पहली बार विज्ञापन क.रा.बी. मानदंडों पर आधारित होगा। क.रा.बी. निगम मानदंडों को पूरा करने वाले स्वास्थ्य देखभाल संगठनों को नामिकागत किया जाएगा। (खंड-19 के अनुसार)
 2. यदि कोई भी या पर्याप्त संख्या में स्वास्थ्य सेवा संगठन क.रा.बी. मानदंडों को पूरा नहीं करते हैं, तो शिथिल मानदंडों के आधार पर दूसरा विज्ञापन दिया जाएगा। मानदंडों में दी जाने वाली छूट के लिए अनुमोदन विज्ञापन से पहले क.रा.बी. निगम मुख्यालय द्वारा अनुमोदित सक्षम प्राधिकारी से प्राप्त किया जाएगा और इसे विज्ञापन में शामिल किया जाएगा।
 3. किसी भी मानदंड में छूट का प्रस्ताव देने समय यह सुनिश्चित किया जाए कि चिकित्सा देखभाल की गुणवत्ता से समझौता न हो। एक या अधिक मानदंडों के लिए छूट दी जा सकती है -
 1. वार्षिक टर्नओवर
 2. चालू बिस्तरों की कुल संख्या
 3. वह अवधि जिससे स्वास्थ्य देखभाल संगठन सेवाएं प्रदान कर रहा है
 4. सेवाओं की गुणवत्ता को प्रभावित किए बिना कोई अन्य मानदंड

1. Central and State Govt/PSU/Public Sector Hospital
2. PM JAY empanelled Central and State Govt/ PSU/Public sector hospitals
3. CGHS empanelled hospitals/institutions

The empanelment of CGHS empanelled hospitals/HCOs will be done on the basis of CGHS List Only and when required the Hospitals/HCOs as per the updated list of CGHS empanelled Hospitals/HCOs will be added to the list of empanelled hospitals of the ESIC also on a continuous basis.

- 17.2 If no facilities/lack of facilities in above then empanelment of private tie up hospitals through advertisement may be done. Consent and other required particulars for empanelment shall be obtained through advertisement **(At Present on CPP Portal but once the facility for empanelment is available on the GeM Portal then empanelment is to be done through Gem Portal only)** from the concerned Healthcare Organization.
- 17.3 An MoU to be signed with the empanelled CGHS centres.
- 17.4 PMJAY – These hospitals can also be empanelled by ESIC as per Government/ ESIC policy.
- 17.5 If CGHS **empanelled** Health Care Organizations are not available or inadequate, then State Govt/PSU empanelled Healthcare Organizations as per laid down criteria at Para -18, may be considered for empanelment without any inspection. Consent and other required particulars for empanelment shall be obtained through advertisement from concerned Healthcare Organization. The rates applicable shall be as per CGHS rates or respective empanelment rate of State/ PSU, whichever is lower.
- 17.6 An MoU to be signed with the empanelled hospitals
- 17.7 The areas where neither the CGHS approved nor State Govt., approved Healthcare Organizations are available or sufficient in number, then the Healthcare Organizations approved by Public Sector Undertaking may be considered for empanelment without any inspection. Consent and other required particulars for empanelment shall be obtained through advertisement from the concerned Healthcare Organization. The rates applicable shall be as per CGHS rates or the respective organization rates, whichever is lower.
- 17.8 In situations where none of the above-mentioned agencies have approved any Healthcare Organization or they are inadequate, empanelment shall be done by inviting applications from Healthcare Organizations through advertisement. The empanelment criteria finalized by ESIC shall be followed:
- A. The First-time advertisement for empanelment of Healthcare Organizations will be based on the ESI criteria. The Healthcare Organizations fulfilling the ESIC criteria shall be empanelled. (As per Clause-19)
 - B. If none or an inadequate number of Healthcare Organizations meet the ESI criteria, a second advertisement will be given based on relaxed criteria. The approval for the relaxation of criteria to be granted shall be obtained from the competent authority as approved by ESIC HQ prior to advertisement and shall be incorporated in the advertisement.
 - C. While proposing for relaxation of any criteria it must be ensured that the quality of medical care is not compromised. Relaxation may be granted for one or more criteria:
 - a. The annual turnover
 - b. Total number of operational beds
 - c. Duration for which the Healthcare Organization has been providing services.
 - d. Any other criteria without affecting the quality of services



- 17.9 केंद्र/राज्य सरकार/सरकार के अधीन स्वायत्त निकाय के साथ टाइ-अप केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना/अस्पताल दरों पर किया जाएगा।
- 17.10 केंद्र/राज्य सरकार/सरकार के अधीन स्वायत्त निकायों/राज्य/केंद्र सरकार के क्षेत्रीय कैंसर केंद्रों (आरसीसी) को उनके द्वारा प्रस्तुत प्राक्कलन के आधार पर उनके अनुरोध पर अग्रिम भुगतान दिया जा सकता है। हालांकि, संस्था को प्रक्रिया/उपचार/जांच आदि के बाद समायोजन प्रस्तुत करना होगा।
- 17.11 इस नीति के किसी भी उल्लिखित खंड पर छूट की अपेक्षा के मामले में, इस पर सक्षम प्राधिकारी के स्तर पर विचार किया जाएगा।

18. विज्ञापन के माध्यम से स्वास्थ्य देखभाल संगठनों को नामिकागत करने के मानदंड

- 18.1 श्रेणी एक्स और वाइ शहरों में स्वास्थ्य देखभाल संगठनों (स्वास्थ्य देखभाल संगठन) को अनिवार्य रूप से राष्ट्रीय अस्पताल और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के लिए प्रत्यायन बोर्ड (एनएबीएच) और राष्ट्रीय प्रयोगशाला प्रत्यायन बोर्ड (एनएबीएल) द्वारा मान्यता प्राप्त होना चाहिए। श्रेणी जेड शहरों में स्वास्थ्य देखभाल संगठनों (स्वास्थ्य देखभाल संगठन) को अधिमानतः राष्ट्रीय अस्पताल और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के लिए प्रत्यायन बोर्ड (एनएबीएच) द्वारा मान्यता प्राप्त होना चाहिए।
- 18.2 स्वास्थ्य देखभाल संगठन रुचि प्रस्तुत करने की अंतिम तिथि पर कम से कम दो वर्षों के लिए पूरी तरह से प्रचालन में होना चाहिए। पिछले दो वित्तीय वर्षों की लेखापरीक्षित तुलन-पत्र तथा लाभ और हानि खातों की प्रतियां प्रस्तुत की जानी चाहिए। यदि पिछले वित्तीय वर्ष का लेखापरीक्षित वित्तीय विवरण उपलब्ध नहीं है, तो सनदी लेखाकार द्वारा जारी वार्षिक टर्न ओवर का प्रमाण पत्र प्रस्तुत किया जाना चाहिए।
- 18.3 अस्पताल को संलग्नक-VI में उल्लिखित सभी वैधानिक अपेक्षाओं को पूरा करना चाहिए।
- 18.4 स्वास्थ्य देखभाल संगठन सभी दावों/बिलों को इलेक्ट्रॉनिक संरूप में क.रा.बी. अनुमोदित बिल प्रक्रमण पोर्टल पर जमा करने में सक्षम होना चाहिए।
- 18.5 बहु विशिष्टता अस्पताल (10% आइसीयू बेड के साथ) के लिए न्यूनतम बिस्तर आवश्यकता इस प्रकार है :
- | | | | |
|-------|---------------|---|------------|
| (i) | टाइप एक्स शहर | - | 100 बिस्तर |
| (ii) | टाइप वाइ शहर | - | 50 बिस्तर |
| (iii) | टाइप जेड शहर | - | 30 बिस्तर |
- 18.6 स्टैंड अलोन डायलिसिस केंद्रों में न्यूनतम होना चाहिए -
- | | | | |
|------|---------------------|---|---------------------|
| (i) | टाइप एक्स शहर | - | 10 डायलिसिस इकाइयाँ |
| (ii) | टाइप वाइ और जेड शहर | - | 6 डायलिसिस इकाइयाँ |
- 18.7 स्वास्थ्य देखभाल संगठनों की एक्स और वाइ शहरों के लिए न्यूनतम वार्षिक टर्न ओवर दो करोड़ रुपए और जेड शहरों के लिए एक करोड़ रुपए होनी चाहिए। विशिष्ट नेत्र अस्पतालों/केंद्रों, डायलिसिस केंद्रों, निदान प्रयोगशालाओं और इमेजिंग केंद्रों की एक्स और वाइ शहरों के लिए न्यूनतम वार्षिक टर्न ओवर 20 लाख रुपए और जेड शहरों के लिए 10 लाख रुपए होनी चाहिए।
- 18.8 स्वास्थ्य देखभाल संगठनों को निम्नलिखित दस्तावेज जमा करने चाहिए (यदि लागू हो)
- (क) पीसी पीएनडीटी अधिनियम के अंतर्गत वैध पंजीकरण।
- (ख) रेडियोलॉजिकल जांच/रेडियोथेरेपी के लिए वैध आईआरबी/बीएआरसी अनुमोदन।

19. नामिकायन के लिए अपेक्षित दस्तावेज

19.1 पिछले दो वित्तीय वर्षों की लेखापरीक्षित तुलन-पत्र तथा लाभ और हानि खातों की प्रतियां प्रस्तुत की जानी चाहिए। यदि पिछले वित्तीय वर्ष का लेखापरीक्षित वित्तीय विवरण उपलब्ध नहीं है, तो सनदी लेखाकार द्वारा जारी वार्षिक टर्न ओवर का प्रमाण पत्र प्रस्तुत किया जाना चाहिए। स्वास्थ्य देखभाल संगठनों के लिए न्यूनतम वार्षिक टर्न ओवर होगा ;

- (क) 2 करोड़ एक्स और वाइ शहरों के लिए
- (ख) 1 करोड़ जेड शहरों के लिए
- (ग) 20 लाख एक्स और वाइ शहरों के स्टैंडअलोन केंद्रों (विशिष्ट नेत्र अस्पताल/डायलिसिस केंद्र/निदान प्रयोगशाला और इमेजिंग केंद्र) के लिए

- 17.9 The tie-up with the Central/ State government/ autonomous body under government shall be done at CGHS/ Hospital rates.
- 17.10 Advance payment to Central/ State government/ autonomous bodies under the government/ Regional Cancer Centres (RCC) of State/Central Govt. may be given upon their request based on submitted estimate. However, the institution must submit the settlement after the procedure/ treatment/ investigation, etc.
- 17.11 In case of requirement of relaxation on any of the mentioned clauses of this policy, the same shall be considered at the level of competent authority.

18 Criteria for empanelment of HCOs through advertisement

- 18.1 The Health Care Organizations (HCOs) in class X and Y cities must be mandatorily accredited by the National Accreditation Board for Hospitals & Healthcare Providers (NABH) and National Accreditation Board for Laboratory (NABL). The HCOs in class Z cities should preferably be accredited by NABH.
- 18.2 The Health Care Organization must have been fully operational for at least two years on the last date of submission of interest. Copies of audited balance sheets and profit and loss accounts for the preceding two financial years should be submitted. If the audited financial statement for the previous financial year is not available, a certificate from a chartered accountant stating the annual turnover should be submitted.
- 18.3 The Hospital should fulfil all statutory requirements as mentioned in Annexure-VI.
- 18.4 The Health Care Organization must have the capacity to submit all claims/bills in electronic format to the ESI approved bill processing portal.
- 18.5 Minimum bed requirement for multi-speciality hospital (with 10% ICU beds) is as follows:
- (i) type X city – 100 beds
 - (ii) type Y city – 50 beds
 - (iii) type Z city – 30 beds
- 18.6 Standalone dialysis centres should have minimum of –
- (i) Type X city – 10 dialysis units
 - (ii) Type Y & Z city – 6 dialysis units
- 18.7 The Health Care Organizations must have a minimal annual turnover of Rs. 2 Crores for X & Y cities and Rs. 1 Crore for Z cities. Exclusive Eye hospitals/Centres, Dialysis centres, Diagnostic Laboratories and Imaging Centre must have a minimal annual turnover of Rs. 20 Lacs in X & Y Cities and Rs.10 Lacs in Z Cities.
- 18.8 HCO should submit the following documents (if applicable)
- (a) Valid Registration under PC PNDDT Act.
 - (b) Valid AERB/BARC approval for Radiological investigations/Radiotherapy.

19. Documents required for empanelment

- 19.1 Copy of audited balance sheet, profit and loss account for the preceding two financial years to be submitted. In case, the audited financial statement pertaining to the previous financial year is not available, certificate of the chartered accountant for annual turnover to be submitted. The minimum annual turnover for HCO shall be;
- (a) Rs. 2 crore X and Y cities
 - (b) Rs. 1 crore for Z cities
 - (c) Rs.20 lakhs for standalone centres (Exclusive Eye Hospital/ Dialysis Centre/ Diagnostic Laboratories and Imaging Centre) for X and Y cities



(घ) जेड शहरों के स्टैंडअलोन केंद्रों (विशिष्ट नेत्र अस्पताल/डायलिसिस केंद्र/निदान प्रयोगशाला और इमेजिंग केंद्र) के लिए 20 लाख।

- 19.2 सेवाओं के दायरे और वैधता अवधि के साथ एनएबीएच/एनएबीएल द्वारा वैध मान्यता की एक हस्ताक्षरित, मुहर लगी हुई और स्कैन की गई प्रति, यदि लागू हो, प्रस्तुत की जानी चाहिए।
- 19.3 दर सूची सहित स्वास्थ्य देखभाल संगठन में उपलब्ध उन उपचार प्रक्रियाओं/जांचों/सुविधाओं की एक सूची अवश्य प्रदान की जानी चाहिए जो केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना द्वारा नामिकागत नहीं हैं।
- 19.4 केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना/राज्य सरकार के साथ नामिकायन की एक हस्ताक्षरित, मुहर लगी हुई और स्कैन की गई प्रति प्रस्तुत की जानी चाहिए, यदि लागू हो, जिसमें वैधता अवधि के साथ सेवाओं के दायरे का उल्लेख किया गया हो।
- 19.5 राज्य पंजीकरण प्रमाण पत्र/स्थानीय निकायों के साथ पंजीकरण, जहां लागू हो, वहाँ शामिल किया जाना चाहिए। अन्य सभी वैधानिक नियमों जैसे- ड्रग लाइसेंस, नारकोटिक लाइसेंस, रक्त बैंक पंजीकरण आदि का पालन किया जाना चाहिए।
- 19.6 अपशिष्ट प्रबंधन (जैसे जैवचिकित्सा अपशिष्ट, वायु प्रदूषण, जल प्रदूषण, ध्वनि प्रदूषण, आदि) सहित सभी वैधानिक अपेक्षाओं के पालन को प्रदर्शित करने वाला एक अनुपालन प्रमाण पत्र प्रदान किया जाना चाहिए।
- 19.7 पीसीपीएनडीटी अधिनियम 2003 के अंतर्गत पंजीकरण अपेक्षित है।
- 19.8 रेडियोलॉजिकल जांच/रेडियोथेरेपी के लिए टाइ-अप के लिए एईआरबी का अनुमोदन, जहां भी लागू हो, प्राप्त किया जाना चाहिए।
- 19.9 अंग प्रत्यारोपण सुविधाओं के लिए पंजीकरण का प्रमाण पत्र, जहां भी लागू हो, शामिल किया जाना चाहिए।
- 19.10 स्वास्थ्य देखभाल संगठन द्वारा प्रस्तुत की जाने वाली बयाना जमा राशि और निष्पादन बैंक गारंटी (पीबीजी) के विवरण नीचे दिए गए हैं : -

संस्था का प्रकार	बयाना जमा राशि	निष्पादन बैंक गारंटी (पीबीजी)
बहु-विशिष्टता अस्पताल	2,00,000 (दो लाख रुपये मात्र)	10,00,000 (दस लाख रुपये मात्र)
स्टैंड अलोन/नैदानिक/ इमेजिंग केंद्र/नेत्र/डायलिसिस केंद्र	1,00,000 (एक लाख रुपये मात्र)	2,00,000 (दो लाख रुपये मात्र)
रक्त बैंक केंद्र	1,00,000 (एक लाख रुपये मात्र)	1,00,000 (एक लाख रुपये मात्र)

- 19.11 प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा मुहर सहित विधिवत हस्ताक्षरित निविदा दस्तावेज की स्कैन की गई प्रति।
- 19.12 आरटीजीएस के माध्यम से जमा किए गए आवेदन शुल्क और बयाना जमा राशि की लेनदेन रिपोर्ट की एक हस्ताक्षरित, मुद्रित और स्कैन की गई प्रति शामिल की जानी चाहिए।
- 19.13 आवेदन पत्र की हस्ताक्षरित, मुहर लगी हुई और स्कैन की गई प्रति।
- 19.14 वचनबंध प्रमाणपत्र की हस्ताक्षरित, मुहर लगी हुई, प्रमाणित और स्कैन की गई प्रति।
- 19.15 साझेदारी विलेख/स्वामित्व ज्ञापन/संस्था के अंतर्नियम (जैसा भी लागू हो) की हस्ताक्षरित, मुहर लगी हुई और स्कैन की गई प्रति।
- 19.16 राज्य सरकार/राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र/स्थानीय निकायों के साथ स्वास्थ्य देखभाल संगठन के पंजीकरण की हस्ताक्षरित, मुहर लगी हुई और स्कैन की गई प्रति प्रदान की जानी चाहिए।
- 19.17 स्वास्थ्य देखभाल संगठन की ओर से आवेदन करने वाले व्यक्ति के पक्ष में हाल ही के प्राधिकरण पत्र की हस्ताक्षरित, मुहर लगी हुई और स्कैन की गई प्रति, संगठन के आधिकारिक पत्र शीर्ष पर प्राधिकृत व्यक्ति के पहचान प्रमाण के साथ प्रस्तुत की जानी चाहिए।
- 19.18 स्वास्थ्य देखभाल संगठन के स्थायी लेखा संख्या (पैन)/वस्तु एवं सेवा कर (जीएसटी) संख्या की हस्ताक्षरित, मुहर लगी हुई और स्कैन की गई प्रति।
- 19.19 संबंधित स्थान के स्थानीय उपनियमों के अनुसार सरकारी प्राधिकरणों द्वारा जारी अग्निशमन अनापत्ति प्रमाण पत्र की हस्ताक्षरित, मुहर लगी हुई और स्कैन की गई प्रति।
- 19.20 **वचनबंध प्रमाणपत्र**

- (d) Rs.10 lakhs for standalone centres (Exclusive Eye Hospital/ Dialysis Centre/ Diagnostic Laboratories and Imaging Centre) for Z cities
- 19.2 A signed, stamped, and scanned copy of a valid accreditation by NABH/NABL should be submitted, along with the scope of services and validity period, if applicable.
- 19.3 A list of treatment procedures/investigations/facilities available in the healthcare organization that are not listed by CGHS, along with a rate list, must be provided.
- 19.4 A Signed, Stamped & Scanned Copy of Empanelment with CGHS/State Government. Should be submitted, mentioning the Scope of services with validity period, if applicable.
- 19.5 State registration certificate/registration with local bodies should be included where applicable. All other statutory regulations such as drug license, narcotic license, blood bank registration, etc., must be followed.
- 19.6 A compliance certificate demonstrating adherence to all statutory requirements, including waste management (such as biomedical waste, air pollution, water pollution, noise pollution, etc.), should be provided.
- 19.7 Registration under PCPNDT Act 2003 is required.
- 19.8 AERB approval for tie-up for radiological investigations/ Radio therapy must be obtained, wherever applicable.
- 19.9 A certificate of Registration for Organ Transplant facilities should be included, wherever applicable.
- 19.10 The Earnest Money Deposit (EMD) and Performance Bank Guarantee (PBG) to be submitted by the HCOs is detailed below: -

Type of Institution	EMD	PBG
1. Multi-Specialty Hospital	Rs 2,00,000 (Rs Two Lakhs Only)	Rs 10,00,000 (Rs Ten Lakhs Only)
2. Stand Alone / Diagnostic /Imaging Centre /Eye / Dialysis Centre	Rs 1,00,000 (Rs One Lakh Only)	Rs 2,00,000 (Rs Two Lakhs Only)
3. Blood Bank Centre	Rs 1,00,000 (Rs One Lakh Only)	Rs 1,00,000 (Rs One Lakh Only)

- 19.11 Scanned Copy of Tender Document duly signed & Stamped by Authorized signatory.
- 19.12 A Signed, stamped and scanned copy of transaction report of Application fees & EMD deposited through RTGS should be included.
- 19.13 Signed, Stamped & Scanned Copy of Application form.
- 19.14 Signed, Stamped, Certified & Scanned Copy of Certificate of undertaking.
- 19.15 Signed, Stamped & Scanned Copy of Partnership deed/Ownership memorandum/ articles of association (As applicable).
- 19.16 A Signed, Stamped & Scanned Copy of Registration of HCO with State Government/National Capital Territory/ Local Bodies should be provided.
- 19.17 A signed, stamped, and scanned copy of a recent authority letter in favour of the person applying on behalf of the healthcare organization, on the official letterhead of the organization, should be submitted, along with the ID proof of the authorized person.
- 19.18 Signed, Stamped & Scanned Copy of PAN /GST No. of the HCO.
- 19.19 Signed, Stamped & Scanned copy of Fire Clearance Certificate issued by Govt authorities as per Local Bylaws of the location concerned.
- 19.20. Certificate of Undertaking

- 19.20.1 यह प्रमाणित किया जाता है कि दिए गए विवरण सही हैं और पात्रता मानदंडों के अनुरूप हैं।
- 19.20.2 अस्पताल/नेत्र केंद्र/विशेष नैदानिक प्रयोगशाला/इमेजिंग केंद्र क.रा.बी. लाभार्थियों से कोई राशि नहीं लेगा।
- 19.20.3 प्रदान की गई दरें संगठन में उपलब्ध वास्तविक सुविधाओं/प्रक्रियाओं/जांचों के अनुरूप हैं।
- 19.20.4 यदि कोई सूचना असत्य पाई जाती है, तो अस्पताल/नेत्र केन्द्र/नैदानिक केन्द्र क.रा.बी. द्वारा मान्यता रद्द करने के लिए उत्तरदायी होगा।
- 19.20.5 यह कि अस्पताल/नेत्र केंद्र/नैदानिक केंद्र में डिजिटल संरूप में बिल और चिकित्सा अभिलेख जमा करने की क्षमता है और बिल संबंधी सभी कार्य क.रा. बीमा अनुमोदित बिल प्रक्रमण पोर्टल के माध्यम से इलेक्ट्रॉनिक संरूप में किए जाएंगे।
- 19.20.6 घोर लापरवाही के कारण यदि कोई चोट, अंग का नुकसान या मृत्यु होती है तो अस्पताल/नेत्र केंद्र/नैदानिक केंद्र लाभार्थियों को नुकसान का भुगतान करेगा।
- 19.20.7 यह कि केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना या किसी राज्य सरकार या अन्य संगठनों द्वारा अस्पताल/नेत्र केंद्र/नैदानिक केंद्र की मान्यता रद्द नहीं की गई है।
- 19.20.8 यह कि अस्पताल/नेत्र केन्द्र/नैदानिक केन्द्र के विरुद्ध केन्द्र सरकार/राज्य सरकार अथवा किसी सांविधिक जांच एजेंसी की कोई जांच लंबित अथवा विचाराधीन नहीं है।
- 19.20.9 निविदा दस्तावेज में निर्धारित निबंधन एवं शर्तों से सहमत है।
- 19.20.10 स्वास्थ्य देखभाल संगठन को स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा अधिसूचित मानकों के अनुसार ईएमआर/ईएचआर के कार्यान्वयन के लिए सहमत है।
- 19.20.11 स्वास्थ्य देखभाल संगठन को यह प्रमाणित करना होगा कि वे केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना दरों के अनुसार शुल्क लेंगे और उनके द्वारा ली जाने वाली दरें उनके उन अन्य रोगियों से ली जा रही दरों से अधिक नहीं हैं, जो क.रा. बीमा लाभार्थी नहीं हैं।
- 19.20.12 स्वास्थ्य देखभाल संगठन को यह प्रमाणित करना होगा कि वे उन सभी विशेष शर्तों को पूरा कर रहे हैं जो किसी भी प्राधिकरण द्वारा विशेष रियायतों के बदले लगाए गए हैं जो कि भूमि के रियायती आबंटन या सीमा शुल्क छूट तक सीमित नहीं हैं।
- 19.20.13 स्वास्थ्य देखभाल संगठन को निविदा दस्तावेज/ईओआइ/प्रस्ताव अनुरोध में उल्लिखित निबंधन एवं शर्तों को स्वीकार करते हुए एक वचन पत्र प्रदान करना होगा।

20. इमेजिंग केंद्रों के लिए मानदंड

इसके अलावा, इमेजिंग केंद्र निम्नलिखित मानदंडों को पूरा करेंगे और प्रासंगिक दस्तावेजों की प्रतियां प्रदान करेंगे :

20.1 एमआरआइ केंद्र

1.0 टेस्ला या उससे अधिक की चुंबक शक्ति के साथ एमआरआइ मशीन होनी चाहिए।

20.2 सीटी स्कैन केंद्र

20.2.1 पूरे शरीर के लिए मल्टी स्लाइस सीटी स्कैनर अधिमानतः 64 स्लाइस का होना चाहिए, लेकिन 32 स्लाइस से कम न हो।

20.2.2 सीटी स्कैन परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड (एईआरबी) द्वारा अनुमोदित होना चाहिए।

20.3 एक्स-रे केंद्र/डेंटल एक्स-रे/ऑर्थोपैटोमोग्राम (ओपीजी) केंद्र

20.3.1 एक्स-रे मशीन में इमेज इंटेसिफाई टीवी प्रणाली के साथ 500 एमए की न्यूनतम वर्तमान रेटिंग होनी चाहिए।

20.3.2 पोर्टेबल एक्स-रे मशीन में 60 एमए की न्यूनतम वर्तमान रेटिंग होनी चाहिए। डेंटल एक्स-रे मशीन में 6 एमए की न्यूनतम वर्तमान रेटिंग होनी चाहिए। ओपीजी एक्स-रे मशीन की वर्तमान रेटिंग 4.5 -10 एमए होनी चाहिए।

20.3.3 परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड (एईआरबी) द्वारा अनुमोदित होनी चाहिए।

- 19.20.1 It is certified that the particulars given are correct and eligibility criteria are satisfied.
- 19.20.2 The Hospital/Eye Centre/Exclusive Diagnostic Laboratory/Imaging Centre shall not charge any amount from ESI beneficiaries.
- 19.20.3 That the rates provided correspond to the actual facilities /procedures /investigations available at the Organization.
- 19.20.4 That if any information is found to be untrue, the Hospital/Eye Centre/Diagnostic Centre would be liable for de-recognition by ESI.
- 19.20.5 That the Hospital/Eye Centre/Diagnostic Centre has the capability to submit bills and medical records in digital format and that all billing will be done in electronic format through ESI approved bill processing portal.
- 19.20.6 The Hospital/Eye Centre/Diagnostic Centre will pay damage to the beneficiaries if any injury, loss of part or death occurs due to gross negligence.
- 19.20.7 That the Hospital/Eye Centre/Diagnostic Centre has not been de-recognised by CGHS or any State Govt. or other organisations.
- 19.20.8 That no investigation by Central Government / State Government or any statutory Investigating agency is pending or contemplated against the Hospital / Eye centre / Diagnostic Centre
- 19.20.9 Agree for the terms and conditions prescribed in the tender document.
- 19.20.10 The Health Care Organization must agree for implementation of EMR/EHR as per the standards notified by Ministry of Health & Family Welfare
- 19.20.11 The Health Care Organization must certify that they shall charge as per CGHS rates and that the rates charged by them are not higher than the rates being charged from their other patients who are not ESI beneficiaries.
- 19.20.12 The Health Care Organization must certify that they are fulfilling all special conditions that have been imposed by any authority in lieu of special concessions such as but not limited to concessional allotment of land or customs duty exemption.
- 19.20.13 The Health Care Organization must provide an undertaking accepting the terms and conditions outlined in the tender document/ EOI/ RFP.

20 Criteria for imaging centres.

In addition, the imaging centres shall meet the following criteria and provide copies of relevant documents:

20.1 MRI Centre

Must have MRI machine with magnet strength of 1.0 Tesla or more.

20.2 CT Scan Centre

- 20.2.1 The whole-body CT Scanner installed should be multi-slice with preferably 64 slices but not less than 32 slices.
- 20.2.2 The CT scan must have been approved by Atomic Energy Regulatory Board (AERB).

20.3 X-ray Centre /Dental X-ray/Orthopantomogram (OPG) centre

- 20.3.1 X- Ray machine must have a minimum current rating of 500 MA with image intensifier TV system.
- 20.3.2 Portable X-ray machine must have a minimum current rating of 60 MA. Dental X-ray machine must have a minimum current rating of 6 MA. OPG X-ray machine must have a current rating of 4.5 -10 MA
- 20.3.3 Must have been approved by AERB

20.4 मैमोग्राफी केंद्र

कम विकिरण की एक मानक गुणवत्ता वाली मैमोग्राफी मशीन होनी चाहिए।

20.5 यूएसजी/कलर डॉप्लर केंद्र

20.5.1 यह उच्च-रिज़ॉल्यूशन अल्ट्रासाउंड मानक का होना चाहिए और 3.5 से 10 मेगाहर्ट्ज तक की आवृत्ति के कन्वेक्स, सेक्टर, लीनियर प्रोब्स जांच वाले उपकरणों में कम से कम तीन प्रोब्स और ट्रांस वेजाइ-नल/ट्रांस रेक्टल प्रोब्स की व्यवस्था/सुविधाएं होनी चाहिए।

20.5.2 केंद्र को गर्भधारण पूर्व और प्रसव पूर्व निदान तकनीक (पीसीपीएनडीटी) अधिनियम 2003 के अंतर्गत पंजीकृत होना चाहिए।

20.6 बोन डेंसिटोमीट्री केंद्र

यह केंद्र पूरे शरीर को स्कैन करने में सक्षम होना चाहिए।

20.7 परमाणु चिकित्सा केंद्र

यह केंद्र परमाणु ऊर्जा नियामक बोर्ड (एईआरबी) द्वारा अनुमोदित होनी चाहिए।

20.8 टेली-रेडियोलॉजी

केंद्र में टेली-रेडियोलॉजी सेवाओं का विकल्प होना चाहिए।

21. नामिकायन से हटाने (डी-एम्पैनलमेंट) के लिए मानदंड

निम्नलिखित कारणों में से किसी एक के कारण नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठन(नों) को नामिका से हटाया जा सकता है:

- 21.1 तीन महीने की पूरी नोटिस अवधि को पूरा किए बिना नामिकायन से इस्तीफा देना/लिखित अनिच्छा।
- 21.2 अनाचार/कदाचार के सिद्ध मामले के कारण।
- 21.3 कर्मचारी राज्य बीमा लाभार्थियों को सेवा प्रदान करने से इनकार।
- 21.4 अंतः रोगी विभाग (भर्ती रोगी विभाग)/बाह्य रोगी विभाग में अभिनिर्देशित रोगियों के लिए अनावश्यक प्रक्रियाएं अपनाना।
- 21.5 रोगी के उपचार के दौरान अनावश्यक दवाओं/परीक्षणों और नैदानिक परीक्षण लिखना।
- 21.6 की गई प्रक्रियाओं/उपचार/जांचों का बढ़ा हुआ बिल बनाना।
- 21.7 अस्पताल को नामिकागत किए जाने के बाद स्टाफ/अवसंरचना/उपस्कर आदि में कमी।
- 21.8 रिपोर्ट प्रस्तुत न करना, आदतन रिपोर्ट देर से प्रस्तुत करना या रिपोर्ट में गलत आंकड़े प्रस्तुत करना।
- 21.9 पात्र लाभार्थियों को नकद रहित उपचार देने से इंकार करना और इसकी बजाय उन्हें भुगतान करने के लिए कहना।
- 21.10 यदि टाइ-अप के दौरान किसी भी स्तर पर एनएबीएच/एनएबीएल की मान्यता रद्द कर दी जाती है।
- 21.11 क.रा.बी. लाभार्थियों के साथ अन्य रोगियों की तुलना में भेदभाव।
- 21.12 मालिक की मृत्यु/स्वामित्व में परिवर्तन, व्यापार स्थल या कार्य स्थान में परिवर्तन, जैसा भी मामला हो, यदि सक्षम प्राधिकारी द्वारा अनुमोदित नहीं है।
- 21.13 सक्षम प्राधिकारी द्वारा अनुमोदन लिए बिना यदि मालिक प्रतिष्ठान को किसी अन्य एजेंसी को पट्टे पर देता है, नामिकायन रद्द किया जा सकता है।
- 21.14 केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना या किसी अन्य सरकारी संगठन से स्वास्थ्य देखभाल संगठनों के नामिकायन के रद्द होने/काली सूची में डालने की सूचना प्राप्त होने पर।

22. काली सूची में डालने के लिए मानदंड - निविदा प्रक्रिया के किसी भी चरण में, क.रा.बी.निगम को झूठी/जाली जानकारी और/या दस्तावेज प्रस्तुत करना, उपचार के झूठे/जाली चालान प्रस्तुत करना, रोगी के प्रति आपराधिक लापरवाही जिससे निविदा प्रक्रिया या टाइ-अप की अवधि के दौरान रोगी पर स्थायी या अस्थायी प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है, के कारण नामिकायन में शामिल केंद्र को काली सूची में डाल दिया जाएगा।

23. नामिकायन रद्द करने/काली सूची में डालने की प्रक्रिया

20.4 Mammography Centre

Must have a standard quality mammography machine with low radiations.

20.5 USG/Colour Doppler Centre

20.5.1 It should be of high-resolution Ultrasound standard and of equipment having convex, sector, linear probes of frequency ranging from 3.5 to 10 MHz should have minimum three probes and provision/facilities of trans Vaginal/ Trans Rectal Probes.

20.5.2 The centre must be registered under the Pre-Conception and Pre-Natal Diagnostic Techniques (PCPNDT) Act of 2003.

20.6 Bone Densitometry Centre

The centre must be capable of scanning whole body

20.7 Nuclear Medicine Centre

The centre must be approved by AERB /

20.8 Tele-Radiology

The centre should have the option for tele-radiology services.

21. Criteria for de-empanelment

De-empanelment of the empanelled Health Care Organization(s) could be made due to any one of the following reasons:

- 21.1** Rendering resignation/ written unwillingness to continue in the panel without serving the complete notice period of 3 months.
- 21.2** Due to proven case of malpractice misconduct.
- 21.3** Refusal of services to ESI beneficiaries.
- 21.4** Undertaking unnecessary procedures in patients referred for IPD/OPD management.
- 21.5** Prescribing unnecessary drugs/tests and clinical trial while the patient is under treatment.
- 21.6** Over billing of the procedures/ treatment/ investigations undertaken.
- 21.7** Reduction in staff/ infrastructure/ equipment etc. after the hospital has been empanelled.
- 21.8** Non-submission of the report, habitual late submission or submission of incorrect data in the report.
- 21.9** Refusal of cashless treatment to eligible beneficiaries and instead asking them to pay.
- 21.10** If accreditation of NABH/NABL is revoked, at any stage during the contract
- 21.11** Discrimination against ESI beneficiaries vis-à-vis other patients.
- 21.12** Death of owner/ Change of ownership, location of business place or the practice place, as the case may be, if not approved by Competent Authority.
- 21.13** If the owner leases the establishment to other agency, they will be liable for de-empanelment, if not approved by Competent Authority.
- 21.14** On receiving information of de-empanelment/ blacklisting of Health Care Organization(s) from the CGHS or any other Govt. Organization.

22 Criteria for blacklisting - At any stage of tender process, submitting false/forged information and/ or document to ESIC , raising false/ forged invoices of treatment, criminal negligence to patient causing either permanent or temporary adverse impact on patient during the tender process or period of contract shall lead to Black Listing of Empanelled Centre.

23 Procedure for de-empanelment/blacklisting



- 23.1 बिंदु 22 पर उल्लिखित मानदंडों के आधार पर मामले की जांच करने के लिए सक्षम प्राधिकारी द्वारा एक समिति गठित की जाएगी।
- 23.2 जांच रिपोर्ट के आधार पर और नामिकायन में शामिल केंद्र को दिए गए कारण बताओ नोटिस के जवाब की जांच के आधार पर, सक्षम प्राधिकारी, जैसा भी मामला हो, स्वास्थ्य देखभाल संगठन (संगठनों) को रद्द करने/काली सूची में डालने पर निर्णय लेगा। जवाब प्रस्तुत करने के लिए 15 दिन का नोटिस दिया जाएगा।
- 23.3 कारण बताओ नोटिस जारी होने की तारीख से अभिनिर्देशन तत्काल प्रभाव से रोक दिया जाए।
- 23.4 जब कोई स्वास्थ्य देखभाल संगठन अनामिकागत हो जाता है, तो उस तारीख से उस स्वास्थ्य देखभाल संगठन के साथ सहमति ज्ञापन समाप्त हो जाएगा। अनामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठन को एक वर्ष की अवधि के लिए या वर्तमान संविदा के पूरा होने तक, जो भी बाद में हो, नामिकायन से विवर्जित कर दिया जाएगा।
- 23.5 यदि स्वास्थ्य देखभाल संगठन काली सूची में शामिल हो जाए, तो काली सूची में शामिल होने की तिथि से उस स्वास्थ्य देखभाल संगठन के साथ सहमति ज्ञापन समाप्त हो जाएगा। काली सूची में शामिल स्वास्थ्य देखभाल संगठन को दो साल की अवधि के लिए या वर्तमान संविदा के पूरा होने तक, जो भी बाद में हो, नामिकायन से विवर्जित कर दिया जाएगा।

24. उच्च लागत उपचार

- 24.1 जहां भी केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना पैकेज दरें उपलब्ध हैं, पैकेज दर की सीमा तक क.रा.बी.निगम उपचार की पूरी लागत वहन करेगा।
- 24.2 केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना पैकेज दरों के अंतर्गत व्याप्त नहीं की गई प्रक्रियाओं के लिए व्यय की ऊपरी सीमा प्रति लाभार्थी प्रति वित्तीय वर्ष 10 लाख होगी।
- 24.3 दस लाख रुपए से अधिक व्यय के मामलों पर केवल अपवाद स्वरूप विचार किया जाएगा। ऐसे मामलों संबंधी प्रस्ताव, मामला-दर-मामला आधार पर विचार और क.रा.बी निगम के अनुमोदन के लिए मुख्यालय को प्रस्तुत किया जाएगा।

25. विविध मामले/अंग प्रत्यारोपण, पुनर्निर्माण शल्य-क्रिया और कृत्रिम अंग

- 25.1 अंग प्रत्यारोपण और अस्थि मज्जा प्रत्यारोपण के मामले में भुगतान संबंधित दाता के लिए लागू दरों तक सीमित होगा। इसके अतिरिक्त, असाध्य बीमारियों वाले अंग प्रत्यारोपण के लिए केवल प्राथमिक असाध्य बीमारी वाले अंग के प्रत्यारोपण की अनुमति दी जाएगी। इस उपाय का लक्ष्य इस सुविधा के संभावित वृहत दुरुपयोग को रोकना है।
- 25.2 इसके अलावा, कृत्रिम अंगों की लागत केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना दर तक सीमित रखी जानी है।

- 23.1 A Committee will be constituted by the competent authority to investigate the matter based on criteria mentioned at point 22.
- 23.2 Based on the investigation report and examining the reply of 'show cause' notice served to the empanelled centre, the competent authority, as the case may be., shall decide to de-empanel/ blacklist the Health Care Organization(s). A 15 days notice to be provided for submission of reply.
- 23.3 Referral to be stopped with immediate effect from the date of issue of show-cause.
- 23.4 Once any Health Care Organization is de-empanelled, the MoU with that Health Care Organization shall stand terminated from the date of de-empanelment. The de-empanelled Health Care Organization will be debarred for empanelment for a period of one year or till the completion of current contract whichever is later.
- 23.5 If the Health Care Organization is blacklisted, then the MoU with that Health Care Organization shall stand terminated from the date of blacklisting. The blacklisted Health Care Organization shall be debarred from empanelment for a period of two years or till the completion of current contract whichever is later.
24. **High Cost Treatment**
- 24.1 ESIC will bear the full cost of treatment, wherever CGHS package rates are available up to the limit of package rate.
- 24.2 Upper limit on the expenditure for **procedures not covered under CGHS** package rates would be Rs. 10 lakh per beneficiary per financial year.
- 24.3 Cases involving expenditure of more than Rs. 10 Lakh may be considered only as an exception. The proposal of such cases shall be submitted to Hqrs. office for consideration and approval by ESI Corporation on case-to-case basis.
25. **Misc Matters/Organ Transplant, Reconstructive surgeries and Artificial limbs**
- 25.1 In the case of organ transplant and bone marrow transplant, payment shall be limited to the rates applicable for the related donor. Additionally, for organ transplants involving malignancies, only the transplant of the organ with primary malignancy will be allowed. This measure aims to prevent significant potential misuse of this facility.
- 25.2 Furthermore, the cost of artificial limbs is to be restricted to the CGHS rate.



संलग्नक विवरण

संलग्नक का नाम	संलग्नक की अंतर्वस्तु	पृष्ठ संख्या
संलग्नक-I	अस्पताल (पी-I) अभिनिर्देशन (अभिनिर्देशन) प्रपत्र	
संलग्नक-II	टाइ-अप अस्पताल के प्रयोग हेतु (बिल प्रस्तुत करने हेतु) (पी-II)	
संलग्नक-III	टाइ-अप अस्पताल के प्रयोग हेतु (पी-III)	
संलग्नक-IV	पते सहित टाइ-अप अस्पताल का पत्र-शीर्ष (पी-V)	
संलग्नक-V	रोगी/परिचारक संतुष्टि प्रमाणपत्र (पी-VI)	
संलग्नक-VI	अभिनिर्देशन की मासिक समीक्षा	
संलग्नक-VII - क	क्षे.निदेशक/रा.बी.चि.नि/क.रा.बी.नि अस्पताल/नि.(चि) दिल्ली में लंबित द्वितीयक देखभाल/अति विशिष्ट बिलों की त्रैमासिक स्थिति	
संलग्नक-VII - ख	अभिनिर्देशित मामलों के मूल्यांकन के लिए प्रपत्र- क्षे.निदेशक/नि.(चि) दिल्ली/रा.बी.चि.नि/क.रा.बी.निगम अस्पतालों द्वारा द्वितीयक देखभाल/अति विशिष्ट अभिनिर्देशन पर व्यय का त्रैमासिक विश्लेषण	
संलग्नक-VIII	क.रा.बी.निगम अस्पतालों से अति विशिष्ट उपचार/द्वितीयक देखभाल के लिए रोगियों के बाहरी अभिनिर्देशन के संबंध में जानकारी	

Annexure Details

Name of the Annexure	Content of the Annexure	Page Number
Annexure-I	Hospital (P-I) Referral Form	
Annexure-II	To be used by Tie-up hospital (for raising the bill) (P-II)	
Annexure-III	To be used by Tie-up hospital (P-III)	
Annexure-IV	Letterhead of Tie-up Hospital with Address details(P- V)	
Annexure-V	Patient/Attendant Satisfaction Certificate (P-VI)	
Annexure-VI	Monthly Review of Referral	
Annexure-VII-A	Quarterly status of pendency of secondary care/Super Specialty bills in RD/DIMS/ESIC Hospital/D(M)D	
Annexure-VII-B	Proforma for evaluation of referred case-Quarterly Analysis of Expenditure on Discipline-wise Secondary Care/SST Referrals by RD/DMD/DIMS/ESIC Hospitals	
Annexure-VIII	Information Regarding External Referral of Patients for SST / Secondary Care from ESIC Hospitals	



अस्पताल (पी-1) अभिनिर्देशन प्रपत्र

पी 1 प्रपत्र (क.रा.बी निगम के धन्वंतरी मॉड्यूल के अनुसार अभिनिर्देशन प्रपत्र)

टाइ-अप अस्पताल के लिए अनिवार्य अनुदेश

1. टाइ-अप अस्पताल को केवल वही प्रक्रिया/उपचार करने का निर्देश दिया जाता है जिसके लिए रोगी को अभिनिर्देशित किया गया है।
2. यदि रोगी के इलाज के लिए किसी अतिरिक्त प्रक्रिया/उपचार/जांच की आवश्यकता होती है, जिसके लिए उसे अभिनिर्देशित किया गया है, तो उसके लिए अभिनिर्देशित करने वाले अस्पताल से ई-मेल के माध्यम से अनुमति लेना अनिवार्यतः अपेक्षित है, और जल्द से जल्द लिखित रूप में इसकी पुष्टि की जानी चाहिए।
3. जिस अस्पताल में रोगी को अभिनिर्देशित किया है, उस अस्पताल को रोगी की छुट्टी होने के 06 दिनों के भीतर करार के अनुसार मानक प्रपत्र पर सहायक दस्तावेजों के साथ खाता संख्या और आरटीजीएस संख्या आदि देते हुए बिल जमा करना होगा।
4. खाद्य अनुपूरक की प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी।
5. जहां भी संभव हो केवल जेनेरिक दवा का उपयोग किया जाए।
6. केवल उन्हीं दवाओं का उपयोग किया जाए जो एफडीए/आइपी/बीपी या यूएसपी अनुमोदित हों।

क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल द्वारा टाइ-अप अस्पताल में अभिनिर्देशित करते समय भेजे जाने वाले दस्तावेजों की जांच सूची

1. विधिवत भरा एवं हस्ताक्षरित अभिनिर्देशन प्रपत्र।
2. बीमाकृत व्यक्ति के बीमा कार्ड/फोटो पहचान पत्र की प्रति।
3. विशेषज्ञ/संबंधित चिकित्सा अधिकारी की अभिनिर्देशन अनुशंसा।
4. पहले की जा चुकी जांच और उपचार की रिपोर्टें
5. रोगी की दो तस्वीरें

Hospital (P-I) Referral Form

P1 form (Referral Form as per Dhanwantri Module of ESIC)

Mandatory Instructions for Tie-up Hospital

1. Tie up hospital is instructed to perform only the procedure/treatment for which the patient has been referred.
2. In case, any additional procedure/treatment/investigation is essentially required in order to treat the patient for which he/she has been referred to, the permission for the same is essentially required from the referring hospital through e-mail, and to be confirmed in writing at the earliest.
3. The referred hospital has to raise the bill as per the agreement on the standard proforma along with supporting documents within 06 days of discharge of the patient giving account number and RTGS number etc.
4. Food supplement will not to be reimbursed.
5. Only Generic medicine to be used wherever possible.
6. Only those medicine to be used which are FDA/ IP/ BP or USP approved.

Checklist of documents to be sent by referring ESIC/ESIS hospital to tie-up hospital

1. *Duly filled & signed referral proforma.*
2. *Copy of Insurance Card/Photo I card of IP.*
3. *Referral recommendation of the specialist/concerned medical officer.*
4. *Reports of investigations and treatment already done.*
5. *Two Photographs of the patient.*



टाइ-अप अस्पताल के प्रयोग हेतु (बिल प्रस्तुत करने हेतु) (पी-II)

पता/ई-मेल एवं टेलीफ़ैक्स/फ़ैक्स संख्या सहित अस्पताल का पत्र शीर्ष

(एन.ए.बी.एच मान्यता प्राप्त अति विशिष्टता अस्पताल)

(दस्तावेजी प्रमाण संलग्न करें)

व्यक्तिगत केस संरूप

रोगी का नाम : अभिनिर्देशन क्रमांक (नियमित)/
आपातकालीन/रा.चि.आयुक्त के माध्यम से

उम्र/लिंग :

पता :

संपर्क संख्या :

बीमा संख्या/स्टाफ कार्ड संख्या पेंशन भोगी/कार्ड संख्या :

अभिनिर्देशन (अभिनिर्देशन) की तिथि :

प्रवेश की तिथि/छुट्टी की तिथि :

निदान :

छुट्टी के समय रोगी की स्थिति :

(पैकेज दरों के लिए)

उपचार/की गई प्रक्रिया :

रोगी का टाई-अप अस्पताल प्राधिकारी द्वारा सत्यापित फोटो

I. पैकेज दर सूची में मौजूद

प्रभारणीय प्रक्रियाओं के लिए केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना/अन्य कूट संख्या/संख्याएं :

क्र.सं.	प्रभारणीय प्रक्रिया	केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना कूट संख्या, पृष्ठ सं. सहित (1)	अन्य ,यदि (1) पर नहीं है, तो निर्धारित कूट संख्या ,पृष्ठ सं. सहित	दर	दावा की गई राशि	स्वीकृत राशि	अभ्युक्तियां

प्रयोग किए गए इम्प्लांट/उपकरण का शुल्क

दावा की गई राशि

Annexure-II

To be used by Tie-up hospital (for raising the bill) (P-II)
Letterhead of Hospital with Address & Email/Fax/Telefax number

(NABH accreditation Super specialty Hospital)

(Attach documentary proof)

Photograph
of the Patient
verified by
tie-up hospital
authority

Individual Case Format

Name of the Patient through SMC : Referral S.No.(Routine) / Emergency/

Age/Sex :

Address :

Contact No :

Insurance Number/Staff Card No/Pensioner

Card no.

Date of referral :

Date of Admission Date of Discharge

Diagnosis :

Condition of the patient at discharge :

(For Package Rates)

Treatment/Procedure done/performed :

I. Existing in the package rate list's

CGHS/other Code no/nos for chargeable procedures :

S.No.	Charge-able Procedure	CGHS Code no with page no (1)	Other if not on (1) pre-scribed code no with page no	Rate	Amt. Claimed	Amount Admitted	Remarks

Charges of Implant/device used



स्वीकृत राशि
अभ्युक्तियां

II. (गैर-पैकेज दरें) की गई प्रक्रियाओं के लिए (पैकेज दरों की सूची में मौजूद नहीं)

क्रमांक	प्रभारणीय प्रक्रिया	दावा की गई राशि	स्वीकृत राशि	अभ्युक्तियां

III. तर्क और प्रलेखित अनुमति के साथ की गई अतिरिक्त प्रक्रिया

क्रमांक	प्रभारणीय प्रक्रिया	केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना कूट संख्या, पृष्ठ सं. सहित (1)	अन्य, यदि (1) पर नहीं है, तो निर्धारित कूट संख्या, पृष्ठ सं. सहित	दर	दावा की गई राशि	स्वीकृत राशि	अभ्युक्तियां

दावा की गई कुल राशि (I+II+III)
कुल स्वीकृत राशि (I+II+III)
अभ्युक्तियां

रोगी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता की मुहर

.....
(क.रा.बी.निगम के कार्यालयी प्रयोग हेतु)

कुल देय राशि :
भुगतान की तिथि :

संबंधित सहायक के हस्ताक्षर

अधीक्षक के हस्ताक्षर
सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर

Amount Claimed.....

Amount Admitted

Remarks

II. (Non-package Rates) For procedures done (not existing in the list of packages rates)

S.No.	Chargeable Procedure	Amt. Claimed	Amount Admitted	Remarks

III. Additional Procedure Done with rationale and documented permission

S.No.	Charge-able Procedure	CGHS Code no with page no (1)	Other if not on (1) pre-scribed code no with page no	Rate	Amt. Claimed	Amount Admitted	Remarks

Total Amount Claimed (I+II+III) Rs.

Total Amount Admitted (I+II+III) Rs.

Remarks

Sign/Thumb impression of patient Sign

Stamp of Authorized Signatory

(for Official use of ESIC)

Total amount payable :

Date of payment :

Signature of Dealing Assistant

Signature of Superintendent

Signature of Competent Authority



टाइ-अप अस्पताल के प्रयोग हेतु (पी-III)
पता/ई-मेल सहित अस्पताल का पत्र शीर्ष

समेकित बिल स्वरूप

बिल संख्या

दिनांक

बिल विवरण (सारांश)

क्रमांक	रोगी का नाम	अभिनिर्देश - संख्या	निदान/ प्रक्रिया जिसके लिए अभिनिर्देश किया गया है	प्रक्रिया/ उपचार किया गया	केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना/अन्य कूट (पृष्ठ सहित) सं./ संख्याएं/एन.ए.	शुल्क जो पैकेज दर सूची में नहीं है	स्वीकृत राशि	हकदारी राशि	अभ्युक्तियां

कुल दावा

प्रमाणित किया जाता है कि उपचार/प्रक्रिया निर्धारित मानदंडों के अनुसार किया गया है/की गई है और बिल में शुल्क का दावा क.रा.बी.निगम के साथ हस्ताक्षरित करार में निर्धारित निबंधन एवं शर्तों के अनुसार किया गया है।

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि प्रयोग किए गए सभी इम्प्लान्ट, उपकरण आदि पर शुल्क का दावा बाजार में उपलब्ध न्यूनतम दरों पर किया गया है।

इसके अलावा प्रमाणित किया जाता है कि उपचार/प्रक्रिया नकदरहित आधार पर की गई है।

रोगी/उसके रिश्तेदार से कोई पैसा प्राप्त/मांगा/चार्ज नहीं किया गया है।

राशि हमारे खाता संख्या आरटीजीएस संख्या में जमा करें और हमारे पते पर ई-मेल/फैक्स/कागजी प्रति के माध्यम से इसकी सूचना दें।

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर

To be used by Tie-up hospital (P-III) Letterhead of Hospital with Address & Email

Consolidated Bill Format

Bill No

Date

Bill details (Summary)

S. No	Name of patient	Ref. No	Diag./ Procedure for which re-ferred	Proce- dure Per- formed/ treat- ment given	CGHS/ other Code (with page) No/Nos/ N.A	Charges not in package rates list	Amount Admit- ted	Amount entitled	Re- marks

Total Claim.

Certified that the treatment/procedure has been done/performed as per laid down norms and the charges in the bill has/ have been claimed as per the terms & conditions laid down in the agreement signed with ESIC.

It is also certified that all the implants, devices etc used are charged at lowest available market rates.

Further certified that the treatment/ procedure have been performed on cashless basis. No money has been received /demanded/ charged from the patient/ his/her relative.

The amount may be credited to our account no _____ RTGS no _____ and intimate the same through email/fax/hard copy at the address.

Signature of Competent Authority



जांच सूची

1. विधिवत भरा हुआ समेकित प्रपत्र।
2. विधिवत भरा हुआ व्यक्तिगत रोगी बिल प्रपत्र।
3. छुट्टी पर्ची, जिसमें उपचार सारांश और विस्तृत उपचार अभिलेख शामिल है।
4. इम्प्लान्ट/स्टेंट/उपकरण के बिल पाउच/पैकेट/इनवॉइस आदि सहित।
5. मूल रूप में अभिनिर्देश प्रपत्र, बीमा कार्ड/बीमाकृत व्यक्ति का फोटो पहचान पत्र/चिकित्सा अधिकारी की अभिनिर्देशन अनुशंसा और पात्रता प्रमाण पत्र। आपातकालीन उपचार या अतिरिक्त प्रक्रिया के मामले में रा.चि-आ./व.रा.चि.आ. का अनुमोदन पत्र।
6. प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के हस्ताक्षर एवं मुहर।

प्रमाणपत्र- यह प्रमाणित किया जाता है कि उपचार में प्रयोग की गई दवाएं मानक फार्माकोपिया आइपी/बीपी/यूएसपी/एफडीए में हैं।

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर

Checklist

1. *Duly filled up consolidated proforma.*
2. *Duly filled up Individual Pt Bill .proforma.*
3. *Discharge Slip containing treatment summary & detailed treatment record.*
4. *Bill(s) of Implant(s) / Stent(s) /device along with Pouch/packet/invoice etc.*
5. *Referral proforma in original, Insurance Card/ Photo I card of IP/ Referral recommendation of medical officer & entitlement certificate. Approval letter from SMC/SSMC in case of emergency treatment or additional procedure performed.*
6. *Sign & Stamp of Authorized Signatory.*

Certificate: It is certified that the drugs used in the treatment are in the standard pharmacopeia IP/BP/USP/FDA.

Signature of Competent Authority



पते के विवरण सहित टाइ-अप अस्पताल का पत्र शीर्ष (पी-V)

मासिक बिल

रोग-निदान केंद्रों/अभिनिर्देशित अस्पतालों में विशेष जांच

बिल संख्या

बिल दिनांक

क्रमांक	रोगी का नाम और बीमा/कर्मचारी संख्या	अभिनिर्देशित करने की तिथि	की गई जांच	केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य/ अन्य कूट संख्या पृष्ठ सं. सहति	शुल्क, जो पैकेज दर सूची में नहीं है	दावा राशि	स्वीकृत राशि (हकदारी)	अभ्युक्तियाँ/ अस्वीकृति के कारण सहति

प्रमाणित किया जाता है कि उपचार/प्रक्रिया निर्धारित मानदंडों के अनुसार किया गया है/की गई है और बिल में शुल्क का दावा क.रा.बी.निगम के साथ हस्ताक्षरित करार में निर्धारित निबंधन एवं शर्तों के अनुसार किया गया है। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि प्रयोग किए गए सभी इम्प्लांट, उपकरण आदि पर शुल्क का दावा बाजार में उपलब्ध न्यूनतम दरों पर किया गया है।

इसके अलावा प्रमाणित किया जाता है कि उपचार/प्रक्रिया नकदरहित आधार पर की गई है।

रोगी/उसके रिश्तेदार से कोई पैसा प्राप्त/मांगा/चार्ज नहीं किया गया है।

राशि हमारे खाता संख्या आरटीजीएस संख्या में जमा करें और हमारे पते पर ई-मेल/फैक्स/कागजी प्रति के माध्यम से इसकी सूचना दें।

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर

जांच सूची

1. जांच रिपोर्ट।
2. अभिनिर्देशन दस्तावेज़ मूल रूप में।
3. क्रम संख्या के अनुसार व्यक्तिगत बिलों का क्रमांकन।

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर

Letter head of Tie-up Hospital with Address details(P- V)**Monthly Bill****Special Investigations for diagnosis centres/referral Hospitals**

Bill No

Bill Date

S. No	Name of the Patient & Insurance/ Staff no	Date of Reference	Investigation Performed	CGHS /other code no with page no	Charges not in package rates list	Amount Claimed	Amount Admitted (entitled)	Remarks Disallowances with reasons

Certified that the procedure/investigations have been done/performed as per laid down norms and the charges in the bill has/ have been claimed as per the terms & conditions laid down in the agreement signed with ESIC.

Further certified that the procedure/investigations have been performed on cashless basis. No money has been received /demanded/ charged from the patient / his/her relative.

The amount may be credited to our account no _____ RTGS no _____ and intimate the same through email/fax/hard copy at the address.

Signature of Competent Authority

Checklist

1. Investigation Report.
2. Referral Document in original.
3. Serialization of individual bills as per the Sr. No. in the bill.

Signature of Competent Authority



संलग्नक- V

रोगी/परिचारक संतुष्टि प्रमाणपत्र (पी-VI)

(द्विभाषी संरूप (अंग्रेजी और स्थानीय भाषा))

मैं मुझे/रोगी को दिए गए उपचार और अस्पताल के कर्मचारियों के व्यवहार से संतुष्ट हूँ/संतुष्ट नहीं हूँ।

यदि संतुष्ट नहीं हैं, तो उसका कारण बताएं।

मुझसे/मेरे रिश्तेदार से अस्पताल में रहने के दौरान कोई पैसा नहीं लिया/मांगा गया।

रोगी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

परिचारक का नाम
दूरभाष सं.

PATIENT/ATTENDANT SATISFACTION CERTIFICATE (P-VI)**(Bilingual format (English & Local language))**

I am satisfied/ not satisfied with the treatment given to me/ my patient and with the behavior of the hospital staff.

If not satisfied, the reason thereof.

No money has been demanded/ charged from me/my relative during the stay at hospital.

Sign/Thumb impression of patient/

Attendant Name

Phone No.



अभिनिर्देशन की मासिक समीक्षा

1. जांचें:

जांच का नाम	माह में अभिनिर्देशित की गई जांचों की संख्या	अभिनिर्देशित करने का कारण		
		उपकरणों (नाम) की अनुपलब्धता	चिकित्सकीय कार्मिकों (विशेषज्ञता) की अनुपलब्धता	दूसरे अन्य कारण

2. उपचार/प्रक्रिया:

विशेषज्ञता/लक्षण के अनुसार अभिनिर्देशन		महीने में ऐसे अभिनिर्देशनों की संख्या	अभिनिर्देशन के कारण			
विशेषज्ञता	लक्षण		उपकरणों (नाम) की अनुपलब्धता	चिकित्सकीय कार्मिकों (विशेषज्ञता) की अनुपलब्धता	सेवा/सुविधाओं की अनुपलब्धता	दूसरे अन्य कारण
विभागवार अभिनिर्देशन		महीने में ऐसे अभिनिर्देशनों की संख्या	अभिनिर्देशन के कारण			
विशेषज्ञता	लक्षण		उपकरणों (नाम) की अनुपलब्धता	चिकित्सकीय कार्मिकों (विशेषज्ञता) की अनुपलब्धता	सेवा/सुविधाओं की अनुपलब्धता	दूसरे अन्य कारण

Annexure- VI

MONTHLY REVIEW OF REFERRAL

A. Investigations:

Name of Investigation	Number of such investigation referred in the month	Reason for Referral		
		Unavailability of equipment (name)	Unavailability of medical personnel (specialty)	Any other reason

B. Treatment / Procedures:

Specialty/ Indication wise referral		Number of such referrals in the month	Reason for Referral			
Specialty	Indication		Unavailability of equipment (name)	Unavailability of medical personnel (specialty)	Unavailability of service/ facility	Any other reason
Department wise referral		Number of such referrals in the month	Reason for Referral			
Specialty	Indication		Unavailability of equipment (name)	Unavailability of medical personnel (specialty)	Unavailability of service/ facility	Any other reason



क्षेत्रीय निदेशक/नि.बी.चि.सेवाएं/क.रा.बी.निगम अस्पताल/नि.(चि) दिल्ली कार्यालय में द्वितीयक देखभाल/
अति विशिष्टता बिलों के लंबित होने संबंधी त्रैमासिक स्थिति

राज्य का नाम.....

अवधि.....

द्वितीयक देखभाल/अति विशिष्टता बिलों के लंबित होने की त्रैमासिक स्थिति*

क्र. सं.	माह के प्रारंभ में बिल (बि.प्र.एजेंसी से प्रति मिलने के पश्चात)		माह के दौरान प्राप्त बिल (बि.प्र.एजेंसी से प्रति मिलने के पश्चात)		माह के दौरान निपटान किए गए बिल		माह के अंत में लंबित बिल			
	बिलों की संख्या	दावा राशि	बिलों की संख्या	दावा राशि	बिलों की संख्या	भुगतान राशि	बिलों की संख्या			दावा राशि
							0-30 दिन	30-90 दिन	>90 दिन	
1										

लेखा-परीक्षा दल के हस्ताक्षर

* प्रत्येक तिमाही के समाप्त होने पर पहले सप्ताह में मुख्यालय में भेजा जाना है।

लंबित रहने का कारण:

बिलों के परिसमापन हेतु कार्य योजना :

हस्ता./-

क्षे.निदेशक/नि.बी.चि.सेवाएं/चि.अधीक्षक/संकाय अध्यक्ष, क.रा.बी.निगम अस्पताल

Annexure-VII-A

**Quarterly status of pendency of
Secondary Care/Super-Speciality bills in RD/DIMS/ESIC HOSPITAL/D(M)D office**

Name of State.....

Period.....

S.N	Bills at beginning of the month (After receipt of hardcopy from BPA)		Bills received during the month (After receipt of hardcopy from BPA)		Bills disposed of during the month		Pendency of bills at the end of the month			
	No. of bills	Claimed amount	No. of bills	Claimed amount	No. of bills	paid amount	No. of bills			Claimed amount
							0-30 days	30-90 days	>90 days	
1										

Status of Secondary Care bills/Super Speciality bills*

Signature of Audit Team

*To be submitted to HQRS office in first week after completion of every quarter.

Reason for pendency:

Action plan for liquidation of bills:

Sd/-

RD/DIMS/MS/Dean, ESIC Hospital



संलग्नक- VII-ख

क्षे.निदेशक/नि.(चि) दिल्ली/नि.बी.चि.सेवाएं/क.रा.बी.निगम अस्पतालों द्वारा विशेषज्ञता अनुसार द्वितीयक देखभाल/
अति विशिष्टता उपचार अभिनिर्देशन पर व्यय का त्रैमासिक विश्लेषण

अस्पताल का नाम:

मंजूरी प्राधिकारी:

अवधि:

क्र.सं.	विशेषज्ञता	पिछली दो तिमाहियों में व्यय						चालू तिमाही में व्यय		
		अवधि: _____ से _____			अवधि: _____ से _____			अवधि: _____ से _____		
		बिलों की संख्या	दावा राशि	भुगतान राशि	बिलों की संख्या	दावा राशि	भुगतान राशि	बिलों की संख्या	दावा राशि	भुगतान राशि
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										

समिति की अभ्यक्तियां एवं सलाह:

समिति सदस्यों के हस्ताक्षर

हस्ता./-

क्षे.निदेशक/नि.बी.चि.सेवाएं/चि.अधीक्षक/संकाय अध्यक्ष, क.रा.बी.निगम अस्पताल

**Quarterly Analysis of Expenditure on Discipline-wise Secondary Care/SST Referrals by
RD/DMD/DIMS/ESIC Hospitals**

Name of the Hospital:
Period:

Sanctioning Authority:

S. No.	Discipline	Expenditure in the Previous Two Quarters						Expenditure in the Current Quarter		
		Period: _____ To _____			Period: _____ to _____			Period: _____ to _____		
		No of Bills	Claimed Amount	Paid Amount	No of Bills	Claimed Amount	Paid Amount	No of Bills	Claimed Amount	Paid Amount
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										

Remarks and Advisory by the Committee:

Signature of the Committee Members

-sd-

RD/DIMS/MS/Dean, ESIC Hospital



अस्पताल का नाम

क.रा.बी.निगम अस्पतालों से अति विशिष्टता उपचार/द्वितीयक उपचार के लिए बाह्य अभिनिर्देशन संबंधी सूचना									
क.रा.बी.निगम अस्पताल/संस्था का नाम									
स्वीकृत बिस्तरों की संख्या									
वर्तमान चालू माह में उपयोग होने वाले बिस्तरों की संख्या									
क्या यह शैक्षणिक संस्था है (या संलग्न है) (हां/नहीं)									
क्या यह अति विशिष्टता उपचार अस्पताल है (हां/नहीं)									
प्रतिवेदन की तिथि									
रोगी उपस्थिति की तुलना में अभिनिर्देशन आंकड़े									
रोगी की उपस्थिति									
माह व वर्ष	कुल बा.रो. विभाग उपस्थिति/पंजीकरण/ कुल पंजीकरण (क)	कुल हताहत/आपात कालीन उपस्थिति (ख)	भर्ती हुए कुल रोगी (ग)	रोगी उपस्थिति का कुल योग (क+ख)	बा.रो. विभाग + डॉय-लिसिस से बाह्य अभिनिर्देशन (घ)	सभी नैदानिक परीक्षणों (बा.रो.विभाग, भ.रो. विभाग, सीटी, प्रयोगशाला, इमेजिंग आदि) के बाह्य अभिनिर्देशन (च)	हताहत/आपात-कालीन से हुए बाह्य अभिनिर्देशन (छ)	भ.रो. विभाग से हुए बाह्य अभिनिर्देशन (ज)	कुल बाह्य अभिनिर्देशन (घ+ च+ छ+ ज)
विगत वर्ष का यही महीना									
प्रतिवेदन के वर्ष का माह									

Annexure –VIII
Name of the Hospital

Information Regarding External Referral of Patients for SST / Secondary Care from ESIC Hospitals									
Name of the ESIC Hospital / Institution									
Sanctioned Bed Strength									
Commissioned Bed Strength in the current month									
Whether a teaching Institution (or attached to) (Yes / No)									
Whether a Super Specialty Hospital (Yes / No)									
Date of Reporting									
Statistics of Referrals Vis-A-Vis Patient Attendance									
Patient Attendance									
Month & Year	Total OPD Attendance / Registration Count (A)	Total Casualty / Emergency Attendance (B)	Total In Patient Admissions (C)	Grand Total Patient Attendance (A+B)	External Referral from OPD+ Dialysis (D)	External Referral for all Diagnostic tests (Investigations from OPD, IPD, Cty, Lab, Imaging etc.) (E)	External Referral from Casualty / Emergency (F)	External Referral from IPD (G)	Total External Referral (D+ E+ F+ G)
Same Month of Previous Year									
Month of the Year under report									



क.रा.बी.निगम अस्पतालों के चिकित्सा अधीक्षकों द्वारा मुख्यालय में अभिनिर्देशन सांख्यिकी भेजने के लिए परिशोधित प्रपत्र

माह के दौरान हुए कुल अभिनिर्देशनों की कुल संख्या

द्वितीयक देखभाल	अति विशिष्टता उपचार
औषधि विभाग	हृदय रोग
सामान्य शल्यक्रिया	मूत्र रोग (औषधि एवं शल्यक्रिया)
हड्डी रोग	न्यूरोलॉजी/न्यूरो शल्य-क्रिया
महिला/प्रसूति	नेफ्रोलॉजी
छाती रोग	ऑन्कोलॉजी/ऑन्को शल्य-क्रिया (कीमोथेरेपी सहित)
शिशु रोग	आइसीआरटी/आइएमआरटी
आंख	आइजीआरटी
कान, नाक व गला	पैट - सीटी
गहन देखभाल इकाई (आइसीयू)	गैस्ट्रोएंटेरोलॉजी (औषधि व शल्यक्रिया)
	क्षयरोग औषधि
	शिशु शल्यक्रिया
	अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें)
	कुल (बा.रो.विभाग + भ.रो.विभाग) अभिनिर्देशन
कुल	हीमोडायलिसिस
	कुल अभिनिर्देशन (बा.रो.विभाग + भ.रो.विभाग + हीमोडायलिसिस)

जांचें	
प्रयोगशाला	
सीटी/एमआरआइ	
हृदयरोग (डीएसई - 01, होल्टर विश्लेषण - 04) 2डी ईको-0 , थैलियम-0	
ईईजी/ईएमजी	
यूरोफ्लोमीटरी	
एक्स रे - मेमोग्राफी	
स्तर II-00 (द्वितीयक देखभाल)	
युएसजी-0 (द्वितीयक देखभाल)	
स्कैन संबंधी जांच	
कुल	
समग्र योग (द्वितीयक + अ.वि.उ. + जांचें)	

Revised Proforma for submitting Referral Statistics by MS's of ESIC Hospitals to Hqrs Office

Total No. of referrals for the month of _____

SECONDARY CARE		SUPER SPECIALITY TREATMENT	
Medicine		Cardiology	
General Surgery		Urology (Medicine & Surgery)	
Ortho		Neurology/ Neuro Surgery	
OBS / Gyn		Nephrology	
Chest) Oncology/ Onco Surgery (including Chemotherapy)	
Paediatrics		ICRT/IMRT	
Eye		IGRT	
ENT		PET- CT	
ICU		Gastroenterology (Med & Surg.)	
		Pulmonary Medicine.	
		Paediatric Surgery	
		Any Other(Please Specify)	
		Total (OPD+IPD) Referrals	
TOTAL		Haemodialysis	
		Total Referrals (OPD + IPD+ Haemodialysis)	



Investigations	
Lab.	
CT/MRI	
Cardiac (DSE - 01, Holter Analysis – 04) 2D Echo-0 , Thallium-0	
EEG/EMG	
Uroflowmetry	
X-ray-Mammography	
Level II-00(Sec Care)	
USG-0(Sec Care)	
Scan related investigation	
TOTAL	
G.TOTAL (Sec + SST + Investigations)	



मानक प्रस्ताव अनुरोध



“अति विशिष्टता सेवाओं और रक्त बैंक सेवाओं के लिए अस्पतालों, नैदानिक केंद्रों के नामिकायन के लिए ई-निविदा आमंत्रित करने संबंधी नोटिस

 <p>सत्यमेव जयते</p>	<p>कर्मचारी राज्य बीमा निगम (श्रम एवं रोजगार मंत्रालय भारत सरकार)</p>	
---	---	---


निविदा संख्या

दिनांक:

STANDARD RFP



“Notice Inviting E-Tender for Empanelment of Hospitals, Diagnostic Centres for Super Speciality Services & Blood Bank Services

 <p>सत्यमेव जयते</p>	<p>EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION (Ministry of Labour & Employment, Govt. of India)</p>	
---	--	---

Tender No.

Dated:.....



ई-निविदा सूचना

अति विशिष्टता सेवाओं और रक्त बैंक सेवाओं के लिए अस्पतालों और निदान केंद्रों का नामिकायन

ई-निविदा के सभी नियमों और शर्तों और प्रक्रिया के साथ निविदा दस्तावेज को बोलीदाता वेबसाइट- <https://eprocure.gov.in/eprocure/app> और <https://www.esic.gov.in/tenders> से ऑनलाइन देख या डाउनलोड कर सकते हैं। सभी बोलीदाताओं से अनुरोध है कि वे उपर्युक्त वेबसाइटों पर यदि कोई अधिसूचना/अपडेट हो तो उसकी जांच कर लें।

सक्षम प्राधिकारी

E-TENDER NOTICE

Empanelment of Hospitals and Diagnostic Centres for Hospitals and Diagnostic Centres for Super Speciality Services & Blood Bank Services

Tender Document along with all terms and conditions and procedure of e-tendering may be viewed online or downloaded, by the bidder from the website-<https://eprocure.gov.in/eprocure/app> & <https://www.esic.gov.in/tenders>. All bidders are requested to check further notifications/updates if any, on the above-mentioned web sites.

Competent Authority



आवेदन प्रपत्र

(अति विशिष्टता सेवाओं और रक्त बैंक सेवाओं हेतु अस्पतालों और निदान केंद्रों के नामिकायन के लिए)

सेवा में,

विषय: - बीमाकृत व्यक्तियों, उनके परिवार के सदस्यों, क.रा.बी.निगम के सेवारत कर्मचारियों और उनके परिवार के हकदार सदस्यों के लिए अति विशिष्टता सेवाओं और रक्त बैंक सेवाओं के लिए अस्पतालों और निदान केंद्रों के नामिकायन के लिए निविदा।

महोदय/महोदया,

वेबसाइट में आपके दिनांकके विज्ञापन के संदर्भ में, मैं/हम, एनएबीएच/एनएबीएल द्वारा मान्यता प्राप्त (एक्स और वाइ शहरों के मामले में) हमारे संगठन में उपलब्ध सुविधाओं/सेवाओं की निम्नलिखित श्रेणियां और रक्त बैंक सेवाओं के मामले में रक्त बैंक के लिए वैध लाइसेंस नकद रहित आधार पर बीमाकृत व्यक्तियों, उनके परिवार के सदस्यों के लिए प्रदान करना चाहते हैं:

- * अति विशिष्टता उपचार ()
- * नैदानिक सेवाएं (डॉयग्नोस्टिक) ()
- * विशेष डायलिसिस सेवाएँ ()
- * विट्रो-रेटिनल प्रक्रियाओं के लिए विशेष नेत्र सेवाएँ ()
- * रक्त बैंक सेवाएँ ()
- * अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें).....

Application Form

(For empanelment of Hospitals and Diagnostic Centres for Super
Speciality Services & Blood Bank Services)

To,

Subject:- Tender for Empanelment of Hospitals and Diagnostic Centres for Super Speciality Services & Blood Bank services for insured persons, their family members, ESIC Serving staff & their entitled family members.

Sir/Madam,

In reference to your advertisement in the website dated....., I/we wish to offer the following categories of facilities/services available in our organization as accredited by NABH/ NABL (in case of X and Y cities) and valid license for blood bank in case of blood bank services for insured persons, their family members on cashless basis:

- *Super Speciality Treatment ()
- *Diagnostic Services ()
- * Exclusive Dialysis Services ()
- * Exclusive Eye Services for vitreo-retinal Procedures ()
- *Blood Bank services ()

*Other (Please Specify).....



(*जो भी लागू हो उसे चिह्नित करें, प्रत्येक श्रेणी के लिए बयाना जमा के साथ अलग आवेदन आवश्यक है)

ध्यान दें: स्वास्थ्य देखभाल संगठन रक्त बैंक के लिए वैध लाइसेंस/सभी अति विशिष्टता सेवा सुविधाएं/विशेषताएं प्रदान करेंगे जिनके लिए यह एनएबीएच/एनएबीएल (एक्स और वाइ शहरों के मामले में) द्वारा मान्यता प्राप्त है।

मैं/हम निविदा प्रलेख के सभी नियमों और शर्तों का पालन करने की प्रतिज्ञा करते हैं और मैं/हम यह भी प्रमाणित करते हैं कि हम अपनी ओर से चूक के परिणामों, यदि कोई हो, को समझते हैं।

(स्वामी/प्राधिकृत व्यक्ति का नाम और हस्ताक्षर)

स्थान:

दिनांक:

अनुलग्नक: अनुलग्न लेनदेन रसीदों के साथ विधिवत भरा हुआ संलग्नक।

1. निविदा की प्रस्तुति हेतु सेवा प्रदाताओं के संबंध में अनुदेश

(कृपया आवेदन प्रपत्र भरने से पूर्व सभी निबंधन एवं शर्तों एवं उसके संलग्नक को ध्यानपूर्वक पढ़ें।)

दस्तावेज विवरण-

निविदा दस्तावेज को केंद्रीय लोक अधिप्राप्ति पोर्टल (सीपीपीपी) <https://eprocure.gov.in/eprocure/app> एवं <https://www.esic.gov.in/tenders> से डाउनलोड किया जा सकता है। आवेदन प्रपत्र बयाना जमा के साथ होना चाहिए। स्वास्थ्य देखभाल संगठन द्वारा प्रस्तुत किया जाने वाला बयाना जमा निम्न है: -

संस्था का प्रकार	बयाना जमा
1. बहु-विशिष्टता अस्पताल	रुपए 2,00,000 (रुपए दो लाख मात्र)
2. स्टैंड अलोन/नैदानिक/इमेजिंग केंद्र/नेत्र/डायलिसिस केंद्र	रुपए 1,00,000 (रुपए एक लाख मात्र)
3. रक्त बैंक केंद्र	रुपए 1,00,000 (रुपए एक लाख मात्र)

बोली लगाने वाले को उपर्युक्त राशि का भुगतान केवल ऑनलाइन पद्धति (आरटीजीएस) के माध्यम से करना होगा। बैंक विवरण निम्न है: -

खाते का नाम	कर्मचारी राज्य बीमा निगम
बैंक का नाम एवं शाखा	भारतीय स्टेट बैंक, शाखा.....
लेखा सं.	
आइएफएस कूट	
एमआइसीआर सं.	

(*Tick whichever is applicable, separate application along with EMD and required for each category)

NOTE: Health Care Organizations shall offer all the SST services facilities/specialties for which it is NABH/NABL accredited (in case of X & Y cities) /valid license for blood bank

I/We pledge to abide by all the terms and conditions of the Tender Document and I/We also certify that we understand the consequences of default on our part, if any.

(Name and signature of the Proprietor/Authorized Person)

Place:

Date:

Enclosures: Duly filled Annexure along with enclosure transaction receipts.

1. Instructions to Service Providers for submission of Tender

- a) (Please read all terms & conditions carefully before filling the application form and annexure thereto)

Document Details

The Tender Document can be downloaded from the Central Public Procurement Portal (CPPP) at <https://eprocure.gov.in/eprocure/app> & <https://www.esic.gov.in/tenders>. Application form shall accompany Earnest Money Deposit (EMD). The EMD to be submitted by the HCOs is detailed below:-

Type of Institution	EMD
1. Multi-Specialty Hospital	Rs 2,00,000 (Rs Two Lakhs Only)
2. Stand Alone / Diagnostic /Imaging Centre/Eye/ Dialysis Centre	Rs 1,00,000(Rs One Lakh Only)
3. Blood Bank Centre	Rs 1,00,000(Rs One Lakh Only)

The bidder has to pay the above said amount through online mode (RTGS) only. Bank Details as below: -

Account Name	EMPLOYEES STATE INSURANCE CORPORATION
Bank Name & Branch	State Bank of India, Branch.....
Account No.	
IFS Code	
MICR No.	



नोट 1: - यूटीआर संख्या सहित ऑनलाइन जेनरेट की गई लेनदेन रिपोर्ट आवेदन प्रपत्र के साथ अपलोड की जानी है।

नोट 2: - जो बोली लगाने वाला नामिकायन हेतु अर्हता प्राप्त है लेकिन निर्धारित समयावधि में करार पर हस्ताक्षर करने के लिए संपर्क नहीं करता है, तो उक्त बोलीदाता(ओं) के बयाना राशि को जब्त कर लिया जाएगा।

1) दस्तावेज स्वीकृत:

बोली लगाने वालों को जाँच-सूची के अनुसार सभी संलग्नकों एवं आवश्यक दस्तावेजों के साथ एनआइसी पर <https://eprocure.gov.in/eprocure/app>, क.रा.बी.निगम के लिए केंद्रीय सार्वजनिक खरीद पोर्टल (सीपीपी) के माध्यम से ऑनलाइन आवेदन करना होगा। मूल्यांकन हेतु केवल ऑनलाइन दस्तावेजों एवं संलग्नक पर विचार किया जाएगा। भौतिक दस्तावेज किसी भी मामले में स्वीकार्य नहीं होंगे। अति विशिष्टता सेवाओं/रक्त बैंक सेवाओं/नैदानिक सेवाओं के लिए आवेदन करने वाले बोलीकर्ताओं को प्रत्येक बोली के लिए डिजिटल हस्ताक्षर के साथ, अलग-अलग बयाना जमा के साथ प्रत्येक श्रेणी की सेवाओं हेतु अलग-अलग आवेदन करना होगा।

- 2) जाँच-सूची (संलग्नक-ग) के अनुसार सभी दस्तावेज निदेशक/कानूनी रूप से प्राधिकृत व्यक्ति (प्राधिकृत व्यक्ति के मामले में विधिवत प्राधिकरण) द्वारा हस्ताक्षरित तथा उन पर मुहर होने चाहिए एवं इन्हें स्कैन करके ऑनलाइन अपलोड किया जाना है।
- 3) अस्पतालों/नैदानिक/इमेजिंग केंद्रों/विशिष्ट डायलिसिस/विशिष्ट नेत्र केंद्रों/रक्त बैंकों (जिन्हें सामूहिक रूप से 'स्वास्थ्य देखभाल संगठन' या स्वास्थ्य देखभाल संगठन भी कहा जाता है) को सलाह दी जाती है कि वे संलग्नक-ई में संलग्न ऑनलाइन बोली हेतु नियत अनुदेशों का ध्यानपूर्वक अध्ययन करें एवं यह सुनिश्चित करें कि अपलोड किए जाने वाले अपेक्षित सभी दस्तावेज पठनीय हों।
- 4) नामिकायन के लिए चुने जाने पर, सहमति ज्ञापन में प्रवेश करने से पूर्व स्वा.दे.संगठन को 03 वर्ष (यानी, संविदा की समाप्ति के बाद 01 वर्ष तक) की वैधता वाले अनुसूचित वाणिज्यिक बैंक से बैंक गारंटी के रूप में निम्नलिखित कार्य निष्पादन सुरक्षा जमा प्रस्तुत करना होगा।

संस्था का प्रकार	पीबीजी
1. बहु-विशिष्टता अस्पताल	रुपए 10,00,000 (रुपए दस लाख मात्र)
2. स्टैंड अलोन/नैदानिक/इमेजिंग केंद्र/नेत्र/डायलिसिस केंद्र	रुपए 2,00,000 (रुपए दो लाख मात्र)
3. रक्त बैंक केंद्र	रुपए 1,00,000 (रुपए एक लाख मात्र)

नोट : अपलोड किए जाने वाले सभी स्कैन दस्तावेजों को विधिवत भरा जाए (यदि आवश्यक हो)/प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा अनिवार्य रूप से हस्ताक्षरित एवं मुहर लगाया जाना सुनिश्चित किया जाए।

5) नामिकागत अस्पतालों/रक्त बैंकों एवं नैदानिक सेवाओं के लिए सेवाओं का कार्यक्षेत्र निम्नानुसार होगा:

1. बहु-विशिष्टता सेवाएँ:

क्रम सं.	विशिष्टता सेवाओं के नाम

Note 1: - The Transaction report generated online including UTR number must be uploaded with application form.

Note 2: - The bidder who qualifies for empanelment but not approaching for signing the agreement in stipulated time period, the EMD of said bidder(s) shall be forfeited.

b) Document Acceptance:

The bidders have to apply online with all annexure and necessary documents as per checklist through Central Public Procurement Portal (CPP) for ESIC on NIC at <https://eprocure.gov.in/eprocure/app>. Only online documents and annexure will be considered for evaluation. Physical document will not be entertained in any case. Bidder Applying for Super Specialty Services / Blood Bank services/Diagnostic Services needs to apply separate bid for each category services along with separate EMD with digital signature for each bid.

c) The documents as per checklist (Annexure-C) is to be signed, stamped by the/ Director/Legally Authorized Person (Due authorization to be enclosed, in case of authorized person) and scanned and uploaded online.

d) The Hospitals/ Diagnostic/Imaging centres/ Exclusive Dialysis/Exclusive Eye Centre/ Blood Banks (hereinafter also referred collectively as 'Health Care Organizations' or 'HCO') are advised to go through the Instructions for Online Bid Submission annexed at Annexure-E and ensure that all documents required to be uploaded are legible.

e) On being selected for empanelment, before entering into MoU the HCOs shall have to furnish the following Performance Security Deposit in the form of Bank Guarantee from a scheduled commercial bank having validity of 03 years (i.e., 01 year beyond the expiry of contract)

Type of Institution	PBG
1. Multi-Specialty Hospital	Rs 10,00,000 (Rs Ten Lakhs Only)
2. Stand Alone/Diagnostic/Imaging Centre/Eye/Dialysis Centre	Rs 2,00,000(Rs Two Lakh Only)
3. Blood Bank Centre	Rs 1,00,000(Rs One Lakh only)

Note: All scanned documents being uploaded should be ensured to be duly filled (if required) /signed and stamped compulsorily by authorized signatory.

f) The scope of services for empanelled hospitals/ blood banks and diagnostic services will be as follows:

1. Super Specialty Services:

S.No.	Name of speciality services

2. नैदानिक सेवाएँ

क्र सं.	नैदानिक सेवाओं के नाम

3.

अनन्य डायलिसिस सेवाएं	

4.

रक्त बैंक सेवाएं	

5.

विट्रो-रेटिनल प्रक्रियाओं हेतु अनन्य नेत्र सेवाएं	

नोट:

उपर्युक्त वर्णित सुविधाओं में से कुछ क.रा.बी.निगम अस्पतालों में आंतरिक तौर पर उपलब्ध हैं एवं अभिनिर्देशन केवल वास्तविक आवश्यकता के आधार पर किए जाएँगे।

स्वास्थ्य देखभाल संगठन केवल उन सेवा सुविधाओं/विशेषताओं की पेशकश करेंगे जिनके लिए यह नामिकागत है, लेकिन यदि नामिकागत स्वा.दे.संगठन में भर्ती किसी क.रा.बी.निगम लाभार्थी को संविदा के अलावा किसी अन्य सेवाओं की आवश्यकता है, तो उपचार कें.स.स्वा.योजना दरों/अस्पताल दरों पर, जो भी कम हो, सक्षम प्राधिकारी की उचित अनुमति के साथ प्रदान किया जाएगा।

पात्रता मानदंड**1. आवश्यक पात्रता अपेक्षाएँ: -**

- 1) स्वास्थ्य देखभाल संगठन के पास वैध एन ए बी एच/एन ए बी एल मान्यता ('एक्स' एवं 'वाइ' शहरों हेतु) होनी चाहिए एवं अधिमानतः 'जेड' शहरों के लिए एन ए बी एच तथा एन ए बी एल मान्यता प्राप्त होनी चाहिए। एन ए बी एच/एन ए बी एल प्रत्यायन की प्रति सेवाओं के दायरे के साथ संलग्न होनी चाहिए।
 - 2) रक्त बैंकों के पास एक वैध लाइसेंस अनिवार्य रूप से होना चाहिए।
 - 3) बहु-विशिष्टता अस्पताल (10% आइसीयू बेड के साथ) के लिए न्यूनतम बेड की आवश्यकता निम्नानुसार है:
 - (i) टाइप एक्स शहर – 100 बेड
 - (ii) टाइप वाइ शहर – 50 बेड
 - (iii) टाइप जेड शहर – 30 बेड
 - 4) एकक डायलिसिस केंद्रों में कम से कम निम्नलिखित शामिल होने चाहिए-
 - (i) टाइप एक्स शहर – 10 डायलिसिस इकाइयां
 - (ii) टाइप वाइ एवं जेड शहर – 6 डायलिसिस इकाइयां
 - 5) डायलिसिस: आंतरिक डायलिसिस सुविधा के साथ बहु-विशिष्टता अस्पताल को विशिष्ट डायलिसिस केंद्रों से ज्यादा प्राथमिकता दी जाएगी।

2. Diagnostic Services

S.No.	Name of diagnostic services

3.

Exclusive Dialysis Services	
-----------------------------	--

4.

Blood Bank services	
---------------------	--

5.

Exclusive Eye Services for vitreo-retinal Procedures	
--	--

NOTES:

Some of the above-mentioned facilities are available in-house in some ESIC hospitals and referrals will be made on actual need basis only.

Health Care Organizations shall offer only the services facilities/specialties for which it is empanelled, but in case any ESIC beneficiary admitted in the empanelled HCO needs any other services other than the contract, the treatment shall be provided with due permission of the Competent Authority at CGHS rates/hospital rates whichever is less.

ELIGIBILITY CRITERIA

(A) Essential eligibility requirements: -

- a) The HCOs must have a valid NABH/NABL accreditation (for 'X' & 'Y' cities) and preferentially shall have NABH and NABL accredited for 'Z' cities as applicable. Copy of NABH/NABL accreditation along with scope of services shall be enclosed.
- b) For Blood Banks a valid license is mandatory.
- c) Minimum bed requirement for multi-speciality hospital (with 10% ICU beds) is as below:
 - (i) Type X city – 100 beds
 - (ii) Type Y city – 50 beds
 - (iii) Type Z city – 30 beds
- d) Standalone dialysis centres shall have minimum of –
 - (i) Type X city – 10 dialysis units
 - (ii) Type Y & Z city – 6 dialysis units
- e) Dialysis: Multi-specialty hospital with in-house dialysis facility shall be preferred over exclusive Dialysis Centre.



- 6) विशिष्ट डायलिसिस केंद्र: विशिष्ट डायलिसिस केंद्रों में नेफ्रोलॉजिस्ट के साथ साथ आइसीयू सेवाओं की व्यवस्था होनी चाहिए (नामिकागत किए जाने वाले विशिष्ट डायलिसिस केंद्रों को अभिनिर्देशन लोड के आधार पर तय किया जाएगा एवं अधिक संख्या में डायलिसिस मशीनों वाले केंद्रों को प्राथमिकता दी जाएगी।) सीरो-पॉजिटिव मामलों के लिए न्यूनतम एक डायलिसिस मशीन निर्धारित की जानी चाहिए।

(सूचना : राज्य सरकार/स्थानीय निकायों/एन ए बी एच/प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड प्राधिकारियों के पंजीकरण प्रमाण-पत्र में प्रमाणित बिस्तरों की संख्या को अस्पताल की वैध बिस्तर क्षमता के रूप में लिया जाएगा।)

- 7) बोली प्रस्तुत करने की अंतिम तिथि तक स्वास्थ्य देखभाल संगठन को कम से कम दो पूर्ण वर्षों हेतु प्रचालित होना चाहिए। व्यवसाय में होने के प्रमाण के रूप में वित्तीय वर्ष (.....) हेतु लेखा परीक्षित तुलन-पत्र, लाभ एवं हानि खाता प्रस्तुत किया जाए। यदि पिछले वित्तीय वर्ष से संबंधित लेखापरीक्षित वित्तीय विवरण उपलब्ध नहीं है, तो सनदी लेखाकार द्वारा वार्षिक पण्यावर्त संबंधी प्रमाण पत्र प्रस्तुत किया जाए।
- 8) स्वास्थ्य देखभाल संगठन का 'एक्स' और 'वाइ' शहरों के लिए न्यूनतम वार्षिक कारोबार 2 करोड़ रुपये एवं 'जेड' शहरों के लिए 1 करोड़ रुपये होना चाहिए। विशिष्ट नेत्र अस्पताल/केंद्र, डायलिसिस केंद्र, नैदानिक प्रयोगशाला एवं इमेजिंग केंद्रों का 'एक्स' तथा 'वाइ' शहरों के लिए न्यूनतम कारोबार 20 लाख रुपये तथा 'जेड' शहरों के लिए 10 लाख रुपये होना चाहिए।
- 9) स्थानीय निकायों के साथ पंजीकरण/वैध राज्य पंजीकरण प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना चाहिए।
- 10) संबंधित स्थान के स्थानीय उपनियमों के अनुसार सरकारी अधिकारियों द्वारा जारी अग्नि निर्बाधता प्रमाण पत्र प्रस्तुत किया जाना चाहिए।
- 11) जैव-चिकित्सीय अपशिष्ट प्रबंधन नियम/राज्य प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड नियमों की सभी वैधानिक आवश्यकताओं का विधिमान्य अनुपालन।
- 12) तकनीकी रूप से अर्हक कर्मचारियों द्वारा प्रबंधित 24X7 आपातकालीन सेवाएं।
- 13) दिशा-निर्देशों के अनुसार रक्त बैंक/रक्त भंडारण सुविधा की व्यवस्था।
- 14) भर्ती रोगियों के लिए आहार सेवाओं की व्यवस्था।
- 15) अंग एवं ऊतक प्रत्यारोपण सुविधाओं के लिए पंजीकरण का विधिमान्य प्रमाण पत्र, जहां भी लागू हो
- 16) स्वा.दे.संगठन को निम्नलिखित दस्तावेज (यदि लागू हो) प्रस्तुत करना चाहिए:-
1. पीसी पीएनडीटी अधिनियम के अंतर्गत वैध पंजीकरण।
 2. रेडियोलॉजिकल अन्वेषण/रेडियो-थैरेपी हेतु टाइ-अप होने के लिए वैध एईआरबी/बीएआरसी अनुमोदन।
- 17) रक्त बैंक के निम्न मानदंड होने चाहिए-
- 18)
- **अनुज्ञप्ति:** रक्त बैंक के पास राज्य के संबंधित नियामक प्राधिकरण द्वारा जारी वैध लाइसेंस होना चाहिए।
 - **प्रत्यायन:** रक्त बैंक को एक्स एवं वाइ श्रेणी के शहरों के लिए एनएबीएच मान्यता प्राप्त होना चाहिए तथा जेड शहरों के लिए प्राथमिकता के आधार पर एनएबीएच मान्यता प्राप्त होना चाहिए।
 - **अवसंरचना एवं सुविधाएँ:** रक्त बैंक में रक्त संग्रह, परीक्षण, प्रक्रमण एवं उसे एकत्र करने हेतु पर्याप्त स्थान होना चाहिए।
- 19) अस्पताल में अति-विशिष्टता देखभाल उपचार प्रदान करने हेतु आंतरिक नैदानिक सुविधाएं होनी चाहिए।

- f) Exclusive dialysis centre: Exclusive dialysis centre should be under the supervision of nephrologist with arrangement of ICU services (exclusive dialysis centres to be empanelled will be decided on the basis of referral load and the centres having more number of dialysis machines will be preferred.) Minimum one dialysis machine has to be earmarked for sero-positive cases.

(NOTE: The number of beds as certified in the Registration Certificate of State Government/Local-Bodies/NABH/Pollution control board authorities shall be taken as the valid bed strength of the Hospital).

- g) The HCO should have been operational for at least two complete years as on last date of submission of bid. The audited balance sheet, profit and loss account for the financial year (.....) should be submitted as proof of being in business. In case, the audited financial statement pertaining to the previous financial year is not available, certificate of the chartered accountant for annual turnover to be submitted.
- h) The health care organisation must have minimal annual turnover of Rs.2 crores for 'X' & 'Y' cities and Rs.1 crore for 'Z' cities. Exclusive Eye hospital/centres, dialysis centres, diagnostic laboratories and imaging centres must have a minimal turnover of Rs.20 lakhs for 'X' & 'Y' cities and Rs.10 lakhs in 'Z' cities.
- i) Valid State registration certificate/registration with local bodies should be attached.
- j) Fire Clearance Certificate issued by Govt authorities as per Local Bylaws of the location concerned.
- k) Valid compliance with all statutory requirements of Bio-Medical Waste management rules/ state pollution control board rules.
- l) 24X7 Emergency services managed by technically qualified staff.
- m) Arrangement for Blood Bank/Blood Storage Facility as per guidelines.
- n) Provision of Dietary Services for indoor patients.
- o) Valid certificate of registration for Organ and Tissue Transplant Facilities, wherever applicable.
- p) HCO should submit the following documents (if applicable)
- a. Valid Registration under PC PNDT Act.
 - b. Valid AERB/BARC approval for Tie-up for Radiological investigations/Radiotherapy.
- q) Blood Bank should have following criteria-
- **Licensing:** The blood bank must possess a valid license issued by the relevant regulatory authority of the state.
 - **Accreditation:** Blood Bank should be NABH accredited for X and Y Class cities and preferable for Z cities.
 - **Infrastructure and Facilities:** The blood bank should have adequate space for blood collection, testing, processing, and storage.
- r) Hospital should have in-house diagnostic facilities for providing Super Specialty Care treatment.



2. इमेजिंग केंद्र निम्नलिखित मानदंडों को पूरा करेंगे, जहां भी लागू हो (प्रासंगिक दस्तावेजों की प्रतियां संलग्न की जाएंगी)
 - 1) पीसी पीएनडीटी अधिनियम के अंतर्गत वैध पंजीकरण।
 - 2) रेडियोलॉजिकल अन्वेषण/रेडियो-थैरेपी हेतु वैध ए ई आर बी/बीएआरसी अनुमोदन।
 - 3) पूरे शरीर का सीटी स्कैनर संस्थापित किया जाना चाहिए जो अधिमानतः 64 स्लाइस का हो, लेकिन 32 स्लाइस से कम नहीं हो।
 - 4) एमआरआइ स्कैन - संस्थापित एमआरआइ मशीन में 1 टेस्ला या उससे अधिक की चुंबकीय शक्ति होनी चाहिए।
 - 5) मानक गुणवत्तावाली मैमोग्राफी मशीन होनी चाहिए जो कम विकिरण के साथ पूर्णतः डिजिटल हो।
 - 6) बोन डेंसिटोमीटर पूरे शरीर के स्कैनिंग में सक्षम होना चाहिए।
 - 7) एक्स-रे केंद्र/डेंटल एक्स-रे/ओबीजी केंद्र: -
 - एक्स-रे मशीन में छवि गहन टीवी सिस्टम के साथ 500 एमए की न्यूनतम वर्तमान रेटिंग होनी चाहिए।
 - पोर्टेबल एक्स-रे मशीन में न्यूनतम 60 एमए तक की वर्तमान रेटिंग होनी चाहिए।
 - डेंटल एक्स-रे मशीन में न्यूनतम 6 एमए तक की वर्तमान रेटिंग होनी चाहिए।
 - ओपीजी एक्स-रे मशीन में 4.5-10 एमए तक की न्यूनतम वर्तमान रेटिंग होनी चाहिए।
 - एईआरबी द्वारा अनुमोदित किया होना चाहिए।
 - 8) यूएसजी/कलर डॉपलर:
 - यह उच्च-रिज़ॉल्यूशन अल्ट्रासाउंड मानक का होना चाहिए एवं 3.5 से 10 मेगाहर्ट्ज तक की आवृत्ति के उत्तल, सेक्टर, रैखिक जांच वाले उपकरणों में कम से कम तीन जांच तथा ट्रांस वेजाइनल/ट्रांस रेक्टल प्रोब्स के व्यवस्था/सुविधाएं होनी चाहिए।
 - पीसी पीएनडीटी अधिनियम के अंतर्गत पंजीकृत होना चाहिए।
 - 9) परमाणु चिकित्सा केंद्र/पीईटी स्कैन को एईआरबी/बीएआरसी द्वारा अनुमोदित किया होना चाहिए।
 - 10) आरटी-पीसीआर: आरटी-पीसीआर प्रचालन हेतु प्रयोगशाला को आइसीएमआर द्वारा अनुमोदित होना चाहिए।
 - 11) कोई अन्य सेवाएं

नामिकायन हेतु सामान्य शर्तें

1. यह टाइ-अप कें.स.स्वा.योजना/अस्पताल की दरों, जो भी कम हो, पर किया जाएगा।
2. सरकार/राज्य/केन्द्र सरकार के क्षेत्रीय कैंसर केन्द्रों (आरसीसी)/के अधीन केन्द्रीय/राज्य सरकार/स्वायत्त निकायों/को प्रस्तुत अनुमान के आधार पर, अग्रिम भुगतान उनके अनुरोध पर किया जा सकता है। हालांकि, संस्था को प्रक्रिया/उपचार/जांच आदि के बाद समायोजन प्रस्तुत करना होगा।

- (B) Imaging centres shall meet the following criteria, wherever applicable (copies of relevant documents shall be enclosed)
- a) Valid Registration under PC PNDT Act.
 - b) Valid AERB/BARC approval if applicable for Radiological investigations/Radiotherapy.
 - c) The whole-body CT Scanner installed should be multi-slice with preferably 64 slices but not less than 32 slices.
 - d) MRI Scan – MRI machine installed should have magnetic strength of 1 Tesla or more.
 - e) Standard quality mammography machine should be full field digital mammography machine with low radiation.
 - f) Bone densitometer must be capable of scanning whole body.
 - g) X-Ray Centre/Dental X-Ray/ OPG Centre: -
 - X-Ray machine must have a minimum current rating of 500 MA with image intensifier TV system.
 - Portable X-Ray machine must have minimum current rating of 60 MA.
 - Dental X-Ray machine must have a minimum current rating of 6 MA.
 - OPG X-Ray machine must have a minimum current rating of 4.5-10 MA.
 - Must be approved by AERB.
 - h) USG/Colour Doppler:
 - It should be of high-resolution Ultrasound standard and of equipment having convex, sector, linear probes of frequency ranging from 3.5 to 10 MHz should have minimum three probes and provision/facilities of trans Vaginal/ Trans Rectal Probes.
 - Must have been registered under PC PNDT Act.
 - i) The nuclear medicine centre/ PET Scan must have been approved by AERB/ BARC.
 - j) RT-PCR: The laboratory must be approved by ICMR to conduct RT-PCR.
 - k) Any other services

GENERAL CONDITIONS FOR EMPANELMENT

1. The tie-up shall be done at CGHS/Hospital rates whichever is less.
2. Advance payment to Central/ State government/ autonomous bodies under the government/ Regional Cancer Centres (RCC) of State/Central Govt. may be given upon their request based on submitted estimate. However, the institution must submit the settlement after the procedure/ treatment/ investigation, etc.

उपचार, पैकेज एवं दरों से संबंधित निबंधन एवं शर्तें: -

- 1) नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठनों को कें.स.स्वा.योजना/अस्पताल दरों, जो भी कम हो एवं क.रा.बी.निगम मुख्यालय द्वारा समय-समय पर अपनाए गए निबंधन एवं शर्तों के आधार पर ही भुगतान किया जाएगा। क.रा.बी.निगम मुख्यालय द्वारा समय-समय पर जारी किए गए कोई भी अतिरिक्त दिशानिर्देश/परिपत्र, इस नामिकायन संविदा के अंतर्गत स्वास्थ्य देखभाल संगठन द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए भी लागू होंगे।
- 2) बीमाकृत व्यक्ति एवं लाभार्थी सामान्य वार्ड के हकदार होंगे।
- 3) 'पैकेज दर' का अर्थ एवं इसमें रोगी के उपचार/डे केयर/नैदानिक प्रक्रिया की एकमुश्त लागत शामिल होगी, जिसके लिए क.रा.बी.निगम लाभार्थी को दाखिले के समय से छुट्टी के समय तक अनुमति दी गई है, जिसमें (i) पंजीकरण शुल्क (ii) प्रवेश शुल्क (iii) रोगी के आहार सहित आवास शुल्क (iv) ऑपरेशन शुल्क (v) इंजेक्शन शुल्क (vi) ड्रेसिंग शुल्क (vii) चिकित्सक/परामर्शदाता यात्रा शुल्क (viii) आइसीयू/आइसीसीयू शुल्क (ix) निगरानी शुल्क (x) आधान शुल्क (xi) एनेस्थीसिया शुल्क (xii) आपरेशन थियेटर शुल्क (xiii) प्रक्रियात्मक शुल्क/सर्जन शुल्क/सर्जन शुल्क (xiv) सर्जिकल डिस्पोजेबल लागत एवं अस्पताल में दाखिले के दौरान उपयोग की जाने वाली सभी दवाएँ (xv) दवाइयों की लागत (xvi) संबंधित दिनचर्या तथा आवश्यक जांच (xvii) फिजियोथेरेपी शुल्क आदि (xviii) नर्सिंग परिचर्या एवं इसकी सेवाओं के लिए प्रभार तथा इससे संबंधित अन्य सभी प्रासंगिक प्रभार भी शामिल हैं।
- 4) पैकेज दरों में दो पूर्व-प्रचालक परामर्श एवं दो पोस्ट-ऑपरेटिव परामर्श भी शामिल हैं।
- 5) प्रत्यारोपण/स्टेंट/ग्राफ्ट की लागत की प्रतिपूर्ति कें.स.स्वा.योजना की उच्चतम दरों के अनुसार अथवा वास्तविक खर्च के अनुसार, जो भी कम हो, पैकेज दरों के अतिरिक्त की जाती है।
- 6) यदि किसी भी इम्प्लान्ट प्रतिपूर्ति के लिए कें.स.स्वा.योजना निर्धारित उच्चतम सीमा नहीं है, तो प्रतिपूर्ति जीएसटी सहित अधिकतम मूल्य के 60% तक सीमित होगी तथा स्वा.दे.संगठन क.रा.बी.निगम एवं इसके लाभार्थियों से उस राशि से अधिक शुल्क नहीं ले सकते हैं। संलग्न प्रस्तुत पाउच/स्टिकर आदि को उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा विधिवत सत्यापित किया जाना चाहिए एवं इन्हें छुट्टी पर्ची एवं मूल रसीद/चालान में उल्लिखितों के साथ मेल खाना चाहिए या दावे के साथ प्रस्तुत की जाने वाली थोक खरीद के मामले में रसीद/चालान की सत्यापित छायाप्रति होनी चाहिए।
- 7) क.रा.बी.निगम लाभार्थी के उपचार के दौरान अस्पताल, लाभार्थी या उसके परिचारक को अलग से दवाएं/विविध/उपकरण या सामान बाहर से खरीदने के लिए नहीं कहेगा एवं कें.स.स्वा.योजना द्वारा निर्धारित पैकेज दर के अंतर्गत ही उपचार प्रदान करेगा जिसमें सभी वस्तुओं की लागत शामिल है। तथापि, प्रसाधन सामग्री, सैनिटरी नैपकिन, टैल्कम पाउडर, माउथ फ्रेशनर देय/प्रतिपूर्ति योग्य नहीं हैं।
- 8) कंजरवेटिव उपचार के मामलों में, जहां कें.स.स्वा.योजना पैकेज दर नहीं है, स्वीकार्य राशि की गणना कें.स.स्वा.योजना/एम्स दरों के अनुसार मदवार की जाएगी। यदि किसी प्रक्रिया/जांच/उपचार के लिए कें.स.स्वा.योजना/एम्स की दर निर्धारित नहीं है, तो नामिकागत स्वा.दे.संगठन की निविदा के साथ प्रस्तुत दर-सूची पर स्वीकार्य राशि पर 15% तक की छूट होगी। हालांकि, खाद्य पूरक, प्रसाधन सामग्री एवं कॉस्मेटिक वस्तुओं की प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी।
- 9) पैकेज दरों में आंतरिक उपचार की अधिकतम अवधि तक की परिकल्पना निम्नानुसार है:
 - विशिष्ट (अति विशिष्टता) उपचार के लिए 12 दिनों तक

TERMS AND CONDITIONS RELATED TO TREATMENT, PACKAGES AND RATES: -

- a.) The empanelled Health Care Organizations would be paid at CGHS/Hospital rates, whichever is lower and terms and conditions as adopted by ESIC Headquarters Office from time to time. Any additional guidelines/circulars issued by ESIC Headquarters Office from time to time shall also be applicable for the services provided by HCOs under this empanelment contract.
- b.) Insured Persons and beneficiaries are entitled for General Ward.
- c.) "Package rate" shall mean and include lump sum cost of in-patient treatment /day care/diagnostic procedure for which ESIC beneficiary has been permitted from time of admission to the time of discharge, including (but not limited to) (i) registration charges (ii) admission charges(iii) accommodation charges including patient's diet (iv) operation charges (v) injection charges.(vi) Dressing charges (vii) Doctor/ consultant visit charges(viii) ICU/ICCU charges (ix) monitoring charges (x) transfusion charges (xi) anaesthesia charges(xii) operation theatre charges (xiii) procedural charges/ surgeon's charges/ surgeon's fee (xiv) cost of surgical disposable and all sundries used during hospitalization (xv)cost of medicines (xvi) related routine and essential investigations (xvii) Physiotherapy charges etc.(xviii) nursing care and charges for its services and all other incidental charges related thereto.
- d.) Package rates also include two pre-operative consultations and two post-operative consultations.
- e.) Cost of implants/stents/grafts is reimbursable in addition to package rates as per CGHS ceiling rates or as per actual, whichever is lower.
- f.) If there is no CGHS prescribed ceiling rate for any implant reimbursement shall be limited to 60% of the MRP including GST & HCOs cannot charge more than that amount from ESIC & its beneficiaries. The pouches/stickers etc. attached should be duly verified by the treating doctor and the specifications should match with those mentioned in Discharge Slip and original receipt/invoice or attested photocopy of receipt/invoice in case of bulk purchase to be submitted with the claim.
- g.) During in-patient treatment of the ESIC beneficiary, the hospital will not ask the beneficiary or his/her attendant to purchase separately the medicines / sundries / equipment or accessories from outside and will provide the treatment within the package rate, fixed by the CGHS which includes the cost of all the items, However, toiletries, sanitary napkins, talcum powder, mouth fresheners are not payable/ reimbursable.
- h.) In cases of conservative treatment, where there is no CGHS package rate, calculation of admissible amount would be done item wise as per CGHS/AIIMS rates. If there is no CGHS/AIIMS rate for a procedure/investigation/treatment, admissible amount would be 15% discount on empanelled HCO's rate-list submitted with the tender. However, food supplements, toiletries and cosmetic items shall not be reimbursed.
- i.) Package rates envisage up to a maximum duration of indoor treatment as follows:
 - Upto 12 days for specialized (Super Specialties) treatment



- अन्य मुख्य शल्य-चिकित्साओं (अति विशिष्टता के अलावा) के लिए 07 दिनों तक
 - लैप्रोस्कोपिक शल्य-चिकित्सा/इलेक्ट्रिक एंजियोप्लास्टी/सामान्य प्रसव के लिए 03 दिनों तक एवं डे केयर/माइनर (बाह्य रोगी विभाग) शल्य-चिकित्सा के लिए 01 दिन तक। सभी श्रेणियों के लाभार्थियों के लिए शॉर्ट एडमिशन/इंजेक्शन, इन्फ्यूजन आदि के लिए बाह्य रोगी विभाग उपचार हेतु रुपये 500/- की राशि देय/प्रतिपूर्ति योग्य होगा।
- ज) पैकेज दर के अंतर्गत आंतरिक उपचार की अधिकतम अवधि केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना दरों के अनुसार होगी। तथापि, यदि पैकेज दर में शामिल अवधि से अधिक समय तक रहने की आवश्यकता होती है, तो असाधारण मामलों में, यदि पूर्व में प्राधिकारी द्वारा अनुमति ली गई हो तो, संबंधित चिकित्सा दस्तावेजों द्वारा समर्थित एवं अस्पताल द्वारा प्रमाणित, आवास शुल्क (पात्रता के अनुसार), जांच शुल्क (अनुमोदित दरों पर), चिकित्सक के दौरे शुल्क (विशेषज्ञों द्वारा प्रति दिन दो से अधिक दौरे नहीं) दवा की लागत (एमआरपी पर 10% छूट) के लिए अतिरिक्त प्रतिपूर्ति की अनुमति दी जाएगी। यदि यह विस्तार दोषपूर्ण शल्य चिकित्सा प्रक्रिया/दोषपूर्ण जांच प्रक्रिया आदि की किसी जटिलता/परिणामों के कारण होता है तो ठहरने की विस्तारित अवधि के कारण कोई अतिरिक्त प्रभार लगाने की अनुमति नहीं दी जाएगी।
- ट) ऐसी सेवाओं में से कोई भी कानूनी दायित्व पूर्णरूपेण संबंधित नामिकागत अस्पताल/केंद्र द्वारा निपटाया जाएगा।
- ठ) जब किसी मरीज को पूर्व अनुमति के साथ या आपातकालीन स्थिति में वैध क.रा.बी.निगम कार्ड के साथ भर्ती कराया जाता है तब सूची में शामिल स्वास्थ्य परिचर्या संगठन केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना अनुमोदित दरों से अधिक शुल्क नहीं ले सकते।
- ड) यदि कोई नामिकागत स्वास्थ्य संगठन संबंधित अस्पताल के उपचारकर्ता चिकित्सक/कर्मचारियों के विशिष्ट प्राधिकार के आधार पर बाह्य स्रोतों से खरीदे गए दवा, उपभोग्य सामग्रियों, विविध उपकरणों एवं सहायक उपकरणों आदि के संबंध में पैकेज दरों से अधिक किए गए किसी भी व्यय के लिए क.रा.बी.निगम लाभार्थी से शुल्क लेता है एवं यदि वे गैर-स्वीकृत मदों की सूची में नहीं आते हैं, ऐसी स्थिति में उक्त राशि अस्पतालों के लंबित बिलों से वसूल की जाएगी।
- ढ) यदि उपचार प्रक्रिया/परीक्षण के लिए अस्पताल की दरें केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना दरों से कम हैं, तो शुल्क का भुगतान वास्तविक दरों के अनुसार किया जाएगा। अस्पतालों/नैदानिक केन्द्रों को निविदा प्रस्तुत करते समय विधिवत हस्ताक्षरित एवं मुद्रित अपनी पूरी दर सूची प्रस्तुत करनी होगी।
- ण) यदि एक या एक से अधिक छोटी प्रक्रियाएं प्रमुख उपचार प्रक्रिया का हिस्सा बनती हैं, तो बड़ी प्रक्रियाओं के लिए पैकेज शुल्क की अनुमति होगी एवं मामूली प्रक्रिया के लिए स्वीकार्य प्रभारों का केवल 50% होगा।
- त) नामिकागत अस्पताल आवश्यकता होने पर, क.रा.बी.निगम वेबसाइट www.esic.gov.in के बीमाकृत व्यक्ति/स्टाफ पोर्टल से अभिनिर्देशित किए गए मरीजों की पात्रता की जाँच कर सकते हैं। शंका होने पर अभिनिर्देशित करने वाले प्राधिकारी द्वारा सुझाव लिए जा सकते हैं। अभिनिर्देशन पत्र, जारी किए जाने की तिथि से सात दिनों तक मान्य होगी। किसी मरीज के वैध अवधि के पश्चात् अस्पताल जाने की स्थिति में उन्हें जारी किए गए अभिनिर्देशन पत्र का नवीकरण/पुनः विधिमान्यकरण करवाना होगा।
- थ) मरीज के उपचार के दौरान उपयोग की जाने वाली सभी दवाएं/ड्रैसिंग, जहां तक संभव हो, जेनेरिक होनी चाहिए एवं आइपी/बीपी/यूएसपी/एफडीए फार्माकोपिया या महानिदेशक क.रा.बी.निगम या केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना दर संविदा के अंतर्गत अनुमोदित होनी चाहिए। इनमें से किसी भी फार्माकोपिया के अंतर्गत नहीं आने वाली किसी भी दवा/ड्रैसिंग की प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी।
- द) क.रा.बी.निगम एवं बिल प्रक्रमण एजेंसी के निबंधन एवं शर्तों के अनुसार टाइ-अप अस्पतालों को अपने अस्पताल के पत्र-शीर्ष पर बिल तैयार करना होगा। बिल प्रक्रमण एजेंसी द्वारा बिलों को दोषमुक्त किए जाने एवं प्राप्त बिलों की कागजी प्रति के सही क्रम में होने के पश्चात् क.रा.बी.निगम द्वारा, निर्धारित समय सीमा के भीतर, भुगतान करने का प्रयास किया जाएगा। अपूर्ण

- Upto 07 days for other major surgeries (other than super specialities)
 - Upto 03 days for /Laparoscopic surgeries/elective angioplasty/normal deliveries and 01 for day care/ minor (OPD) surgeries. Short admission/OPD treatment for injections, infusion, etc. Rs. 500/- would be payable/reimbursable for all categories of beneficiaries.
- j.) Maximum duration of indoor treatment under package rate shall be as per CGHS. However if additional stay beyond the period covered in package rate is required for recovery, in exceptional cases, supported by relevant medical records and certified as such by the hospital, additional reimbursement shall be allowed for accommodation charges (as per entitlement), investigation charges (at approved rates), doctor's visit charges (not more than two visits per day by specialists/consultation and cost of medicine (10% discount on MRP) if prior permission has been taken from the referring authority. No additional charge on account of extended period of stay shall be allowed if that extension is due to any complication/consequences of faulty surgical procedure/ faulty investigation procedure etc.
- k.) Any legal liability out of such services shall be the sole responsibility of and shall be dealt with by the concerned empanelled hospital/centre.
- l.) The empanelled health care organization cannot charge more than CGHS approved rates when a patient is admitted with valid ESIC card with prior permission or under emergency.
- m.) If any empanelled health organization charges from ESIC beneficiary for any expenses incurred over and above the package rates vis-à-vis medicine, consumables, sundry equipment and accessories etc., which are purchased from external sources, based on specific authorization of treating doctor/staff of the concerned hospital and if they are not falling under the list of non-admissible items, that amount shall be recovered from the pending bills of hospitals.
- n.) In case, the hospital rates for treatment procedure/ test are lower than CGHS rates, the charges will be paid as per actual. **The Hospitals/Diagnostic centres to provide its complete rate list duly signed and stamped at the time of submission of tender.**
- o.) If one or more minor procedures forms a part of major treatment procedure, then package charges would be permissible for major procedure and only 50% of charges admissible for minor procedure.
- p.) **If required, the empanelled hospitals should check the eligibility of the referred patients on the IP/Staff portal at ESIC website- www.esic.gov.in.** In case of doubt, the advice from referring authority can be taken. The validity of the referral letter is for seven days from the date of issue. Patient attending the hospital beyond validity period should be asked to get the referral letter renewed/ revalidated.
- q.) All the drugs/dressings used during the treatment of the patient should be of generic nature as far as possible, and approved under IP/BP/USP/FDA Pharmacopoeia or on DGESIC or CGHS rate contract. Any drug/dressings not covered under any of these pharmacopoeias will not be reimbursed.
- r.) The tie-up hospital shall raise the bills on their hospital letter heads as per the terms and conditions of ESIC and BPA. Efforts will be made by ESIC to make payments within prescribed time limit, once the bills are cleared by BPA and hard



बिलों पर किसी भी हाल में कोई प्रक्रिया नहीं की जाएगी एवं इन्हें सुधार हेतु वापस भेजा जा सकता है। टाइ-अप अस्पतालों को बिल प्रक्रमण एजेंसी मॉड्यूल में निर्दिष्ट समय सीमा के भीतर बिल प्रक्रमण एजेंसी द्वारा उठाए गए प्रश्नों का जवाब देना होगा। देर से जवाब देने या कोई प्रतिक्रिया नहीं मिलने की स्थिति में भुगतान न होने की जिम्मेदारी पूरी तरह से संबंधित टाइ-अप अस्पताल की होगी।

- घ) नामिकागत केंद्र सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी अनुमति/अभिनिर्देशन पत्र (पी1) का सम्मान करेगा एवं बिना देरी किए प्राथमिकता के आधार पर अभिनिर्देशन संरूप के अनुसार उपचार/जांच सुविधाएं/रक्त सुविधाएं आदि प्रदान करेगा। टाइ-अप अस्पताल अभिनिर्देशन पत्र में विनिर्दिष्ट नकदरहित आधार पर चिकित्सा प्रदान करेगा; उपचार/प्रक्रिया/जांच आदि जिसका उल्लेख अभिनिर्देशन पत्र में नहीं किया गया है, के लिए टाइ-अप अस्पताल को किसी भी प्रकार का भुगतान नहीं किया जाएगा। जिस प्रक्रिया हेतु मरीज को अभिनिर्देशित किया गया है, उसे सुविधाजनक बनाने के लिए यदि अस्पताल को कोई अतिरिक्त उपचार/प्रक्रिया/जांच करने की आवश्यकता महसूस होती है, तो इसके लिए अपेक्षित अनुमति अभिनिर्देशित करने वाले प्राधिकारी से ऑनलाइन बिल प्रक्रमण एजेंसी पोर्टल/प्राधिकारी के ई-मेल के माध्यम से यथाशीघ्र लेनी होगी।
- न) सक्षम प्राधिकारी द्वारा विधिवत प्रमाणित प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता (नामिकागत अस्पताल द्वारा नामित नोडल अधिकारी) के नमूना हस्ताक्षर निविदा आमंत्रण प्राधिकारी (टीआइए) को प्रस्तुत किए जाएंगे। प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता में किसी भी प्रकार के बदलाव को टाइ-अप अस्पतालों द्वारा निविदा आमंत्रण प्राधिकारी को तत्काल सूचित किया जाएगा।
- प) निविदा आमंत्रण प्राधिकारी या एक प्राधिकृत व्यक्ति सेवाओं की गुणवत्ता एवं अन्य आवश्यक प्रमाणीकरण की जांच हेतु नामिकागत अस्पतालों का दौरा कर सकता है। टाइ-अप अस्पताल के प्राधिकारी द्वारा निरीक्षण करने में सहयोग किया जाएगा।
- फ) आंतरिक मरीजों के लिए जो आइपी/बीपी/यूएस/एफडीए फार्माकोपिया में उपलब्ध हैं एवं भारत के औषधि महानियंत्रक द्वारा अनुमोदित हो, केवल उन्हीं दवाइयों का उपयोग किया जाएगा। अधिमानतः महानिदेशक क.रा.बी.निगम/ केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना दर संविदा में उपलब्ध औषधियों का उपयोग किया जाएगा। डे केयर उपचार पर रोगियों के लिए कैसर-निरोधक दवाएं क.रा.बी.निगम (अभिनिर्देशित प्राधिकरण) द्वारा प्रदान की जाएगी। क.रा.बी.निगम लाभार्थी के माध्यम से इसके लिए उचित मांग अग्रिम रूप से उठाई जाएगी। यदि आवश्यक हो, तो मांग/पर्चे में विशिष्ट शर्तों का भी उल्लेख किया जाए। क.रा.बी.निगम में कीमोथेरेपी दवाइयों की अनुपलब्धता के मामले में, दवाइयाँ नामिकागत अस्पताल द्वारा प्रदान की जाएगी, जिसके लिए कें.स.स्वा.योजना की जीवन बचत औषधि दर सूची के अनुसार राशि का भुगतान किया जाएगा। भारतीय दवाएं उपलब्ध होने की स्थिति में आयातित ब्रांडों का उपयोग नहीं किया जाएगा।
- ब) अस्पताल को स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार/केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य/ क.रा.बी.निगम दिशानिर्देशों द्वारा अधिसूचित मानकों के अनुसार ईएमआर (इलेक्ट्रॉनिक चिकित्सा दस्तावेजों)/ईएचआर (इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य दस्तावेजों) के कार्यान्वयन के लिए उनके नामिकायन में शामिल होने के एक वर्ष के भीतर (यदि पहले से लागू नहीं किया गया है) सहमत होना होगा।

नामिकायन से हटाने (डी-एम्प्लॉयमेंट) के लिए मानदंड

निम्नलिखित कारणों में से किसी एक के कारण नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठन(नों) को नामिका से हटाया जा सकता है:

- क) तीन महीने की पूरी नोटिस अवधि को पूरा किए बिना नामिकायन से इस्तीफा देना/लिखित अनिच्छा।
- ख) अनाचार/कदाचार के सिद्ध मामले के कारण।
- ग) कर्मचारी राज्य बीमा लाभार्थियों को सेवा प्रदान करने से इनकार।
- घ) अंतः रोगी विभाग (भर्ती रोगी विभाग)/बाह्य रोगी विभाग (बा.रो.विभाग) में अभिनिर्देशित रोगियों के लिए अनावश्यक प्रक्रियाएं अपनाना।

copies of the bills received are in order. Incomplete bills in any form shall not be processed and may be returned for correction. Tie-up Hospital shall respond to queries raised by BPA within the time frame as specified in BPA module. The responsibility of non-payment due to late response or no response will solely lie on the concerned tie-up hospital.

- s.) The empanelled centre shall honour permission/referral letter(P1) issued by competent authority without delay and provide treatment/investigation facilities/blood facilities as per referral format on priority basis. The tie up hospital will provide medical care on cashless basis as specified in the referral letter; no payment shall be made to tie-up hospital for treatment/procedure/investigations which are not mentioned in the referral letter. If the tie up hospital feels the necessity of carrying out any additional treatment/ procedure/investigation in order to facilitate the procedure for which the patient was referred, the requisite permission for the same is to be taken from the referring authority either through Online BPA Portal/E-mail of the referring authority at the earliest.
- t.) The specimen signatures of the authorized signatory (Nodal Officer nominated by the empanelled hospital) duly certified by the competent authority shall be submitted to Tender Inviting Authority (TIA). Any change in authorized signatory, shall be promptly intimated by tie-up hospitals to TIA.
- u.) TIA or an authorized person may visit the empanelled Hospitals to check the quality of services and other necessary certification. The Tie-Up Hospital authorities shall co-operate in carrying out the inspection.
- v.) Only the drugs which are available in IP/BP/US/FDA Pharmacopoeia and approved by Drug Controller General of India shall be used for indoor patients. Preferably the drugs which are available in DGESIC/CGHS Rate contract shall be used. The anticancer drugs, for patients on day care treatment may be provided by ESIC (referring authority). Due demand for the same shall be raised through ESIC beneficiary well in advance. Specific conditions, if required, be also mentioned in the demand/ prescription. In case of non-availability of Chemotherapy drugs in ESIC, the drugs should be provided by the empanelled hospital for which the amount shall be paid as per life savings drug rate list of CGHS. Imported brands shall not be used if Indian drugs are available.
- w.) The hospital must agree for implementation of EMR (electronic medical record) / EHR (electronic health record) as per standards notified by Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India/CGHS/ESIC Guidelines within one year of their empanelment (if not already implemented).

CRITERIA FOR DE-EMPANELEMENT

De-empanelment of the empanelled Health Care Organization(s) could be made due to any one of the following reasons:

- a.) Rendering resignation/ written unwillingness to continue in the panel without serving the complete notice period of 3 months.
- b.) Due to proven case of malpractice/ misconduct.
- c.) Refusal of services to ESI beneficiaries.
- d.) Undertaking unnecessary procedures in patients referred for IPD/OPD management.



- ड़) रोगी के उपचार के दौरान अनावश्यक दवाओं/परीक्षणों और नैदानिक परीक्षण लिखना।
- च) की गई प्रक्रियाओं/उपचार/जांचों का बढ़ा हुआ बिल बनाना।
- छ) अस्पताल को नामिकागत किए जाने के बाद स्टाफ/अवसंरचना/उपस्कर आदि में कमी।
- ज) रिपोर्ट प्रस्तुत न करना, आदतन रिपोर्ट देर से प्रस्तुत करना या रिपोर्ट में गलत आंकड़े प्रस्तुत करना।
- झ) पात्र लाभार्थियों को नकद रहित उपचार देने से इंकार करना और इसकी बजाय उन्हें भुगतान करने के लिए कहना।
- ञ) यदि टाइ-अप के दौरान किसी भी स्तर पर एनएबीएच/एनएबीएल की मान्यता रद्द कर दी जाती है।
- ट) क.रा.बी. लाभार्थियों के साथ अन्य रोगियों की तुलना में भेदभाव।
- ठ) मालिक की मृत्यु/स्वामित्व में परिवर्तन, व्यापार स्थल या कार्य स्थान में परिवर्तन, जैसा भी मामला हो, यदि सक्षम प्राधिकारी द्वारा अनुमोदित नहीं है।
- ड) सक्षम प्राधिकारी द्वारा अनुमोदन लिए बिना यदि मालिक प्रतिष्ठान को किसी अन्य एजेंसी को पट्टे पर देता है, नामिकायन रद्द किया जा सकता है।
- ढ़) केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना या किसी अन्य सरकारी संगठन से स्वास्थ्य देखभाल संगठनों के नामिकायन के रद्द होने/काली सूची में डालने की सूचना प्राप्त होने पर।

काली सूची में होने हेतु मानदंड

I. **काली सूची में डालने के लिए मानदंड** - निविदा प्रक्रिया के किसी भी चरण में, क.रा.बी.निगम को झूठी/जाली जानकारी और/या दस्तावेज प्रस्तुत करना, उपचार के झूठे/जाली चालान प्रस्तुत करना, रोगी के प्रति आपराधिक लापरवाही जिससे निविदा प्रक्रिया या टाइ-अप की अवधि के दौरान रोगी पर स्थायी या अस्थायी प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है, के कारण नामिकायन में शामिल केंद्र को काली सूची में डाल दिया जाएगा।

II. **नामिकायन रद्द करने/काली सूची में डालने की प्रक्रिया**

- क) मामले की जांच करने के लिए सक्षम प्राधिकारी द्वारा एक समिति गठित की जाएगी।
- ख) जांच रिपोर्ट के आधार पर और नामिकायन में शामिल केंद्र को दिए गए कारण बताओ नोटिस के जवाब की जांच के आधार पर, सक्षम प्राधिकारी, जैसा भी मामला हो, स्वास्थ्य देखभाल संगठन (संगठनों) को रद्द करने/काली सूची में डालने पर निर्णय लेगा। जवाब प्रस्तुत करने के लिए 15 दिन का नोटिस दिया जाएगा।
- ग) कारण बताओ नोटिस जारी होने की तारीख से अभिनिर्देशन तत्काल प्रभाव से रोक दिया जाए।
- घ) जब कोई स्वास्थ्य देखभाल संगठन अनामिकागत हो जाता है, तो उस तारीख से उस स्वास्थ्य देखभाल संगठन के साथ सहमति ज्ञापन समाप्त हो जाएगा। अनामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठन को एक वर्ष की अवधि के लिए या वर्तमान संविदा के पूरा होने तक, जो भी बाद में हो, नामिकायन से विवर्जित कर दिया जाएगा।
- ड़) यदि स्वास्थ्य देखभाल संगठन काली सूची में शामिल हो जाए, तो काली सूची में शामिल होने की तिथि से उस स्वास्थ्य देखभाल संगठन के साथ सहमति ज्ञापन समाप्त हो जाएगा। काली सूची में शामिल स्वास्थ्य देखभाल संगठन को दो साल की अवधि के लिए या वर्तमान संविदा के पूरा होने तक, जो भी बाद में हो, नामिकायन से विवर्जित कर दिया जाएगा।

प्रयोगशाला सेवाओं/रेडियोलॉजिकल सेवाओं हेतु विशिष्ट निबंधन एवं शर्तें:

- क) आपातकालीन स्थिति में, केंद्र को दूरभाष/ई-मेल पर रिपोर्ट देने के लिए तैयार रहना होगा।

- e.) Prescribing unnecessary drugs/tests and clinical trial while the patient is under treatment.
- f.) Over billing of the procedures/ treatment/ investigations undertaken.
- g.) Reduction in staff/ infrastructure/ equipment etc. after the hospital has been empanelled.
- h.) Non submission of the report, habitual late submission or submission of incorrect data in the report.
- i.) Refusal of cashless treatment to eligible beneficiaries and instead asking them to pay.
- j.) If accreditation of NABH/NABL is revoked, at any stage during the contract
- k.) Discrimination against ESI beneficiaries vis-à-vis other patients.
- l.) Death of owner/ Change of ownership, location of business place or the practice place, as the case may be, if not approved by Competent Authority.
- m.) If the owner gives the establishment on lease to other agency, they will be liable for de-empanelment, if not approved by Competent Authority.
- n.) On receiving information of de-empanelment/ blacklisting of Health Care Organization(s) from the CGHS or any other Govt. Organization.

CRITERIA FOR BLACKLISTING

- I. **Criteria for blacklisting** - At any stage of tender process, submitting false/forged information and/ or document to ESIC, raising false/ forged invoices of treatment, criminal negligence to patient causing either permanent or temporary adverse impact on patient during the tender process or period of contract shall lead to Black Listing of Empanelled Centre.
- II. **Procedure for de-empanelment/blacklisting**
 - a. A Committee will be constituted by the competent authority to investigate the matter.
 - b. Based on the investigation report and examining the reply of 'show cause' notice served to the empanelled centre, the competent authority, as the case may be., shall decide to de-empanel/ blacklist the Health Care Organization(s). A 15 days' notice to be provided for submission of reply.
 - c. Referral to be stopped with immediate effect from the date of issue of show-cause.
 - d. Once any Health Care Organization is de-empanelled, the MoU with that Health Care Organization shall stand terminated from the date of de-empanelment. The de-empanelled Health Care Organization will be debarred for empanelment for a period of one year or till the completion of current contract whichever is later.
 - e. If the Health Care Organization is blacklisted, then the MoU with that Health Care Organization shall stand terminated from the date of blacklisting. The blacklisted Health Care Organization shall be debarred from empanelment for a period of two years or till the completion of current contract whichever is later.

SPECIAL TERMS & CONDITIONS FOR LABORATORY SERVICES/RADIOLOGY SERVICES:

- a) In emergencies, the centre should be prepared to inform reports over the telephone/ e-mail.



ख) नमूना परिवहन के प्रोटोकॉल के अनुसार क.रा.बी.निगम अस्पतालों से नमूने एकत्र करने की व्यवस्था की जाएगी।

ग) रिपोर्ट क.रा.बी.निगम अस्पताल को नामिकागत स्वा.दे.संगठन द्वारा 24 घंटे के प्रतिवर्तन काल (टीएटी) के भीतर ही प्रस्तुत की जाएगी।

अभिनिर्देशन प्रक्रिया: -

कर्मचारी राज्य बीमा निगम ने बिल प्रकरण एजेंसी द्वारा प्रबंधित ऑनलाइन इंटरनेट मॉड्यूल के माध्यम से क.रा.बी.निगम संस्था से अभिनिर्देशित किए गए लाभार्थियों के लिए नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र के सभी बिलों की जांच एवं प्रक्रमण के लिए एक बिल प्रक्रमण एजेंसी (बीपीए) को नियुक्त किया है। अभिनिर्देशन के लिए विस्तृत प्रक्रिया उक्त करार की मानक प्रचालन प्रक्रिया (एसओपी) में निर्धारित की गई है जो संलग्नक-च के रूप में संलग्न है। समय-समय पर संशोधित मानक प्रचालन प्रक्रिया इस निविदा के अंतर्गत निष्पादित सहमति ज्ञापन पर लागू होगी।

भुगतान अनुसूची:

- I. नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र आवश्यक सहायक दस्तावेजों (संलग्नक-च के अनुसार प्रपत्र पी 1, पी II, पी III एवं पी VI) के साथ बिलों की हार्ड प्रतियां बिल प्रकरण एजेंसी द्वारा उचित जांच के बाद अभिनिर्देशन केंद्र को भेज देगा, जिसमें प्रत्येक रोगी के चिकित्सा अभिलेख की प्रति, मामले का संक्षिप्त इतिहास, निदान, विवरण (प्रक्रिया) शामिल हैं। रक्त बैंक नोट, दी गई दवाओं, उपचार आदि, की गई जांच की रिपोर्ट और प्रतियां, रोगी की पहचान, पात्रता प्रमाण पत्र, संबंधित क.रा.बी.निगम संस्थाओं से अभिनिर्देशन पत्र, मूल खरीद चालान, प्रत्यारोपण के स्टिकर और लिफाफे, 5000 रुपये से अधिक कीमत की दवाओं के रैपर और चालान और दिए गए उपचार/प्रक्रिया की सीडी अस्पताल/नैदानिक केंद्र द्वारा बिल के साथ प्रस्तुत की जाएगी। इसके अतिरिक्त, कालानुक्रमिक रूप से रखे गए भर्ती रोगी विभाग नोट्स/फिल्में (एक्स-रे, एमआरआइ, सीटी स्कैन आदि) ऑपरेशन से पहले एवं बाद की रेडियोलॉजिकल छवियों या किसी अन्य दस्तावेजी आवश्यकता की मांग की जा सकती है।
- II. प्रक्रिया में प्रयुक्त स्टेंट/इम्प्लांट/डिवाइस के मूल खरीद चालान के साथ-साथ, इसकी बाहरी पैकिंग तथा स्टिकर को उपचार विशेषज्ञ एवं अस्पताल के प्राधिकृत प्रतिनिधि द्वारा विधिवत सत्यापित कर भुगतान के लिए प्रस्तुत बिलों के साथ संलग्न किया जाना चाहिए।
- III. अति विशेषज्ञ/विशेषज्ञ द्वारा प्रदान की गई प्रक्रियाओं/उपचार/जांच आदि उपचार करने वाले अति विशेषज्ञ/विशेषज्ञ द्वारा उनके मुहर एवं पंजीकरण संख्या के साथ विधिवत हस्ताक्षरित होने चाहिए।
- IV. क.रा.बी.निगम के बिलों के साथ संलग्न प्रत्येक कागज/दस्तावेजों पर अस्पताल/नैदानिक केंद्रों के प्राधिकृत प्रतिनिधि द्वारा हस्ताक्षर किए जाने चाहिए।
- V. अभिनिर्देशन अस्पताल को मरीज के (अस्पताल से) छुट्टी के समय बिल प्रस्तुत करना होगा एवं इसे रोगी/परिचारक द्वारा उनके मोबाइल संख्या के साथ प्रतिहस्ताक्षरित करना होगा एवं इसे बि.प्र.एजेंसी पोर्टल पर अन्य दस्तावेजों के साथ अपलोड करना होगा। उपर्युक्त दस्तावेजों को 7 (सात) कार्य दिवसों के भीतर ही किए गए दावे के समर्थन में अपलोड किया जाएगा। बिल प्रकरण एजेंसी द्वारा बिल अपलोड करने के तुरंत बाद क.रा.बी.निगम द्वारा बिलों की कागजी प्रति प्राप्त होने की प्रतीक्षा किए बिना बिलों को प्रक्रमित करना शुरू किया जाएगा। बिल प्रकरण एजेंसी बिल की पूरी तरह से जांच करेगी (अधिक जानकारी चरणों की आवश्यकता सहित) एवं क.रा.बी.निगम को स्वीकार्य राशि की सिफारिश करेगा। यह सिफारिश टाइ-अप अस्पताल एवं क.रा.बी.निगम के सक्षम प्राधिकारी सहित अभिनिर्देशित स्थानों को दिखाई देगी।

- b) Arrangement to be made for collection of samples from ESI hospitals as per the protocol of sample transportation.
- c) Report to be submitted to ESI Hospital within the turnaround time (TAT) of 24 hours by empanelled HCO.

PROCEDURE FOR REFERRAL: -

ESI Corporation has engaged a Bill Processing Agency (BPA) for scrutiny and processing of all bills of empanelled hospital/diagnostic centre for beneficiaries referred from ESIC Institution through the Online internet module, managed by BPA. The detailed procedure for referral has been laid down in the Standard Operating Procedures (SOP) of the said agreement which is annexed herewith as Annexure-F. The SOP as amended from time to time shall be applicable to MoU executed under this Tender.

PAYMENT SCHEDULE:

- I. The Empanelled Hospital/Diagnostic centre will send hard copies of bills along with necessary supportive documents (Form P1, PII, PIII & PVI as per Annexure-F to the referring centre after due scrutiny by BPA for payment enclosing therewith copy of the medical record of every patient, discharge slip incorporating brief history of the case, diagnosis, details of (procedure done, blood bank notes, treatment of Medicines given etc.), reports and copies of investigation done, identification of the patient, entitlement certificate, referral letter from concerned ESIC Institutions, original purchase invoice, stickers and envelopes of implants, wrapper and invoice of drugs costing more than 5000 ₹ and CD of treatment/procedure given shall be submitted by the Hospital/diagnostic centre along with the bill. Additionally, chronologically placed IPD notes/ Films (X-ray, MRI, CT Scan etc.)/ OT notes/ Pre and Post operation radiological images or any other documentary requirement can be sought if required.
- II. Original procurement invoice of the stents/implant/device used in the procedure along with its outer packing and sticker must be enclosed with the bills submitted for payment duly verified by treating specialist and authorized representative of Hospital.
- III. The procedures/ treatment/ investigation provided by the Super specialist/Specialist should be duly signed by the treating Super Specialist/specialist along with their stamp & Registration No.
- IV. Each and every paper/ record, attached with the bills so meant for ESI should be signed by the authorized representative of the Hospital/ Diagnostic centres.
- V. The referral hospital has to raise the bill at the time of discharge and get it counter-signed by the Patient/attendant along with the mobile number of the Patient/attendant and upload it along with other documents on the BPA Portal. Above said documents shall be uploaded in the system in support of the claim, within 7 (seven) working days. Immediately after uploading the bills by BPA would start processing the bills without waiting for receipt of hard copy of bills by ESI locations. BPA would scrutinize the bill completely (including need more information steps) and recommended admissible amount to ESI. This recommendation would be visible to referring locations including TUH's and competent authority of ESI.



- VI. एक बार जब नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठन को बिल प्रकरण एजेंसी द्वारा जांच किए गए बिलों की जानकारी मिल जाती है, तो नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठन क.रा.बी.निगम के सक्षम प्राधिकारी के कार्यालय में 4 अलग-अलग बंडलों में जांच की तारीखों के अनुसार ऐसे बिलों की मूल कागजी प्रति जमा करेगा।
- क) केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कूट के साथ बाह्य रोगी विभाग बिल।
- ख) केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कूट के बिना बाह्य रोगी विभाग बिल।
- ग) केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कूट के साथ भर्ती रोगी विभाग बिल।
- घ) केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना कूट के बिना भर्ती रोगी विभाग बिल।
- VII. मात्रा के आधार पर, बिलों के ऐसे बंडलों को बिल प्रकरण एजेंसी में प्राप्ति तथा भुगतान की आगे की प्रक्रिया हेतु साप्ताहिक/पाक्षिक/मासिक आधार पर सक्षम प्राधिकारी को प्रस्तुत किया जाएगा।
- VIII. मूल बिलों की प्राप्ति के पश्चात्, सक्षम प्राधिकारी मौजूदा दिशानिर्देशों के अनुसार टाइ-अप अस्पताल को भुगतान की जांच/प्रक्रिया पूरी करेगा।
- IX. बिल प्रकरण एजेंसी को स्वीकार्य प्रक्रमण शुल्क, नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र द्वारा प्रस्तुत किए गए बिल तथा सेवा कर/वस्तु सेवा कर/अन्य किसी नाम के कर की दावा राशि की लागू दर पर होगा (ना कि स्वीकृत राशि पर)। प्रति एकल बिल/दावा न्यूनतम स्वीकार्य राशि 12.50 रुपए होगी (सेवा कर/वस्तु सेवा कर/अन्य किसी नाम के कर को छोड़कर, जो अतिरिक्त देय होगा) एवं अधिकतम राशि 750 रुपए होगी (सेवा कर/वस्तु सेवा कर/अन्य किसी नाम के कर को छोड़कर, जो अतिरिक्त देय होगा)। फीस की सॉफ्टवेयर द्वारा स्वतः गणना की जाएगी और समायोजन पहचान के सृजन के समय सिस्टम द्वारा क.रा.बी.अस्पताल को तुरंत भेज दिया जाएगा। बिल प्रकरण एजेंसी प्रक्रमण शुल्क नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठन द्वारा उनके दावे के अंतर्गत स्वीकार्य राशि में से कटौती के द्वारा वहन किया जाएगा।

नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र के कार्य एवं उत्तरदायित्व

- क) वैध पंजीकरण, अपनी सेवाओं व स्वास्थ्य सेवाओं को उच्च कोटि व मानकों के अनुसार सहेज कर रखना व कायम रखना तथा मौजूदा कानून के अनुसार सभी सांविधिक/आवश्यक लाइसेंस, परमिट या संबंधित प्राधिकारियों का अनुमोदन प्राप्त करना, यह हर समय नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र का कार्य व उत्तरदायित्व होगा।
- ख) नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र/रक्त बैंक में एक प्रमुख डिस्पले, क.रा.बी.निगम प्रतीक चिह्न व इन शब्दों के साथ, "हम क.रा.बीमा द्वारा अभिनिर्देशित क.रा.बीमा लाभार्थियों का नकद रहित इलाज करते हैं। असुविधा होने पर कृपया संपर्क करें..... (दो नोडल अधिकारियों के नाम)" अवश्य होना चाहिए। क.रा.बीमा रोगियों/परिचारकों द्वारा साथ लाए जाने वाले कागजातों की सूची भी प्रदर्शित होनी चाहिए।
- ग) अस्पताल/निदान केंद्र द्वारा प्रदर्शित बोर्ड पर क.रा.बी.निगम के नाम को प्रदर्शित करते हुए वाणिज्यिक प्रचार ना हो।

- VI. Once the empanelled HCO receives information regarding the bills that have been scrutinized by BPA, the empanelled HCO will submit the original hard copies of such bills as per the dates of scrutiny in 4 distinct bundles to the office of competent authority of ESI.
- a. OPD Bills with CGHS Codes.
 - b. OPD Bills without CGHS Codes.
 - c. IPD Bills with CGHS Codes.
 - d. IPD Bills without CGHS Codes.
- VII. Depending upon the quantum, such bundles of bills be submitted to competent authority on weekly/ fortnightly/ monthly basis for receipt in BPA and further processing of payment.
- VIII. After receipt of original bills, competent authority shall complete the scrutiny /process of payment to TUH as per the existing guidelines.
- IX. The processing fee admissible to BPA will be at applicable rate of the claimed amount of the bill submitted by the empanelled hospital/diagnostic centre (and not on the approved amount) and service tax/GST/any other tax by any name thereon. The minimum admissible amount shall be Rs.12.50 (exclusive of service tax/GST /any other tax by any name, which will be payable extra) and maximum of Rs. 750/- (exclusive of service tax/GST/any other tax by any name, which will be payable extra) per individual bill/claim. The fee shall be auto-calculated by the software and prompted to the ESI Hospital by the system at the time of generation of settlement ID. The BPA processing fee will be borne by the empanelled HCO by way of deductions from the admissible amount against their claims.

DUTIES & RESPONSIBILITIES OF EMPANELLED HOSPITALS/ DIAGNOSTIC CENTRES:

- a) It shall be the duty and responsibility of the hospital at all times, to obtain, maintain and sustain the valid registration and high quality and standard of its services and healthcare and to have all statutory/mandatory licenses, permits or approvals of the concerned authorities as per the existing laws.
- b) There must be a prominent display with ESIC Logo with the words "We provide Cashless Treatment to ESI Beneficiaries on referral by ESI. In case of difficulty please contact_____(Names of Two Nodal officers)" by the empanelled Hospitals/Diagnostics centre/Blood Bank. The list of documents required to be carried by ESI patients/attendant must also be displayed.
- c) The Hospital/Diagnostics centre will not make any commercial publicity projecting the name of ESIC on Display board.



परिनिर्धारित नुकसानी

- क) ये टाइ-अप केंद्र, इस करार के उपबंधों की शर्तों के अंतर्गत क.रा.बी.निगम द्वारा निर्दिष्ट अपेक्षाओं के अनुसार सेवाएं प्रदान करेंगे। अस्पताल द्वारा करार के प्रावधानों का उल्लंघन होने पर जैसे कि सेवा से इनकार करने या क.रा.बीमा लाभार्थियों से सीधे पैसे लेना या दोषपूर्ण सेवा या लापरवाही आदि तक ही सीमित नहीं, के मामले में (प्रत्येक घटना पर) निष्पादन सुरक्षा के 15 प्रतिशत तक की राशि क.रा.बी.निगम द्वारा करार के अंतर्गत परिनिर्धारित नुकसान वसूला जाएगा। हालांकि, परिक्रामी गारंटी होने के नाते निष्पादन सुरक्षा की कुल राशि को अस्पताल द्वारा कायम रखा जाएगा।
- ख) टाइ-अप केंद्रों द्वारा दोहराई गई गलतियों के लिए, निष्पादन सुरक्षा की कुल राशि को जब्त कर लिया जाएगा तथा उन्हें क.रा.बी.निगम की स्वास्थ्य देखभाल संगठन की सूची से निकालने की कार्रवाई की जाएगी तथा इस करार को निरस्त कर दिया जाएगा।
- ग) अधिक बिल व अनावश्यक प्रक्रिया के लिए वसूल की गई अतिरिक्त राशि को लंबित/भविष्य के बिल में से काटा जाएगा तथा क.रा.बी.निगम स्वास्थ्य देखभाल संगठन को लिखित में चेतावनी देगा कि भविष्य में अपराध को न दोहराए। यदि इसे दोहराया जाता है, तो उस विशेष स्वास्थ्य देखभाल संगठन को अभिनिर्देशन बंद कर दिया जाएगा या क.रा.बी.निगम के नामिकायन से निकाल दिया जाएगा।

समाप्त खंड

तीन माह पूर्व सूचित कर किसी भी पक्ष के द्वारा करार समाप्त किया जा सकता है।

शास्ति खंड

- क) यदि एक माह की आवश्यक सूचना के बिना नामिकागत केंद्र द्वारा संविदा/करार समय-पूर्व समाप्त किया जाता है तो उस स्थिति में संविदा की पीबीजी राशि जब्त कर ली जाएगी।
- ख) नामिकायन के लिए तकनीकी रूप में अर्हता प्राप्त अस्पताल, यदि निश्चित समय में करार पर हस्ताक्षर करने में असफल होता है तो बयाने की जमा कुल राशि जब्त कर ली जाएगी तथा उपयुक्त कार्रवाई की जाएगी।

क्षतिपूर्ति

अस्पताल हर समय, इस करार के अंतर्गत सेवाओं के निष्पादन में या उसके संबंध में अस्पताल द्वारा किए गए या किए जाने वाले किसी भी कार्य के संबंध में लाए गए या किए गए सभी कार्यों, मुकदमों, दावों और मांगों के खिलाफ क.रा.बी.निगम को क्षतिपूर्ति देगा और क.रा.बी.निगम के खिलाफ लाए जा रहे किसी भी कार्रवाई या मुकदमे के परिणामस्वरूप क.रा.बी.निगम को होने वाले किसी भी नुकसान या क्षति के खिलाफ, साथ ही (या अन्यथा), इस करार के निष्पादन के दौरान किए गए या किए जाने वाले किसी भी काम के लिए एक पक्ष के रूप में अस्पताल, क.रा.बी.निगम को क्षतिपूर्ति देगा। अस्पताल हर समय भारत में प्रचलित नौकरी सुरक्षा उपायों और अन्य वैधानिक आवश्यकताओं का पालन करेगा और दुर्घटनाओं या जीवन की हानि से उत्पन्न होने वाली सभी मांगों या जिम्मेदारियों से क.रा.बी.निगम को मुक्त रखेगा और क्षतिपूर्ति करेगा, जिसका कारण या परिणाम अस्पताल की लापरवाही या कदाचार है। अस्पताल ऐसी घटनाओं से उत्पन्न होने वाली सभी क्षतिपूर्तियों का भुगतान क.रा.बी.निगम को बिना किसी अतिरिक्त

LIQUIDATED DAMAGES:

- a) The Tie-up centres shall provide the services as per the requirements specified by the ESIC in terms of the provisions of this Agreement. In case of violation of the provisions of the Agreement by the Hospital such as but not limited to refusal of service or direct charging from the ESI Beneficiaries or defective service and negligence etc., the amount up to 15% of the amount of Performance Security will be charged as agreed Liquidated Damages by the ESIC (at every incident). However, the total amount of the Performance Security will be maintained intact by the Hospital being a revolving Guarantee.
- b) In case of repeated defaults by the tie-up centres, the total amount of Performance Security will be forfeited and action will be taken for removing the Health Care Organization from the empanelment of ESIC as well as termination of this Agreement.
- c) For over-billing and unnecessary procedures, the extra amount so charged will be deducted from the pending / future bills and the ESIC shall warn the Health Care Organization in writing, not to repeat the offence in future. The recurrence, if any, will lead to the stoppage of referral to that particular Health care Organization or De-empanelment from ESIC.

TERMINATION CLAUSE

The agreement may be terminated by either party with prior three months' notice on either side.

PENALTY CLAUSE:

- a) In case of premature termination of contract/agreement by the empanelled centre without giving the required notice period of one month, the PBG amount for the contract will be forfeited.
- b) In case, Hospital declared technically qualified for empanelment, but fails to sign an agreement within the stipulated time than the total amount of EMD will be forfeited and action may be taken as deemed fit.

INDEMNITY:

The Hospital shall at all times, indemnify and keep indemnified ESIC against all actions, suits, claims and demands brought or made against in respect of anything done or purported to be done by the Hospital in execution of or in connection with the services under this Agreement and against any loss or damage to ESIC in consequence to any Action or suit being brought against the ESIC, along with (or otherwise), Hospital as a party for anything done or purported to be done in the course of the execution of this Agreement. The Hospital will at all times abide by the job safety measures and other Statutory requirements prevalent in India and will keep free and indemnify the ESIC from all demands or responsibilities arising from accidents or loss of life, the cause or result of which is the Hospital negligence or misconduct. The Hospital will pay all the indemnities arising from such incidents without any extra cost to ESIC and will not hold the ESIC responsible or obligated. ESIC may at its discretion and



लागत के करेगा और क.रा.बी.निगम को जिम्मेदार या बाध्य नहीं करेगा। क.रा.बी.निगम अपने विवेकाधिकार पर और हमेशा पूरी तरह से, या तो अस्पताल के साथ संयुक्त रूप से या अलग से, यदि अस्पताल मामले का बचाव नहीं करने का विकल्प चुनता है, अस्पताल द्वारा भुगतान पर इस तरह के मुकदमे से बचाव करेगा।

माध्यस्थता

यदि क.रा.बी.निगम और नामिकागत केंद्र के बीच किसी भी प्रकार का कोई विवाद या मतभेद उत्पन्न होता है (जिसका निर्णय अन्यथा प्रदान नहीं किया गया है) तो करार के संबंध में या उसके संबंध में या उससे उत्पन्न होने वाले करार को मध्यस्थता के लिए भेजा जाएगा जो अपने निर्णय दोनों पक्षों को लिखित में देगा। मध्यस्थ क.रा.बी.निगम मुख्यालय द्वारा नियुक्त किया जाएगा। मध्यस्थ का निर्णय अंतिम होगा और दोनों पक्षों के लिए बाध्यकारी होगा। मध्यस्थता और सुलह अधिनियम, 1996 के उपबंध मध्यस्थता कार्यवाही पर लागू होंगे। कोई भी कानूनी विवाद केवल राज्य क्षेत्राधिकार में ही निपटाया जाएगा।

विविध

- क) रोगी की आपातकालीन चिकित्सा स्थितियों में, स्वास्थ्य देखभाल संगठनों को ई-मेल पर रिपोर्ट सूचित करने के लिए तैयार रहना चाहिए।
- ख) इस करार के अंतर्गत किसी भी बात को क.रा.बी.निगम और नामिकागत केंद्र के बीच मालिक और नौकर या प्रिंसिपल और एजेंट के किसी भी संबंध को स्थापित करने या बनाने के रूप में नहीं माना जाएगा।
- ग) नामिकागत अस्पताल/केंद्र अपने आप को क.रा.बी.निगम के एजेंट के रूप में प्रदर्शित न करे। क.रा.बी.निगम किसी भी दुर्घटना, चोट या क्षति के लिए नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठन और/या उसके कर्मचारियों की किसी भी लापरवाही या कदाचार के लिए किसी भी तरह से जिम्मेदार नहीं होगा, जो किसी क.रा.बी.निगम लाभार्थी या किसी तीसरे पक्ष को अस्पताल द्वारा या उसकी ओर से किए गए किसी भी ऑपरेशन के परिणामस्वरूप या इस करार के अंतर्गत अपने काम करने या अपने कर्तव्यों का पालन करने के दौरान या अन्यथा हुआ हो।
- घ) इस करार को केवल दोनों पक्षों द्वारा हस्ताक्षरित लिखित करार पर ही आशोधित या बदला जा सकता है।

(पी-1)

अस्पताल (पी-1) अभिनिर्देशन प्रपत्र (अंग्रेजी, हिंदी व स्थानीय भाषा में)

पी-1 प्रपत्र (क.रा.बी.निगम के धनवंतरी मॉड्यूल के अनुसार अभिनिर्देशन प्रपत्र)

टाइ-अप अस्पताल के लिए अनिवार्य अनुदेश

1. टाइ-अप अस्पताल को केवल वही प्रक्रिया/उपचार करने का निर्देश दिया जाता है जिसके लिए रोगी को अभिनिर्देशित किया गया है।
2. यदि रोगी के इलाज के लिए किसी अतिरिक्त प्रक्रिया/उपचार/जांच की आवश्यकता होती है, जिसके लिए उसे अभिनिर्देशित किया गया है, तो उसके लिए अभिनिर्देशित करने वाले अस्पताल से ई-मेल के माध्यम से अनुमति लेना अनिवार्यतः अपेक्षित है, और जल्द से जल्द लिखित रूप में इसकी पुष्टि की जानी चाहिए।

shall always be entirely at the cost of the tie up Hospital defends such suit, either jointly with the tie up Hospital or separately in case the latter chooses not to defend the case.

ARBITRATION:

If any dispute or difference of any kind what so ever (the decision whereof is not being otherwise provided for) shall arise between the ESIC and the Empanelled Centre upon or relation to or in connection with or arising out of the Agreement, shall be referred to for arbitration who will give written award of his decision to the Parties. Arbitrator will be appointed by ESIC, Hqrs. Office. The decision of the Arbitrator will be final and binding to both the parties. The provision of Arbitration and Conciliation Act, 1996 shall apply to the arbitration proceedings. Any legal dispute to be settled in State Jurisdiction only.

MISCELLANEOUS:

- a.) In emergency medical conditions of the patient, the HCOs should be prepared to inform reports over the email.
- b.) Nothing under this agreement shall be construed as establishing or creating between the Parties any relationship of Master & Servant or Principle and Agent between the ESIC and Empanelled Centre.
- c.) The Empanelled Hospital/Centre shall not represent or hold itself out as an agent of the ESIC. The ESIC will not be responsible in any way for any negligence or misconduct of the Empanelled HCO and/or its employees for any accident, injury or damage sustained or suffered by any ESIC beneficiary or any third party resulting from or by any operation conducted by and behalf of the hospital or in the course of doing its work or perform their duties under this agreement of otherwise.
- d.) This agreement can be modified or altered only on written agreement signed by both the parties.

(PI)

Hospital (P-I) Referral Form(English, Hindi and Local Language)

P1 form (Referral Form as per Dhanwantri Module of ESIC)

Mandatory Instructions for Tie-up Hospital

1. Tie up hospital is instructed to perform only the procedure/treatment for which the patient has been referred.
2. In case, any additional procedure/treatment/investigation is essentially required in order to treat the patient for which he/she has been referred to, the permission for the same is essentially required from the referring hospital through On-line through BPA/E-mail, and to be confirmed at the earliest.



3. जिस अस्पताल में रोगी को अभिनिर्देशित किया है, उस अस्पताल को रोगी की छुट्टी होने के 06 दिनों के भीतर करार के अनुसार मानक प्रपत्र पर सहायक दस्तावेजों के साथ खाता संख्या और आरटीजीएस संख्या आदि देते हुए बिल जमा करना होगा।
4. खाद्य अनुपूरक की प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी।
5. जहां भी संभव हो केवल जेनेरिक दवा का उपयोग किया जाए।
6. केवल उन्हीं दवाओं का उपयोग किया जाए जो एफडीए/आइपी/बीपी या यूएसपी अनुमोदित हों।

क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल द्वारा टाइ-अप अस्पताल में अभिनिर्देशित करते समय भेजे जाने वाले दस्तावेजों की जांच सूची

1. विधिवत भरा एवं हस्ताक्षरित अभिनिर्देशन प्रपत्र।
2. बीमाकृत व्यक्ति के बीमा कार्ड/फोटो पहचान पत्र की प्रति।
3. विशेषज्ञ/संबंधित चिकित्सा अधिकारी की अभिनिर्देशन अनुशंसा।
4. पहले की जा चुकी जांच और उपचार की रिपोर्टें
5. रोगी की दो तस्वीरें

3. The referral hospital has to raise the bill at the time of discharge and get it countersigned by the Patient/attendant along with the mobile number of the Patient/attendant and upload it along with other documents on the BPA Portal.
4. Food supplement will not to be reimbursed.
5. Only Generic medicine to be used wherever possible.
6. Only those medicine to be used which are FDA/ IP/ BP or USP approved.

Checklist of documents to be sent by referring ESIC/ESIS hospital to tie-up hospital

1. *Duly filled & signed referral proforma.*
2. *Copy of Insurance Card/Photo I card of IP.*
3. *Referral recommendation of the specialist/concerned medical officer.*
4. *Reports of investigations and treatment already done.*
5. *Two Photographs of the patient.*



स्वास्थ्य देखभाल संगठन (अस्पताल) के नामिकागत होने के लिए रुचि की अभिव्यक्ति के लिए आवेदन संरूप
(अति विशिष्टता सेवाओं के लिए)

1. शहर का नाम, जिला व राज्य जहां पर स्वास्थ्य देखभाल संगठन स्थित है।

शहर	जिला	राज्य

2. स्वास्थ्य देखभाल संगठन का नाम

3. स्वास्थ्य देखभाल संगठन का पता

4. नजदीकी क.रा.बी.अस्पताल से दूरी

क.रा.बी.अस्पताल का नाम व स्थान	दूरी कि.मी. में

5. ई-मेल

दूरभाष सं.	
ई-मेल पता	
स्वास्थ्य देखभाल संगठन के नोडल व्यक्ति का संपर्क विवरण	1. 2.

क्या केंद्रीय स्वास्थ्य योजना के अंतर्गत नामिकागत है। (यदि हाँ, तो सेवाओं का दायरा व मान्यता की अवधि के साथ अनु-मोदन को संलग्न करें।)

हाँ	नहीं
-----	------

**APPLICATION FORMAT FOR EXPRESSION OF INTEREST FOR EMPANELMENT OF
HEALTH CARE ORGANISATIONS(Hospitals)**

(For Super Speciality Services)

1. Name of the city, district and state where the HCO is located

City	Dis- trict	State

2. Name of the HCO

3. Address of the HCO

4. Distance from nearest ESI Hospital

Name & Location of ESIC Hos- pital	Distance in KM

5. E-mail

Telephone no.				
e-mail address				
Name and con- tact	de- tails	of	Nodal	1.
persons of HCO				2.

**Whether empanelled with
CGHS.** (if yes, enclose approval
along with scope of services &
validity period)

Yes	No
-----	----



क्या एनएबीएच मान्यता प्राप्त है (यदि हाँ, तो सेवाओं का दायरा व मान्यता की अवधि के साथ अनुमोदन को संलग्न करें।)

हाँ	नहीं
-----	------

क्या एनएबीएल मान्यता प्राप्त है (यदि हाँ, तो जाँच का दायरा व मान्यता की अवधि के साथ अनुमोदन को संलग्न करें।)

हाँ	नहीं
-----	------

क) बयाना जमा की ऑनलाइन अदायगी का विवरण:-

लेन-देन सं.	
लेन-देन की राशि	
लेन-देन की तिथि	

ख) स्वास्थ्य देखभाल संगठन को इस संबंध में रुचि प्रस्तुत करने की अंतिम तिथि तक कम से कम दो पूर्ण वर्षों के लिए कार्यरत होना चाहिए। ब्याज जमा करने की, लेखापरीक्षित तुलन-पत्र की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रतिलिपि, वित्तीय वर्ष (....) के लिए लाभ और हानि खाता, अंतिम तिथि पर व्यवसाय में होने के प्रमाण के रूप में प्रस्तुत किया जाना चाहिए। यदि पिछले वित्त वर्ष का लेखा-परीक्षा किया हुआ वित्तीय विवरण उपलब्ध नहीं है, तो वार्षिक पण्यावर्त के लिए सनदी लेखाकार का प्रमाण पत्र प्रस्तुत किया जाना चाहिए। (संलग्नक "ग" के अनुसार अपलोड करें।)

ग) अधिदेश प्रपत्र

आवेदक का बैंक खाता सं.(रद्द किया हुआ चेक साथ लगाएं)	
बैंक का नाम	
शाखा का पता	
शाखा का आइएफएससी	
एमआइसीआर कूट	
फर्म/मालिक का पैन/जीएसटी सं(प्रतिलिपि साथ लगाएं)	
पैन सं.	
जीएसटी सं.	

6. मल्टीस्पेशलिटी अस्पताल सभी अति विशिष्टता सुविधाओं सहित उपलब्ध सेवाएं प्रदान करेगा।

Whether NABH Accredited

(if yes, enclose approval along with scope of services & validity period)

Yes	No
-----	----

Whether NABL Accredited

(if yes, enclose approval along with scope of investigations & validity period)

Yes	No
-----	----

A. Details online payment of the EMD: -

Transaction No.	
Transaction Amount	
Transaction Date	

B. The HCO should have been operational for at least two complete years as on last date of submission of interest Signed, stamped and scanned Copy of the audited balance sheet, profit and loss account for the financial year (.....) should be submitted as proof of being in business. In case, the audited financial statement pertaining to the previous financial year is not available, certificate of the chartered accountant for annual turnover to be submitted. (To be uploaded as per Annexure 'C').

C. Mandate form

Bank Account number of the applicant (Cancelled cheque to be attached)	
Name of Bank	
Branch Address	
IFSC of Branch	
ICMR Code	
PAN/GST number of firm/proprietor (Photocopy to be attached)	
PAN No.	
GST No.	

6. The Multispecialty Hospital shall offer all service available inclusive of all SST facilities Super specialties/specialities.



7. उपलब्ध निदान सेवाएं

1. आंतरिक इमेजिंग सुविधाएं हाँ/नहीं
2. आंतरिक निदान प्रयोगशाला सुविधाएं- हाँ/नहीं
3. अति विशिष्टता जाँच: सीटी स्कैन, एमआरआइ, पीईटी स्कैन, एकोकार्डियोग्राफी, शरीर के दूसरे भागों की स्कैनिंग, विशेष बायो-केमिकल व इम्यूनोलोजिकल जांच - हाँ/नहीं

8. बिस्तरों की कुल संख्या-

9. नर्सिंग देखभाल-

नर्सों की कुल सं.	
परा चिकित्सा स्टाफ की कुल सं.	
बिस्तर की श्रेणी/नर्स अनुपात(स्वीकार्य वास्तविक बिस्तर/मानक नर्स अनुपात उच्च निर्भरता युनिट 1:1	

10. वैकल्पिक पावर स्रोत हाँ/नहीं

11. चिकित्सकों की उपलब्धता

1. आंतरिक चिकित्सकों की सं.	
2.आंतरिक स्पेशलिस्ट/परामर्शदाता की सं.	

12. प्रयोगशाला सुविधाओं की उपलब्धता

पैथॉलॉजी	हाँ/नहीं
बायोकेमिस्ट्री	हाँ/नहीं
माइक्रोबायलॉजी	हाँ/नहीं
दूसरी कोई	हाँ/नहीं

13. इमेजिंग सुविधा की उपलब्धता - हाँ/नहीं

14. ऑपरेशन थियेटर की सं. -

15. विशेष मामलों के लिए क्या अलग ऑपरेशन थियेटर है - हाँ/नहीं

7. Diagnostic services available

- I. In house Imaging facilities Yes/No
- II. In house Diagnostic Lab facilities Yes/No
- III. Super-specialty investigations: - CT Scan, MRI, PET Scan, Echocardiography, scanning of other body parts, Specialized bio-chemical and immunological investigations (Yes/No)

8. a.) Total no. of beds

b.) Total No. of ICU beds

9. Nursing Care

Total no. of Nurses	
Total No. of para-medical staff	
Category of Bed/ Nurse Ratio (acceptable Actualbed/nurse standard ratio)	
High dependency unit 1:1	

10. Alternate power source

Yes/No

11. Availability of Doctors

1.	Number of in-house doctors	
2.	Number of in-house specialists/consultants	

12. Laboratory facilities available

Pathology	Yes/ No
Biochemistry	Yes/ No
Microbiology	Yes/ No
Any other	Yes/ No

13. Imaging facilities available

14. No. of Operation Theatres

15. Whether there is separate OT for Specific cases Yes/No



16. सहायक सेवाएं

सेवा का नाम	हाँ/नहीं
ऑटोक्लेव/स्टरलाइजर	
एंबुलेंस	
धोबी	
चिकित्सा गैस प्लांट	
कैटीन	
डायटरी	
रक्त बैंक	
फॉर्मैसी	
फिजियोथेरेपी	
अन्य (कृपया बताएं)	

17. वैधानिक आवश्यकताओं के अनुसार जैव चिकित्सा अपशिष्ट और सामान्य अपशिष्ट निपटान प्रणाली –

हाँ

नहीं

18. कोई अन्य अतिरिक्त सुविधा जिसमें अस्पताल विशेषज्ञता रखता है/कोई अन्य अतिरिक्त सुविधाएं जिन्हें अस्पताल क.रा.बी.निगम रोगियों को देने को तैयार है।

“मैं वचन देता हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही है। यदि कोई जानकारी गलत पाई जाती है, तो इसके लिए अधोहस्ताक्षरी जिम्मेदार है और क.रा.बी.निगम द्वारा उचित कार्रवाई की जा सकती है। मैं निविदा दस्तावेज़ में उल्लिखित नियमों और शर्तों से सहमत हूँ।”

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम

दिनांक व मुहर

16. Support Services

Name of the Services	Yes/No
Autoclave/sterilizers	
Ambulance	
Laundry	
Medical Gas plant	
Canteen	
Dietary	
Blood Bank	
Pharmacy	
Physiotherapy	
Others (please specify)	

17. Bio Medical Waste & General Waste disposal system as per statutory requirements

Yes/No

18. **Any other additional facility in which Hospital specializes/ any other additional facilities for which hospitals willing to offer for ESI patients.**

I undertake that the information given above is correct to the best of my knowledge. If any information is found incorrect, then undersigned is responsible for the same and action may be taken by ESIC as deemed fit. I do agree with the terms and conditions mentioned in the tender document.

Signature of the Applicant Name

Date & Stamp



स्वास्थ्य देखभाल संगठन (निदान प्रयोगशाला/इमेजिंग केंद्र) के नामिकागत होने के लिए रुचि की अभिव्यक्ति के लिए आवेदन का संरूप

1. शहर का नाम, जिला व राज्य जहां पर स्वास्थ्य देखभाल संगठन स्थित है।

शहर	जिला	राज्य

स्वास्थ्य देखभाल संगठन का नाम

स्वास्थ्य देखभाल संगठन का पता

नजदीकी क.रा.बी.अस्पताल से दूरी

क.रा.बी.अस्पताल का नाम व स्थान	दूरी कि.मी. में

ई-मेल

दूरभाष सं.	
ई-मेल पता	
स्वास्थ्य देखभाल संगठन के नोडल व्यक्ति का संपर्क विवरण	1. 2.

क्या केंद्रीय स्वास्थ्य योजना के अंतर्गत नामिकागत है।

हाँ	नहीं
-----	------

(यदि हाँ, तो सेवाओं का दायरा व

मान्यता की अवधि के साथ अनुमोदन को संलग्न करें।)

क्या एनएबीएच मान्यता प्राप्त है

Annexure 'A2'

APPLICATION FORMAT FOR EXPRESSION OF INTEREST FOR EMPANELMENT OF HEALTH CARE ORGANISATIONS (DIAGNOSTIC LABORATORIES/IMAGING CENTRES)

1. Name of the city, district and state where the HCO is located

City	District	State

2. Name of the HCO

3. Address of the HCO

4. Distance from nearest ESI Hospital

Name & Location of ESIC Hospital	Distance in KM

5. E-mail

Telephone no.				
e-mail address				
Name and contact	details	of	Nodal	1.
persons of HCO				2.

Whether empanelled with CGHS. (if yes, enclose approval along with scope of services & validity period)

Yes	No
-----	----



(यदि हाँ, तो सेवाओं का दायरा व मान्यता की अवधि के साथ अनुमोदन को संलग्न करें।)

हाँ	नहीं
-----	------

क्या एनएबीएल मान्यता प्राप्त है

हाँ	नहीं
-----	------

(यदि हाँ, तो जाँच का दायरा व मान्यता की अवधि के साथ अनुमोदन को संलग्न करें।)

1) आवेदन फीस व बयाना जमा की ऑनलाइन अदायगी का विवरण:-

लेन-देन सं.	
लेन-देन की राशि	
लेन-देन की तिथि	

स्वास्थ्य देखभाल संगठन को इस संबंध में रुचि प्रस्तुत करने की अंतिम तिथि तक कम से कम दो पूर्ण वर्षों के लिए कार्यरत होना चाहिए ब्याज जमा करने की, लेखापरीक्षित तुलन-पत्र की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति, वित्तीय वर्ष (....) के लिए लाभ और हानि खाता, अंतिम तिथि पर व्यवसाय में होने के प्रमाण के रूप में प्रस्तुत किया जाना चाहिए। यदि पिछले वित्त वर्ष का लेखा-परीक्षा किया हुआ वित्तीय विवरण उपलब्ध नहीं है, तो वार्षिक पण्यावर्त के लिए सनदी लेखाकार का प्रमाण पत्र प्रस्तुत किया जाना चाहिए। (संलग्नक "ग" के अनुसार अपलोड करें।)

2) ईसीएस अंतरण विवरण:-

आवेदक का बैंक खाता सं.(रद्द किया हुआ चेक साथ लगाएं)	
बैंक का नाम	
शाखा का पता	
शाखा का आइएफएससी	
आइसीएमआर कूट	
फर्म/मालिक का पैन/जीएसटी सं(प्रतिलिपि साथ लगाएं)	
पैन सं.	
जीएसटी सं.	

6. एनएबीएच/एनएबीएल मान्यता प्राप्त निदान/ विशिष्टताओं/अति विशिष्टता सुविधाओं का विवरण (विशिष्टताओं का विवरण अनु-लग्न करें और विवरण के लिए संलग्नक "घ" अनुलग्न करें)

- i.
- ii.
- iii.
- iv.

Whether NABH Accredited

(if yes, enclose approval along with scope of services & validity period)

Yes	No
-----	----

Whether NABL Accredited

(if yes, enclose approval along with scope of investigations & validity period)

Yes	No
-----	----

A. Details online payment of the application fee and EMD: -

Transaction No.	
Transaction Amount	
Transaction Date	

B. The HCO should have been operational for at least two complete years as on last date of submission of interest Signed, stamped and scanned Copy of the audited balance sheet, profit and loss account for the financial year (.....) should be submitted as proof of being in business. In case, the audited financial statement pertaining to the previous financial year is not available, certificate of the chartered accountant for annual turnover to be submitted. (To be uploaded as per Annexure 'C').

C. ECS Transfer Details

Bank Account number of the applicant (Cancelled cheque to be attached)	
Name of Bank	
Branch Address	
IFSC of Branch	
ICMR Code	
PAN/GST number of firm/proprietor (Photocopy to be attached)	
PAN No.	
GST No.	

6. Mention the NABH/NABL accredited diagnostic facilities/specialties/Super-Specialty (Enclose the detail of Specialties, and enclose Annexure 'D' for details)

I.

II.

III.

IV.



नोट: अति विशिष्टता जाँच में सीटी स्कैन, एमआरआइ, पीईटी स्कैन, इकोकार्डियोग्राफी, शरीर के अन्य अंगों की स्कैनिंग, विशेष जैव-रासायनिक और इम्यूनोलॉजिकल जाँच और 3000/- रुपये प्रति परीक्षण से अधिक की लागत वाली कोई अन्य जाँच शामिल है।

7. कोई अन्य अतिरिक्त सुविधा जिसमें नैदानिक प्रयोगशाला/

इमेजिंग केंद्र विशेषज्ञता/कोई अन्य अतिरिक्त सुविधाएँ

जिसके लिए केंद्र क.रा.बी. रोगियों के लिए पेश करने को तैयार है।

मैं वचन देता/देती हूँ कि ऊपर दी गई सूचना मेरी जानकारी के अनुसार सही है। यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है, तो अधोहस्ताक्षरी इसके लिए जिम्मेदार है और क.रा.बी.निगम द्वारा उचित समझे जाने पर कार्रवाई की जा सकती है। मैं निविदा संबंधी अभिलेख में उल्लिखित नियमों और शर्तों से सहमत हूँ।

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम

दिनांक और मुहर

Note: Super-specialty investigations includes CT Scan, MRI, PET Scan, Echocardiography, scanning of other body parts, Specialized bio-chemical and immunological investigations and any other investigations costing more than Rs. 3,000/- per test.

7. Any other additional facility in which Diagnostic Laboratory / Imaging Centres specializes/ any other additional facilities for which the Centre is willing to offer for ESI patients.

I undertake that the information given above is correct to the best of my knowledge. If any information is found incorrect, then undersigned is responsible for the same and action may be taken by ESIC as deemed fit. I do agree with the terms and conditions mentioned in the tender document.

Signature of the Applicant
Name,
Date & Stamp



स्वास्थ्य देखभाल संगठनों के नामिकायन के लिए रुचि की अभिव्यक्ति सह आवेदन-पत्र संरूप
(विशेष डायलिसिस केंद्र/नेत्र केंद्र (विट्रियो-रेटिनल प्रक्रियाओं के लिए)

1. उस शहर, जिला और राज्य का नाम जहाँ स्वास्थ्य देखभाल संगठन स्थित है

शहर	जिला	राज्य

2. स्वास्थ्य देखभाल संगठन का नाम

3. स्वास्थ्य देखभाल संगठन का पता

4. सबसे निकट क.रा.बी.अस्पताल से दूरी

क.रा.बी.अस्पताल का नाम व पता	दूरी (किलोमीटर में)

5. ई मेल

दूरभाष सं.	
ई-मेल पता	
स्वास्थ्य देखभाल संगठन के नोडल व्यक्तियों के नाम संपर्क के लिए ब्योरे	1. 2.

क्या केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना की नामिका से जुड़ा है?

(यदि हाँ, तो दी जाने वाली सेवाओं के ब्योरे एवं उनके लिए तय अवधि सहित प्राप्त अनुमोदन-पत्र संलग्न करें)

हाँ	नहीं
-----	------

APPLICATION FORMAT FOR EXPRESSION OF INTEREST FOR EMPANELMENT OF HEALTH CARE ORGANISATIONS

(Exclusive Dialysis Centres/ Eye Centre (for vitreo-retinal Procedures))

1. Name of the city, district and state where the HCO is located

City	District	State

2. Name of the HCO

3. Address of the HCO

4. Distance from nearest ESI Hospital,

Name & Location of ESIC Hospital	Distance in KM

5. EF-mail

Telephone no.				
e-mail address				
Name and contact	details	of	Nodal	1.
persons of HCO				2.

Whether empanelled with CGHS. (if yes, enclose approval along with scope of services & validity period)

Yes	No
-----	----



एनएबीएच मान्यता प्राप्त है या नहीं
(यदि हाँ, तो दी जाने वाली सेवाओं के ब्योरे एवं उनके लिए
तय अवधि सहित प्राप्त अनुमोदन-पत्र संलग्न करें)

हाँ	नहीं
-----	------

क) ऑनलाइन बयाना जमा/भुगतान के ब्योरे:-

लेन-देन सं.	
लेन-देन की राशि	
लेन-देन की तिथि	

ख) उपर्युक्त हस्ताक्षरित आवेदन-पत्र प्रस्तुत करने की अंतिम तिथि को स्वा.दे.संगठन कम से कम दो पूर्ण वर्षों के लिए प्रचालन में होना चाहिए और वित्तीय वर्ष (.....) के लिए लेखापरीक्षित तुलन पत्र, लाभ-हानि खाते की स्कैन की गई प्रति, व्यवसाय में होने के प्रमाण के रूप में प्रस्तुत की जानी चाहिए। यदि पिछले वित्तीय वर्ष से संबंधित लेखापरीक्षित वित्तीय विवरण उपलब्ध नहीं है, तो वार्षिक कारोबार के लिए सनदी लेखाकार का प्रमाण पत्र प्रस्तुत किया जाना चाहिए। (संलग्नक 'ग' के अनुसार अपलोड करें)

ग) ईसीएस द्वारा राशि हस्थानांतरण के ब्योरे

आवेदक की बैंक खाता संख्या (रद्द किया गया चेक संलग्न करें)	
बैंक का नाम	
शाखा का पता	
शाखा का आई एफ एस सी	
आई सी एम आर कूट	
प्रतिष्ठान/मालिक की पैन/जीएसटी संख्या (छायाप्रति संलग्न करें)	
पैन संख्या	
जीएसटी संख्या	

2. नामिकायन के लिए आवेदित:-

--

7. डायलिसिस इकाइयों की कुल संख्या

Whether NABH Accredited

(if yes, enclose approval along with scope of services & validity period)

Yes	No
-----	----

A. Details online payment of the EMD: -

<u>Transaction No.</u>	
<u>Transaction Amount</u>	
<u>Transaction Date</u>	

B. The HCO should have been operational for at least two complete years as on last date of submission of interest Signed, stamped and scanned Copy of the audited balance sheet, profit and loss account for the financial year (.....) should be submitted as proof of being in business. In case, the audited financial statement pertaining to the previous financial year is not available, certificate of the chartered accountant for annual turnover to be submitted. (To be uploaded as per Annexure 'C').

C. ECS Transfer Details

Bank Account number of the applicant (Cancelled cheque to be attached)	
Name of Bank	
Branch Address	
IFSC of Branch	
ICMR Code	
PAN/GST number of firm/proprietor (Photocopy to be attached)	
PAN No.	
GST No.	

6. Applied for empanelment: -

7. Total no. of Dialysis Units

--



विशिष्ट डायलिसिस केंद्रों के लिए अतिरिक्त आवश्यकताएँ

हेमोडायलिसिस इकाइयों की संख्या	
किए गए हेमोडायलिसिस की संख्या (विगत एक वर्ष (.....) में सेरो-पॉजिटिव एवं निगेटिव का अलग-अलग उल्लेख करें)	
नेफ्रोलॉजिस्ट की उपलब्धता	हाँ/नहीं
आइसीयू सुविधा की व्यवस्था	हाँ/नहीं
सेरो-पॉजिटिव रोगियों के लिए हेमोडायलिसिस इकाई की उपलब्धता	हाँ/नहीं

स्वा.दे.संगठन में अच्छी डायलिसिस इकाई साफ, स्वच्छ और स्वास्थ्यकारी होनी चाहिए। इसमें बाइकार्बोनेट हीमोडायलिसिस, रिवर्स ऑस्मोसिस (आरओ) युक्त वाटर प्यूरिफाइंग यूनिट की सुविधा होनी चाहिए। इकाई का नियमित रूप से धूमन किया जाना चाहिए। इसमें सीरो-पॉजिटिव मामलों को डायलिसिस प्रदान करने की सुविधा भी होनी चाहिए। यह सुविधा चौबीसों घंटे उपलब्ध होनी चाहिए। डायलिसिस यूनिट को एक नेफ्रोलॉजिस्ट की देखरेख में काम करना चाहिए (यदि कोई कमी हो, तो कृपया उल्लेख करें)

विशिष्ट नेत्र केंद्र के लिए अतिरिक्त जरूरतें

ऑपरेशन थियेटर्स की संख्या	
विट्रियो-रेटिना शल्यक्रिया की आंतरिक सुविधा है या नहीं	हाँ/नहीं

मैं यह वचन देता हूँ कि उपर्युक्त दी गई सूचना मेरे विवेक के अनुसार सही है, यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है, तो अधोहस्ताक्षरी उसके लिए उत्तरदायी होंगे तथा क.रा.बी.निगम द्वारा इसके लिए उचित कार्रवाई की जा सकती है। मैं निविदा दस्तावेज में उल्लिखित नियम व शर्तों से सहमत हूँ।

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम

दिनांक और मुहर

Additional Requirement for exclusive dialysis centre

Number of Hemodialysis Units	
Number of Hemodialysis done (please mention sero-positive and negative separately in last one year (.....))	
Availability of Nephrologist	Yes/No.
Arrangement of ICU Facility	Yes/No.
Availability of Dialysis unit for sero positive patient.	Yes/No.

The HCO should have good dialysis unit neat, clean and hygienic. It should have facility of giving bicarbonate Haemodialysis, water purifying unit equipped with reverse osmosis (RO). The unit should be regularly fumigated. It should have facility for providing dialysis to sero-positive cases also. The facility should be available round the clock. The dialysis unit must function under the supervision of a nephrologist (please mention deficiency, if any).

Additional Requirement for exclusive Eye Centre

• No. of Operation Theaters	
• In-house facility of Vitreo-retinal surgery available or not	Yes/No

I undertake that the information given above is correct to the best of my knowledge. If any information is found incorrect, then undersigned is responsible for the same and action may be taken by ESIC as deemed fit. I do agree with the terms and conditions mentioned in the tender document.

Signature of the Applicant

Name

Date & Stamp



स्वास्थ्य देखभाल संगठनों के नामिकागत होने के लिए रुचि की अभिव्यक्ति सह आवेदन-पत्र संरूप
(रक्त बैंक सेवाओं के लिए)

1. उस शहर, जिला और राज्य का नाम जहाँ स्वा.दे.संगठन स्थित है

शहर	जिला	राज्य

2. स्वा.दे.संगठन का नाम एवं पता

3. वैधता सहित लाइसेंस संख्या

--

4. बुनियादी ढांचे और सुविधाओं का विवरण

5. सबसे निकट क.रा.बी.अस्पताल से दूरी

क.रा.बी.निगम अस्पताल का नाम व पता	दूरी (किलोमीटर में)

6. ई-मेल

दूरभाष संख्या	
ई-मेल पता	
स्वा.दे.संगठन के नोडल व्यक्तियों के नाम व संपर्क के लिए ब्योरे	1. 2.

**APPLICATION FORMAT FOR EXPRESSION OF INTEREST FOR EM-PANELMENT OF HEALTH CARE ORGANISATIONS
(For Blood Bank Services)**

1. Name of the city, district and state where the HCO is located

City	District	State

2. Name and Address of the HCO

3. License no. with validity

--

4. **Infrastructure and Facilities details:**

5. Distance from nearest ESI Hospital,

Name & Location of ESIC Hospital	Distance in KM

6. E-mail

Telephone no.	
E-mail address	
Name and contact details of Nodal persons of HCO	1.
	2.



क्या के.स.स्वा.योजना की नामिका से जुड़ा है?

हाँ	नहीं
-----	------

(यदि हाँ, तो दी जाने वाली सेवाओं के ब्योरे एवं उनके लिए तय अवधि सहित प्राप्त अनुमोदन-पत्र संलग्न करें)

एनएबीएच मान्यता प्राप्त है या नहीं

हाँ	नहीं
-----	------

(यदि हाँ, तो दी जाने वाली सेवाओं के ब्योरे एवं उनके लिए तय अवधि सहित प्राप्त अनुमोदन-पत्र संलग्न करें)

क) आवेदन शुल्क एवं बयाना जमा के ऑनलाइन भुगतान के ब्योरे:-

लेन-देन सं.		
लेन-देन की राशि		
लेन-देन की तिथि		

ख) उपर्युक्त हस्ताक्षरित आवेदन-पत्र प्रस्तुत करने की अंतिम तिथि को स्वा.दे.संगठन कम से कम दो पूर्ण वर्षों के लिए प्रचालन में होना चाहिए और वित्तीय वर्ष (.....) के लिए लेखापरीक्षित तुलन पत्र, लाभ-हानि खाते की स्कैन की गई प्रति, व्यवसाय में होने के प्रमाण के रूप में प्रस्तुत की जानी चाहिए। यदि पिछले वित्तीय वर्ष से संबंधित लेखापरीक्षित वित्तीय विवरण उपलब्ध नहीं है, तो वार्षिक कारोबार के लिए सनदी लेखाकार का प्रमाण पत्र प्रस्तुत किया जाना चाहिए। (संलग्नक 'ग' के अनुसार अपलोड करें)

ग) ईसीएस द्वारा राशि स्थानांतरण के ब्योरे

आवेदक की बैंक खाता संख्या (रद्द किया गया चेक संलग्न करें)	
बैंक का नाम	
शाखा का पता	
शाखा का आइ एफ एस सी	
आइ सी एम आर कूट	
प्रतिष्ठान/मालिक की पैन/जीएसटी संख्या (छायाप्रति संलग्न करें)	
पैन संख्या	
जीएसटी संख्या	

Whether empanelled with CGHS. (if yes, enclose approval along with scope of services & validity period)

Yes	No
-----	----

Whether NABH Accredited
(if yes, enclose approval along with scope of services & validity period)

Yes	No
-----	----

A. Details online payment of the application fee and EMD: -

Transaction No.	
Transaction Amount	
Transaction Date	

B. The HCO should have been operational for at least two complete years as on last date of submission of interest Signed, stamped and scanned Copy of the audited balance sheet, profit and loss account for the financial year (.....) should be submitted as proof of being in business. In case, the audited financial statement pertaining to the previous financial year is not available, certificate of the chartered accountant for annual turnover to be submitted. (To be uploaded as per Annexure 'C').

C. ECS Transfer Details

Bank Account number of the applicant (Cancelled cheque to be attached)	
Name of Bank	
Branch Address	
IFSC of Branch	
ICMR Code	
PAN/GST number of firm/proprietor (Photocopy to be attached)	
PAN No.	
GST No.	



7. उत्पादों के नाम

मैं वचन देता हूँ कि रक्त बैंक में रक्त और रक्त उत्पादों के संग्रहण, भंडारण, प्रक्रमण, घटक पृथक्करण और परिवहन की सभी सुविधाएँ हैं। ऊपर दी गई सूचना मेरी जानकारी के अनुसार सही है। यदि कोई सूचना गलत पाई जाती है, तो अधोहस्ताक्षरी इसके लिए जिम्मेदार है और क.रा.बी.निगम द्वारा उचित समझे जाने पर कार्रवाई की जा सकती है। मैं निविदा अभिलेख में उल्लिखित नियमों और शर्तों से सहमत हूँ।

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम

दिनांक और मुहर

7. Name of products

I undertake that the blood bank has all the facilities of collection, storage, processing, component separation and transport of blood and blood products. The information given above is correct to the best of my knowledge. If any information is found incorrect, then undersigned is responsible for the same and action may be taken by ESIC as deemed fit. I do agree with the terms and conditions mentioned in the tender document.

**Signature of the
Applicant Name, Date
&Stamp**



वचनबद्धता का प्रमाण पत्र

(100/- के गैर-न्यायिक मुहर पेपर पर)

1. यह प्रमाणित किया जाता है कि रुचि अभिव्यक्ति सह आवेदन-पत्र में दिए गए विवरण सही हैं और पात्रता मापदंड संतुष्टपूर्ण हैं और पूरी तरह से समझ भी लिए गए हैं। मैं/हम समझते हैं कि किसी भी गलत जानकारी/गलत बयानी के मामले में, बयाना जमा/निष्पादन सुरक्षा-जमा राशि जब्त कर ली जाएगी।
2. हम क.रा.बी.निगम के उचित अभिनिर्देशन प्रणाली के माध्यम से भेजे गए सभी क.रा.बीमा लाभार्थियों को नकद रहित सुविधाएँ प्रदान करेंगे।
3. दरें वास्तव में उपलब्ध सुविधा/प्रक्रिया/जाँच और स्वा.दे.संगठन के अंदर निष्पादन के आधार पर प्रदान की गई हैं।
4. मैं/हमने ऑनलाइन बिल प्रक्रमण के लिए क.रा.बी.निगम-मानक प्रचालन प्रक्रिया का विवरण देने वाले संलग्नक "एफ" का अध्ययन किया है और उससे सहमत हैं और आगे यह वचन देते हैं कि स्वा.दे.संगठन के पास बि.प्र.एजेंसी और चिकित्सा कार्ड के माध्यम से डिजिटल संरूप में बिल जमा करने की क्षमता है और सभी बिलिंग इलेक्ट्रॉनिक संरूप में की जाएगी।
5. बोली अपलोड करने और करार पर हस्ताक्षर करने की तारीख को कें.स.स्वा.योजना या किसी अन्य राज्य सरकार या अन्य सरकारी संगठनों द्वारा स्वा.दे.संगठन को न तो नामिका से बाहर किया गया है/न मान्यता रद्द की गई है/न ही काली सूची में किया गया है।
6. अगर किसी भी लापरवाही के कारण कोई चोट/अंग-भंग या मृत्यु होती है, तो अस्पताल, क.रा.बी.निगम लाभार्थी या परिचारक या क.रा.बी.निगम कर्मचारी (जो रोगी के साथ है) को नुकसान का भुगतान करेगा।
7. केंद्र सरकार/राज्य सरकार या किसी अन्य राज्य की जाँच एजेंसी द्वारा अस्पताल के विरुद्ध कोई जाँच लंबित नहीं है।
8. हम निविदा अभिलेख में निर्धारित नियमों और शर्तों से सहमत हैं।
9. विशेष भूमि आवंटन या सीमा शुल्क छूट के बदले सभी विशेष शर्तों (कृपया उल्लेख करें) को अस्पताल पूरा कर रहा है, जो (कृपया प्राधिकरण का उल्लेख करें) द्वारा लगाए गए हैं।
10. अस्पताल, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा अनुमोदित मानकों के अनुसार ईएमआर (इलेक्ट्रॉनिक चिकित्सा अभिलेख) और एचईआर (इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य अभिलेख) को लागू करने के लिए सहमत है।
11. यदि नामिकागत किए जाने से पहले और उसके दौरान किसी भी समय कोई सूचना असत्य पाई जाती है, तो अस्पताल को क.रा.बी.निगम द्वारा नामिका से हटाया या काली सूची में किया जा सकता है। अस्पताल संगठन क.रा.बी.निगम को हुए किसी भी वित्तीय नुकसान के लिए या लाभार्थियों को हुई शारीरिक/मानसिक चोटों के लिए मुआवजे का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी होगा।
12. निविदा अभिलेख के सभी कागजात और निविदा अभिलेख के साथ प्रस्तुत सभी कागजात प्राधिकृत व्यक्ति द्वारा प्रत्येक पृष्ठ पर हस्ताक्षरित और मुहरबंद किए गए हैं।

Certificate of Undertaking

(On a Non-Judicial Stamp paper of Rs. 100/-)

1. It is certified that particulars furnished in the Expression of Interest are correct and the eligibility criteria are satisfied and also fully understood. I/we understand that, in case any incorrect information/misrepresentation, the EMD/ Performance Security Deposit will be forfeited.
2. I/We shall be providing cashless facilities to all ESI beneficiaries referred through proper ESIC referral system.
3. That the rates have been provided against a facility/Procedure/investigation actually available and performed within the HCO.
4. I/We have gone through the Annexure "F" detailing ESIC-SOP for online bill processing and agree to the same and further undertake that the HCO has the capability to submit the bills through BPA and medical cards in digital format and that all billing will be done in electronic format.
5. That the HCO has neither been de-empanelled/derecognized/blacklisted by CGHS or any other state Govt. or other Govt. organizations on the date of uploading the bid and signing of agreement.
6. That the hospital will pay damage to the ESIC beneficiary or the attendant or ESIC Staff who accompanies the patient, if any injury/ loss of part or death occurs due to any negligence.
7. That no investigation by Central Government/ State Government or any other statutory investigation agency is pending or contemplated against the hospital.
8. I/We agree to the terms & conditions prescribed in Tender Document.
9. The hospital is fulfilling all special conditions_____(*please mention*) that have been imposed by _____(*please mention the authority*) authority in lieu of special land allotment or custom duty exemption.
10. That the hospital agrees to implement EMR (electronic medical record) & HER (electronic health record) as per the standards approved by Ministry of health & Family Welfare.
11. That if any information is found to be untrue at any time before and during the period of empanelment, the hospital would be liable for de-empanelment or blacklisting by ESIC. The hospital organization will be liable to pay compensation for any financial loss caused to ESIC or Physical/mental injuries to its beneficiaries.
12. All the papers of tender document and all the papers submitted along with TENDER document have been signed and stamped on each page by the authorized person.



13. अस्पताल के पास आईआरबी/एनओटीटीए पंजीकरण/पीसी पीएनडीटी अधिनियम पंजीकरण/अग्नि सुरक्षा (यथा लागू) का अपेक्षित अनुमोदन है।
14. अस्पताल, जैव-चिकित्सा अपशिष्ट निस्तारण के लिए प्रदूषण नियंत्रण प्राधिकरण के मानदंडों का पालन करने का वचन देता है।
15. अस्पताल हर समय, करार के निष्पादन में या सेवाओं के संबंध में अस्पताल द्वारा किए गए या कथित रूप से किए गए किसी भी कार्य के संबंध में या कथित रूप से किए गए सभी कार्यों, मुकदमों, दावों और मांगों के विरुद्ध और क.रा.बी.निगम के निष्पादन के दौरान क.रा.बी.निगम के विरुद्ध की जा रही किसी भी कार्रवाई या मुकदमे के परिणामस्वरूप क.रा.बी.निगम को होने वाले किसी भी क्षति के लिए क्षतिपूर्ति करेगा।
16. स्वास्थ्य देखभाल संगठन, समय-समय पर कें.स.स्वा.योजना/राज्य सरकार के साथ नामिका में बदलाव होने की स्थिति में सक्षम प्राधिकारी को सूचित करेगा।
17. स्वास्थ्य देखभाल संगठन, समय-समय पर एनएबीएच/एनएबीएल से मान्यता की स्थिति में किसी भी बदलाव के बारे में सक्षम प्राधिकारी के कार्यालय को सूचित करेगा।

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम

दिनांक और मुहर

13. The hospital has the requisite approval of AERB/NOTTA registration/PC PNDT Act registration/Fire safety (as applicable).
14. The hospital undertakes to abide by norms of Pollution Control Authority for Bio- Medical Waste Disposal.
15. The Hospital shall at all times, indemnify and keep indemnified ESIC against all actions, suits, claims and demands brought or made against in respect of anything done or purported to be done by the Hospital in execution of or in connection with the services under the Agreement and against any loss or damage to ESIC in consequence to any Action or suit being brought against the ESIC in the course of the execution of the Agreement.
16. That HCO will inform the office of competent authority about any changes in status of empanelment with CGHS/state Govt. from time to time.
17. That HCO will inform the office of competent authority about any changes in status of NABH/NABL accreditation from time to time.

Signature of the Applicant

Name

Date & Stamp



निविदा के साथ अपलोड किए जाने वाले दस्तावेज

- 1 आरटीजीएस के माध्यम से जमा की गई बयाना राशि की लेनदेन रिपोर्ट को हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति अपलोड करें।
- 2 विधिवत भरा हुआ आवेदन पत्र संलग्नक 'ए1/ए2/ए3/ए4' के अनुसार, जो भी लागू हो हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति अपलोड करें।
- 3 संलग्नक 'ख' के अनुसार उपक्रम का प्रमाण पत्र विधिवत प्रमाणित, हस्ताक्षरित और तिथि एवं मुहर सहित अपलोड करें।
- 3 साझेदारी विलेख/ज्ञापन/स्वामित्व/संस्था के अंतर्नियम की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति (जैसा लागू हो)।
- 5 राज्य पंजीकरण प्रमाणपत्र/स्थानीय निकायों के साथ पंजीकरण जहाँ लागू हो, शामिल किया जाना चाहिए।
- 6 हस्ताक्षरित, तिथि सहित मुहर लगी हुई और नवीनतम प्राधिकार पत्र की स्कैन की गई प्रति स्वास्थ्य देखभाल संगठन की ओर से आवेदन करने वाले व्यक्ति के पक्ष में स्वास्थ्य देखभाल संगठन के शासकीय पत्र शीर्ष पर तिथि सहित प्राधिकृत व्यक्ति के पहचान प्रमाण के साथ अपलोड किया जाए।
- 7 वैध खाते संख्या के उल्लेख के साथ रद्द किए गए बैंक की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति, आइएफएससी कूट, एमआईसीआर संख्या।
- 8 स्वास्थ्य देखभाल संगठन के पैन और जीएसटी संख्या की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति।
- 9 संबंधित स्थान के स्थानीय उपनियमों के अनुसार सरकारी अधिकारियों द्वारा जारी अग्नि सुरक्षा संबंधी प्रमाणपत्र की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति।
- 10 वैध प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड पंजीकरण की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई एवं जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन संस्था से करार की प्रति।
- 11 यदि लागू हो तो सेवाओं के दायरे और वैधता अवधि के साथ एनएबीएच/एनएबीएल द्वारा वैध मान्यता की प्रति।
- 12 यदि लागू हो तो सेवाओं के दायरे और वैधता अवधि के साथ केंद्रीय सरकार स्वास्थ्य योजना/राज्य सरकार के साथ नामिकायन के उल्लेख की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति।
- 13 सभी अस्पताल सेवाओं/नैदानिक सुविधाओं/प्रयोगशाला (एनएबीएच/एनएबीएल मान्यता प्राप्त) की पूर्ण हस्ताक्षरित और मुहर लगी प्रति आंतरिक जांच सुविधा दर-सूची के साथ संलग्नक "घ" के अनुसार विधिवत हस्ताक्षरित और मुहरयुक्त प्रति अपलोड के जानी चाहिए।
- 14 बोली जमा करने की अंतिम तिथि तक स्वास्थ्य देखभाल संगठन को कम से कम दो पूर्ण वर्षों तक प्रचालन में रहना चाहिए तथा व्यवसाय में होने का प्रमाण लेखापरीक्षित तुलन-पत्र की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति, वित्तीय वर्ष (.....) के लिए लाभ-हानि खाता प्रस्तुत किया जाना चाहिए। पिछले वित्तीय वर्ष से संबंधित लेखापरीक्षित वित्तीय विवरण उपलब्ध नहीं होने के मामले के लिए वार्षिक पण्यावर्त टर्न ऑवर का सनदी लेखाकार का प्रमाण पत्र प्रस्तुत किया जाए।

Documents to be uploaded in the tender.

- 1) Signed, stamped and scanned copy of transaction report of EMD deposited through RTGS to be uploaded.
- 2) Application Form as per Annexure 'A1/A2/A3/A4' whichever is applicable dully filled, signed, stamped & scanned to be uploaded.
- 3) Certificate of undertaking as per Annexure 'B' Duly certified, signed & stamped with date to be uploaded.
- 4) Signed stamped and scanned Copy of partnership deed / memorandum / owner ship / articles of association (as applicable).
- 5) State registration certificate/registration with local bodies should be included where applicable
- 6) Signed, stamped with date and scanned Copy of recent Authority Letter in favour of person applying on behalf of HCO on the official letter head of the HCO with date along with the ID proof of the authorized person.
- 7) Signed stamped and scanned Copy of cancelled cheque with mention of Valid Account Number, IFSC code, MICR Number.
- 8) Signed, stamped and scanned Copy of PAN and GST number of the HCO.
- 9) Signed, Stamped & Scanned copy of Fire Clearance Certificate issued by Govt authorities as per Local Bylaws of the location concerned.
- 10) Signed, stamped and scanned Copy of valid pollution control board registration and agreement with Bio Medical Waste Management agency.
- 11) Copy of valid accreditation by NABH/NABL as applicable along with scope of services & validity period if applicable.
- 12) Signed stamped and scanned Copy of empanelment with CGHS/State Govt mentioning the scope of services with validity period if applicable.
- 13) Complete signed and stamped copy of all Hospital services/ diagnostic facilities/ laboratory investigations (NABH/NABL accredited) available in-house along with rate- list of facilities/investigations with rate-list as per annexure "D" duly signed & stamped to be uploaded.
- 14) The HCO should have been operational for at least two complete years as on last date of submission of bid Signed, stamped and scanned Copy of the audited balance sheet, profit and loss account for the financial year (.....) should be submitted as proof of being in business. In case, the audited financial statement pertaining to the previous financial year is not available, certificate of the chartered accountant for annual turnover to be submitted.



- 15 एक से अधिक दस्तावेजों के लिए लाइसेंस की हस्ताक्षरित, मुहरबंद और स्कैन की गई प्रतिलिपि (यदि लागू हो) - को जोड़ा जा सकता है और एकल फ़ाइल के रूप में अपलोड किया जा सकता है।
- 1). रक्त बैंक 2). इमेजिंग केंद्र 3). अंग एवं ऊतक प्रत्यारोपण केंद्र.
4). रेडियोथेरेपी केंद्र. 5). कोई अन्य (कृपया उल्लेख करें)
- 16 आईआरबी/बीएआरसी/पीसी पीएनडीटी आदि द्वारा जारी प्रमाणपत्र की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति (जो भी लागू हो)।

आवेदक के हस्ताक्षर

नाम, दिनांक एवं मुहर

- 15) Signed stamped and scanned Copy of License for running (If Applicable)-Multiple documents may be joined and uploaded as single file.
- 1). Blood Bank 2). Imaging Centre 3). Organ& Tissue transplantation centre. 4). Radiotherapy Centre.5). Any other (Please Mention)
- 16) Signed stamped and scanned Copy of Certificate issue by AERB / BARC/PC PNDR etc. (which ever applicable)

Signature of the Applicant

Name, Date & Stamp



सुविधा/जांच के लिए अस्पताल/निदान केंद्र की पूरी दर सूची।

आंतरिक उपलब्ध जांचों की पूरी सूची जो एनएबीएल/एनएबीएच से मान्यता प्राप्त है।

दिनांक :

स्थान :

स्वामी/प्राधिकृत व्यक्ति का नाम एवं हस्ताक्षर
कार्यालय सील/रबड़ की मुहर के साथ

Annexure 'D'

- Complete Rate list of hospital/diagnostic centre for facility/investigation.
- Complete list of investigations available in-house which are NABL/NABH accredited.

Date:

Place

**Name & Signature
of proprietor/authorized
person with office
seal/rubber stamp)**



ऑनलाइन बोली निवेदन (जमा करने) हेतु अनुदेश

(विभागीय प्रयोक्ता इस दस्तावेज़ को अपने निविदा दस्तावेज़ में संलग्नक के रूप में संबद्ध कर सकते हैं जो बोलीदाताओं के लिए ऑनलाइन बोली जमा करने के लिए संपूर्ण अनुदेश प्रदान करता है)

बोलीदाताओं को वैध डिजिटल हस्ताक्षर प्रमाणपत्रों का उपयोग करके सीपीपी पोर्टल पर इलेक्ट्रॉनिक रूप से अपनी बोलियों की सॉफ्ट प्रतियां जमा करने की आवश्यकता होती है। नीचे दिए गए निर्देश बोलीदाताओं को सीपीपी पोर्टल पर पंजीकरण करने, आवश्यकताओं के अनुसार अपनी बोलियां तैयार करने और सीपीपी पोर्टल पर अपनी बोलियां ऑनलाइन जमा करने में सहायता करने के लिए हैं।

सीपीपी पोर्टल पर ऑनलाइन बोलियां जमा करने के लिए उपयोगी अधिक जानकारी यहां प्राप्त की जा सकती है: <https://eprocure.gov.in/eprocure/app>.

पंजीकरण

- 1) बोलीदाताओं को सी पी पी पोर्टल के ई-प्रोक्योरमेंट मॉड्यूल पोर्टल ([URL:https://eprocure.gov.in/eprocure/app](https://eprocure.gov.in/eprocure/app)) पर "ऑनलाइन बोलीदाता नामांकन" (ऑनलाइन बिडर एनरोलमेंट) लिंक पर क्लिक करके सीपीपी पोर्टल पर नामांकन करना आवश्यक है, जो निःशुल्क है।
- 2) नामांकन प्रक्रिया के अगले चरण के रूप में, बोलीदाताओं को उनके खातों के लिए एक यूनिक प्रयोक्ता नाम चुनना होगा और एक पासवर्ड निर्दिष्ट करना होगा।
- 3) बोलीदाताओं को सलाह दी जाती है कि वे अपना वैध ई-मेल पता और मोबाइल संख्या पंजीकरण प्रक्रिया के हिस्से के रूप में पंजीकृत करें। इनका उपयोग सीपीपी से किसी भी संचार (पत्राचार आदि) के लिए किया जाएगा।
- 4) नामांकन के पश्चात बोलीदाताओं को अपना वैध डिजिटल हस्ताक्षर (हस्ताक्षर कुंजी उपयोग के साथ क्लास III प्रमाण-पत्र) उनकी प्रोफाइल के साथ किसी भी प्रमाणन प्राधिकरण द्वारा जारी एवं सीसीए इंडिया (Sify/nCode/eMudhra आदि) द्वारा मान्यता प्राप्त प्रमाणपत्र पंजीकृत करना आवश्यक होगा।
- 5) एक बोलीदाता द्वारा केवल एक वैध डीएससी पंजीकृत होना चाहिए। कृपया ध्यान दें कि बोली लगाने वाले यह सुनिश्चित करने के लिए जिम्मेदार हैं कि वे अपने डीएससी दूसरों को न दें, जिसके कारण उसका दुरुपयोग और नुकसान हो सकता है।
- 6) इसके बाद बोलीदाता साइट पर अपनी प्रयोक्ता पहचान/पासवर्ड के माध्यम से और डीएससी/ई-टोकन का पासवर्ड दर्ज करके सुरक्षित लॉग-इन कर सकते हैं।

निविदा दस्तावेज़ों की खोज

- 1) बोलीदाताओं को कई मापदंडों के आधार पर सक्रिय निविदाओं को खोजने की सुविधा प्रदान करने के लिए सीपीपी पोर्टल में विभिन्न खोज विकल्प बनाए गए हैं। इन मापदंडों में निविदा पहचान, संगठन का नाम, स्थान, तिथि, मूल्य आदि शामिल हो सकते हैं। सीपीपी पोर्टल पर प्रकाशित निविदा के खोज के लिए निविदाओं के उन्नत खोज का एक विकल्प भी है, जिसमें बोली लगाने वाले कई खोज मापदंडों को जोड़ सकते हैं, जैसे- संगठन का नाम, निविदा का प्रपत्र, स्थान, तिथि, अन्य कीवर्ड (संकेत शब्द) आदि।

Instructions for Online Bid Submission

(Department User may attach this Document as an Annexure in their Tender Document which provides complete Instructions for on line Bid submission for Bidders)

The bidders are required to submit soft copies of their bids electronically on the CPP Portal, using valid Digital Signature Certificates. The instructions given below are meant to assist the bidders in registering on the CPP Portal, prepare their bids in accordance with the requirements and submitting their bids online on the CPP Portal.

More information useful for submitting online bids on the CPP Portal may be obtained at: <https://eprocure.gov.in/eprocure/app>.

REGISTRATION

- 1) Bidders are required to enrol on the e-Procurement module of the Central Public Procurement Portal (URL: <https://eprocure.gov.in/eprocure/app>) by clicking on the link “Online bidder Enrolment” on the CPP Portal which is free of charge.
- 2) As part of the enrolment process, the bidders will be required to choose a unique username and assign a password for their accounts.
- 3) Bidders are advised to register their valid email address and mobile numbers as part of the registration process. These would be used for any communication from the CPP Portal.
- 4) Upon enrolment, the bidders will be required to register their valid Digital Signature Certificate (Class III Certificates with signing key usage) issued by any Certifying Authority recognized by CCA India (e.g. Sify / nCode / eMudhra etc.), with their profile.
- 5) Only one valid DSC should be registered by a bidder. Please note that the bidders are responsible to ensure that they do not lend their DSC’s to others which may lead to misuse.
- 6) Bidder then logs in to the site through the secured log-in by entering their user ID / password and the password of the DSC / e-Token.

SEARCHING FOR TENDER DOCUMENTS

- 1) There are various search options built in the CPP Portal, to facilitate bidders to search active tenders by several parameters. These parameters could include Tender ID, Organization Name, Location, Date, Value, etc. There is also an option of advanced search for tenders, wherein the bidders may combine a number of search parameters such as Organization Name, Form of Contract, Location, Date, Other keywords etc. to search for a tender published on the CPP Portal.



2) एक बार जब बोलीदाताओं ने उन निविदाओं का चयन कर लिया जिनमें वे रुचि रखते हैं, तो वे आवश्यक दस्तावेज़/निविदा अनुसूचियां डाउनलोड कर सकते हैं। इन निविदाओं को संबंधित 'माई टेंडर्स' फ़ोल्डर में रखा जा सकता है। इससे, यदि निविदा दस्तावेज़ में कोई शुद्धिपत्र जारी किया जाता है तो सीपीपी पोर्टल से बोलीदाताओं को एसएमएस/ई-मेल के माध्यम से, सूचना प्राप्त हो सकेगी।

3) बोली लगाने वाले को यदि हेल्पडेस्क (सहायता केंद्र) से कोई स्पष्टीकरण/सहायता प्राप्त करना चाहते हैं तो प्रत्येक निविदा के लिए विनिर्दिष्ट यूनिक पहचान नोट कर लेना चाहिए।

बोलियों की तैयारी

1) बोलीदाता को अपनी बोलियाँ प्रस्तुत करने से पहले निविदा दस्तावेज़ पर प्रकाशित किसी भी शुद्धिपत्र को ध्यान में रखना चाहिए।

2) बोली के रूप में प्रस्तुत किए जाने वाले आवश्यक दस्तावेज़ों को समझने के लिए निविदा विज्ञापन और निविदा दस्तावेज़ को कृपया ध्यानपूर्वक पढ़ें। उन लिफ़ाफ़ों की संख्या नोट करें जिनमें बोली दस्तावेज़ तथा प्रस्तुत किए जाने वाले दस्तावेज़ों की संख्या, आवश्यक प्रत्येक दस्तावेज़ के नाम और सामग्री सहित जमा किए जाने हैं। इनमें से कोई भी विचलन बोली को अस्वीकार कर सकता है।

3) बोली लगाने वाले को, प्रस्तुत करने के लिए बोली दस्तावेज़ पहले से ही तैयार कर लेने चाहिए जैसा कि निविदा दस्तावेज़/अनुसूची और आम तौर पर पीडीएफ/एक्सएलएस/आरएआर/डीडब्ल्यूएफ/जेपीजी संरूप में निर्दिष्ट हो सकते हैं। बोली दस्तावेज़ों को ब्लैक एंड वाइट विकल्प में 100 डीपीआइ के साथ स्कैन किया जा सकता है जो स्कैन किए गए दस्तावेज़ के आकार को कम करने में मदद करता है।

4) प्रत्येक बोली के रूप में प्रस्तुत किए जाने वाले आवश्यक मानक दस्तावेज़ को अपलोड करने में लगने वाले समय और प्रयास से बचने के लिए (जैसे पैन कार्ड प्रति, वार्षिक रिपोर्ट, लेखापरीक्षार प्रमाणपत्र आदि), ऐसे दस्तावेज़ अपलोड करने के लिए बोली कर्ता को उनके लिए उपलब्ध क्षेत्र "माई स्पेस" या "अन्य महत्वपूर्ण दस्तावेज़" से ये दस्तावेज़ सीधे जमा किए जा सकते हैं। ये दस्तावेज़ बोली जमा करते समय सीधे "माई स्पेस" क्षेत्र से जमा किए जा सकते हैं इसे बार-बार अपलोड करने की आवश्यकता नहीं है। इससे बोली जमा करने की प्रक्रिया में लगने वाले आवश्यक समय में कमी आएगी।

नोट : मेरा दस्तावेज़ स्थान (माई डॉक्युमेंट्स स्पेस) केवल अपलोडिंग प्रक्रिया को आसान बनाने के लिए बोलीदाताओं को दिया गया एक भंडारगृह है। यदि बोलीदाता ने अपने दस्तावेज़ मेरे दस्तावेज़ स्थान में अपलोड किए हैं, तो यह स्वतः (स्वयमेव) सुनिश्चित नहीं करता है कि ये दस्तावेज़ तकनीकी बोली का हिस्सा हैं।

बोलियाँ प्रस्तुत करना

1) बोली लगाने वाले को बोली जमा करने के लिए पहले ही साइट पर लॉग इन कर लेना चाहिए ताकि वे बोली को समय पर यानी बोली जमा करने के समय पर या उससे पहले इसे अपलोड कर सकें। अन्य मुद्दों के कारण किसी भी देरी के लिए बोली लगाने वाला जिम्मेदार होगा।

2) बोली लगाने वाले को आवश्यक बोली दस्तावेज़ एक-एक करके डिजिटल रूप से हस्ताक्षरित और अपलोड करना होगा जैसा कि निविदा दस्तावेज़ में दर्शाया गया है।

3) बोलीदाता को निविदा शुल्क/बयाना जमा जैसा विनिर्दिष्ट हो का विवरण और भुगतान करने के लिए "ऑफ़लाइन" भुगतान विकल्प का चयन करना होगा।

4) बोलीदाता को निविदा दस्तावेज़ में निर्दिष्ट अनुदेशों के अनुसार बयाना जमा तैयार रखनी चाहिए। बोली लगाने वाले को बयाना

- 2) Once the bidders have selected the tenders they are interested in, they may download the required documents / tender schedules. These tenders can be moved to the respective 'My Tenders' folder. This would enable the CPP Portal to intimate the bidders through SMS / email in case there is any corrigendum issued to the tender document.
- 3) The bidder should make a note of the unique Tender ID assigned to each tender, in case they want to obtain any clarification / help from the Helpdesk.

PREPARATION OF BIDS

- 1) Bidder should take into account any corrigendum published on the tender document before submitting their bids.
- 2) Please go through the tender advertisement and the tender document carefully to understand the documents required to be submitted as part of the bid. Please note the number of covers in which the bid documents have to be submitted, the number of documents - including the names and content of each of the document that need to be submitted. Any deviations from these may lead to rejection of the bid.
- 3) Bidder, in advance, should get ready the bid documents to be submitted as indicated in the tender document / schedule and generally, they can be in PDF / XLS / RAR / DWF/JPG formats. Bid documents may be scanned with 100 dpi with black and white option which helps in reducing size of the scanned document.
- 4) To avoid the time and effort required in uploading the same set of standard documents which are required to be submitted as a part of every bid, a provision of uploading such standard documents (e.g. PAN card copy, annual reports, auditor certificates etc.) has been provided to the bidders. Bidders can use "My Space" or "Other Important Documents" area available to them to upload such documents. These documents may be directly submitted from the "My Space" area while submitting a bid, and need not be uploaded again and again. This will lead to a reduction in the time required for bid submission process.

Note: My Documents space is only a repository given to the Bidders to ease the uploading process. If Bidder has uploaded his Documents in My Documents space, this does not automatically ensure these Documents being part of Technical Bid.

SUBMISSION OF BIDS

- 1) Bidder should log into the site well in advance for bid submission so that they can upload the bid in time i.e. on or before the bid submission time. Bidder will be responsible for any delay due to other issues.
- 2) The bidder has to digitally sign and upload the required bid documents one by one as indicated in the tender document.
- 3) Bidder has to select the payment option as "offline" to pay the tender fee / EMD as applicable and enter details of the instrument.
- 4) Bidder should prepare the EMD as per the instructions specified in the tender document.



जमा का भुगतान केवल ऑनलाइन मोड के माध्यम से करना होगा और यूटीआर संख्या सहित जनित्र लेन-देन रिपोर्ट ऑनलाइन अपलोड करनी होगी।

5) बोलीदाताओं से अनुरोध है कि वे ध्यान दें कि उन्हें अपनी वित्तीय बोलियाँ अनिवार्य रूप से दिए गए संरूप में प्रस्तुत करनी चाहिए और कोई अन्य संरूप स्वीकार्य नहीं है। यदि निविदा दस्तावेज़ के साथ एक मानक मात्रा-बिल संरूप के रूप में मूल्य बोली दी गई है, तो वही डाउनलोड किया जाए और सभी बोलीदाताओं द्वारा भरा जाए। बोलीदाताओं को मात्रा-बिल फ़ाइल डाउनलोड करना आवश्यक है, इसे खोलें और सफेद रंग (असुरक्षित) प्रकोष्ठ को संबंधित वित्तीय उद्धरण और अन्य विवरण (जैसे बोली लगाने वाले का नाम) के साथ पूरा करें। किसी अन्य प्रकोष्ठ को बदला नहीं जाना चाहिए। एक बार विवरण पूरा हो जाने के बाद, बोली लगाने वाले को इसे सुरक्षित करके फ़ाइल का नाम बदले बिना ऑनलाइन सबमिट करनी चाहिए। यदि मात्रा-बिल फ़ाइल बोलीदाता द्वारा संशोधित पाई जाती है तो बोली अस्वीकार कर दी जाएगी।

6) सर्वर समय (जो बोलीदाताओं के डैशबोर्ड पर प्रदर्शित होता है) को बोलीदाताओं द्वारा बोलियाँ प्रस्तुत करने, बोलियों को खोलना आदि की समय सीमा का संदर्भ देने के लिए मानक समय माना जाएगा। बोलीदाताओं को बोली जमा करने के दौरान इस समय का पालन करना चाहिए।

7) बोलीदाताओं द्वारा प्रस्तुत किए जाने वाले सभी दस्तावेज़ आँकड़ों की गोपनीयता सुनिश्चित करने के लिए पीकेआइ एन्क्रिप्शन तकनीक का उपयोग करके एन्क्रिप्ट किए जाएंगे। दर्ज किया गया आंकड़ा बोली खुलने के समय तक अनधिकृत व्यक्तियों द्वारा नहीं देखा जा सकेगा। बोलियाँ सुरक्षित सॉफ़्टवेयर 128-बिट एन्क्रिप्शन तकनीक का उपयोग करके बोलियों की गोपनीयता बनाए रखी जाती हैं। संवेदनशील क्षेत्रों के आँकड़ों का भंडारण एन्क्रिप्शन किया जाता है। कोई भी बोली दस्तावेज़ जो सर्वर पर अपलोड किया गया है सिस्टम द्वारा उत्पन्न सीमेट्रिक कुंजी का उपयोग करके सीमेट्रिक एन्क्रिप्शन के अधीन किया जाता है। इसके अलावा यह कुंजी खरीदारों/बोली खोलने वालों की पब्लिक कुंजी का उपयोग करके एसीमेट्रिक एन्क्रिप्शन के अधीन है। कुल मिलाकर, अपलोड किए गये निविदा दस्तावेज़ प्राधिकृत बोली खोलने वालों द्वारा निविदा खोलने के बाद ही पढ़ने योग्य बनते हैं।

8) अपलोड किए गए निविदा दस्तावेज़ प्राधिकृत बोली खोलने वालों द्वारा निविदा खुलने के बाद ही पढ़ने योग्य होते हैं।

9) बोलियों के सफल और समय पर जमा होने पर (अर्थात् पोर्टल में “**फ्रीज बिड सबमिशन**” पर क्लिक करने के बाद), पोर्टल एक सफल बोली सबमिशन संदेश देगा और एक बोली सारांश बोली संख्या और जमा करने की तारीख व समय सहित अन्य सभी प्रासंगिक विवरणों के साथ बोली के साथ प्रदर्शित किया जाएगा।

10) बोली सारांश को प्रिन्ट करके बोली प्रस्तुत करने के पावती के रूप में रखना होगा। इस पावती का उपयोग किसी भी बोली के प्रारंभिक बैठकों के लिए प्रवेश पास के रूप में किया जा सकता है।

बोलीदाताओं को सहायता

1) निविदा दस्तावेज़ और इसमें शामिल निविदा नियमों और शर्तों से संबंधित कोई भी प्रश्न निविदा में दर्शाए गए प्रासंगिक संपर्क व्यक्ति या निविदा आमंत्रित प्राधिकारी को संबोधित किया जाना चाहिए।

2) ऑनलाइन बोली जमा करने की प्रक्रिया से संबंधित कोई भी प्रश्न या सामान्य तौर पर सीपीपी पोर्टल से संबंधित प्रश्न 24x7 सीपीपी पोर्टल हेल्पडेस्क पर भेजे जा सकते हैं।

The bidder has to pay the EMD through Online mode only and will upload the transaction report generated online including UTR number.

- 5) Bidders are requested to note that they should necessarily submit their financial bids in the format provided and no other format is acceptable. If the price bid has been given as a standard BoQ format with the tender document, then the same is to be downloaded and to be filled by all the bidders. Bidders are required to download the BoQ file, open it and complete the white coloured (unprotected) cells with their respective financial quotes and other details (such as name of the bidder). No other cells should be changed. Once the details have been completed, the bidder should save it and submit it online, without changing the filename. If the BoQ file is found to be modified by the bidder, the bid will be rejected.
- 6) The server time (which is displayed on the bidders' dashboard) will be considered as the standard time for referencing the deadlines for submission of the bids by the bidders, opening of bids etc. The bidders should follow this time during bid submission.
- 7) All the documents being submitted by the bidders would be encrypted using PKI encryption techniques to ensure the secrecy of the data. The data entered cannot be viewed by unauthorized persons until the time of bid opening. The confidentiality of the bids is maintained using the secured Socket Layer 128-bit encryption technology. Data storage encryption of sensitive fields is done. Any bid document that is uploaded to the server is subjected to symmetric encryption using a system generated symmetric key. Further this key is subjected to asymmetric encryption using buyers/bid opener's public keys. Overall, the uploaded tender documents become readable only after the tender opening by the authorized bid openers.
- 8) The uploaded tender documents become readable only after the tender opening by the authorized bid openers.
- 9) Upon the successful and timely submission of bids (i.e. after Clicking "Freeze Bid Submission" in the portal), the portal will give a successful bid submission message & a bid summary will be displayed with the bid no. and the date & time of submission of the bid with all other relevant details.
- 10) The bid summary has to be printed and kept as an acknowledgement of the submission of the bid. This acknowledgement may be used as an entry pass for any bid opening meetings.

ASSISTANCE TO BIDDERS

- 1) Any queries relating to the tender document and the terms and conditions contained therein should be addressed to the Tender Inviting Authority for a tender or the relevant contact person indicated in the tender.
- 2) Any queries relating to the process of online bid submission or queries relating to CPP Portal in general may be directed to the 24x7 CPP Portal Helpdesk.



(पी -I)

अभिनिर्देशन करने वाले क.रा.बी.अस्पताल का पत्र शीर्ष (पी -I)

अभिनिर्देशन प्रपत्र (अनुमति पत्र)

अभिनिर्देशन संख्या : बीमा संख्या/ स्टाफ कार्ड संख्या/
पेंशनभोगी कार्ड संख्या:

रोगी का नाम :

पता/संपर्क संख्या : आयु/लिंग :

पहचान चिह्न :

बीमाकृत व्यक्ति/लाभार्थी/कर्मचारी :

बीमाकृत व्यक्ति/कर्मचारी के साथ संबंध :

रोगी का अस्पताल
प्राधिकारी द्वारा विधिवत
प्रमाणित फोटो

स्त्री/पु/वि/पुत्र/पुत्री/अन्य

विशिष्टता/अति विशिष्टता के लिए हकदार: हां/नहीं

डायग्नोसिस/क्लिनिकल

राय(मत)/मामला :

दिया गया प्रासंगिक उपचार सहित

सारांश/प्रक्रिया/क.रा.बी.निगम अस्पताल

में की गई जांच

उपचार/प्रक्रिया/अति वि उप जाँच :

जिसके लिए रोगी को अभिनिर्देशित किया जा रहा है

(अभिनिर्देशन के लिए विशिष्ट निदान का उल्लेख करें)

मैं स्वयं या ----- के इलाज के लिए स्वेच्छा से ----- टाइ-अप अस्पताल चुनता हूँ।

बीमाकृत व्यक्ति/लाभार्थी/कर्मचारी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

Letterhead of Referring ESI Hospital (P-I) Referral Form (Permission letter)

Referral No : Insurance No/Staff
Card No/ Pensioner
Card No :

Name of the Patient :

Address/Contact No : Age/Sex :

Identification marks :

IP/Beneficiary/Staff :

Relationship with IP/Staff :

F/M/W/S/D/Other

Entitled for Specialty/Super Specialty : Yes/No

Diagnosis/clinical opinion/case :

Summary along with relevant
treatment given/

Procedure/investigation done
in ESIC hospital

Treatment/procedure/SST

investigation for :

which patient is being referred

(mention specific diagnosis for referral)

I voluntarily choose _____ Tie-up Hospital for treatment of self or my _____

Photograph

Of Patient
duly attested
by hospital
authority

Sign/Thumb Impression of IP/Beneficiary/Staff



----- के लिए अस्पताल/निदान केंद्र (नैदानिक केंद्र) -----को
अभिनिर्देशित किया गया

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का हस्ताक्षर एवं मुहर

****आपातकालीन स्थिति में, अभिनिर्देशित करने वाले चिकित्सक और आपात चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर। रिकार्ड रजिस्टर में अनुरक्षित करना है। विधिवत भरा हुआ नया प्रपत्र सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर के बाद अगले कार्य दिवस में भेजा जाएगा।**

टाइ-अप अस्पताल के लिए अनिवार्य अनुदेश

1. टाइ-अप अस्पताल को केवल वही प्रक्रिया/उपचार करने का निर्देश दिया जाता है जिसके लिए रोगी को अभिनिर्देशित किया गया है।
2. यदि रोगी के इलाज के लिए किसी अतिरिक्त प्रक्रिया/उपचार/जांच की आवश्यकता होती है, जिसके लिए उसे अभिनिर्देशित किया गया है, तो उसके लिए अभिनिर्देशित करने वाले अस्पताल से ई-मेल के माध्यम से अनुमति लेना अनिवार्यतः अपेक्षित है, और जल्द से जल्द लिखित रूप में इसकी पुष्टि की जानी चाहिए।
3. जिस अस्पताल में रोगी को अभिनिर्देशित किया है, उस अस्पताल को रोगी की छुट्टी होने के 06 दिनों के भीतर करार के अनुसार मानक प्रपत्र पर सहायक दस्तावेजों के साथ खाता संख्या और आरटीजीएस संख्या आदि देते हुए बिल जमा करना होगा।
4. खाद्य अनुपूरक की प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी।
5. जहां भी संभव हो केवल जेनेरिक दवा का उपयोग किया जाए।
6. केवल उन्हीं दवाओं का उपयोग किया जाए जो एफडीए/आइपी/बीपी या यूएसपी अनुमोदित हों।

क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल द्वारा टाइ-अप अस्पताल में अभिनिर्देशित करते समय भेजे जाने वाले दस्तावेजों की जांच सूची

1. विधिवत भरा एवं हस्ताक्षरित अभिनिर्देशन प्रपत्र।
2. बीमाकृत व्यक्ति के बीमा कार्ड/फोटो पहचान पत्र की प्रति।
3. विशेषज्ञ/संबंधित चिकित्सा अधिकारी की अभिनिर्देशन अनुशंसा।
4. पहले की जा चुकी जांच और उपचार की रिपोर्टें
5. रोगी की दो तस्वीरें

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर**

Referred to _____ Hospital/Diagnostic Centre for

Sign & Stamp of Authorized Signatory

**** In case of emergency, signature of referring doctor & Casualty Medical Officer. Record to be maintained in the register. New form duly filled will be sent after signature of the competent authority on the next working day.**

Mandatory Instructions for Tie-up Hospital

1. Tie up hospital is instructed to perform only the procedure/treatment for which the patient has been referred.
2. In case, any additional procedure/treatment/investigation is essentially required in order to treat the patient for which he/she has been referred to, the permission for the same is essentially required from the referring hospital through e-mail, and to be confirmed in writing at the earliest.
3. The referred hospital has to raise the bill as per the agreement on the standard proforma along with supporting documents within 06 days of discharge of the patient giving account number and IFSC Code etc.
4. Food supplement will not to be reimbursed.
5. Only Generic medicine to be used wherever possible.
6. Only those medicine to be used which are FDA/ IP/ BP or USP approved.

Checklist of documents to be sent by referring ESIC/ESIS hospital to tie-up hospital

1. *Duly filled & signed referral proforma.*
2. *Copy of Insurance Card/Photo I card of IP.*
3. *Referral recommendation of the specialist/concerned medical officer.*
4. *Reports of investigations and treatment already done.*
5. *Two Photographs of the patient.*

Signature of Competent Authority**



(पी-II पी-VI)

टाइ-अप अस्पताल के प्रयोग हेतु (बिल प्रस्तुत करने हेतु) (पी-II)

पता,ई-मेल और संपर्क संख्या सहित अस्पताल का पत्र शीर्ष
(एन.ए.बी.एच मान्यता प्राप्त अति विशिष्टता अस्पताल)

(दस्तावेजी प्रमाण संलग्न करें)

व्यक्तिगत केस संरूप

रोगी का नाम : अभिनिर्देशन क्रमांक (नियमित)/
आपातकालीन/रा.चि.आयुक्त के माध्यम से

उम्र/लिंग :

पता :

संपर्क संख्या :

बीमा संख्या/स्टाफ कार्ड संख्या/पेंशनभोगी कार्ड संख्या :

अभिनिर्देशन की तिथि :

प्रवेश की तिथि/छुट्टी की तिथि :

निदान :

छुट्टी के समय रोगी की स्थिति :

(पैकेज दरों के लिए)

उपचार/की गई प्रक्रिया :

रोगी का टाइ-अप अस्पताल प्राधिकारी द्वारा सत्यापित फोटो
--

I. पैकेज दर सूची में मौजूद

प्रभारणीय प्रक्रियाओं के लिए कें.स.स्वा.योजना/अन्य कूट संख्या/संख्याएं:

क्र.सं.	प्रभारणीय प्रक्रिया	कें.स.स्वा.योजना कूट संख्या ,पृष्ठ सं. सहित (1)	अन्य , यदि (1) पर नहीं है तो निर्धारित कूट संख्या, पृष्ठ सं. सहित	दर	दावा की गई राशि	स्वीकृत राशि	अभ्युक्तियां

प्रयोग किए गए इम्प्लान्ट/उपकरण का शुल्क

दावा की गई राशि

स्वीकृत राशि

अभ्युक्तियां

(PII-PVI)

To be used by Tie-up hospital (for raising the bill) (P-II)
Letterhead of Hospital with Address & Email and Contact Number
(NABH accreditation Super specialty Hospital)
(Attach documentary proof)
Individual Case Format

Name of the Patient : Referral S.No.(Routine) /
 Emergency/
 through SMC :

Photograph of the Patient verified by tie-up hospital authority

Age/Sex :

Address :

Contact No :

Insurance Number/Staff Card No/Pensioner :

Card no.

Date of referral :

Date of Admission Date of Discharge

Diagnosis :

Condition of the patient at discharge :

(For Package Rates)

Treatment/Procedure done/performed :

IV. Existing in the package rate list's

CGHS/other Code no/Nos for chargeable procedures :

S. No.	Charge-able Pro-cedure	CGHS Code no with page no (1)	Other if not on (1) prescribed code no with page no	Rate	Amt. Claimed	Amount Admitted	Remarks

Charges of Implant/device used

Amount Claimed:

Amount Admitted:

Remarks



II. (गैर-पैकेज दरें) की गई प्रक्रियाओं के लिए (पैकेज दरों की सूची में मौजूद नहीं)

क्रमांक	प्रभारणीय प्रक्रिया	दावा की गई राशि	स्वीकृत राशि	अभ्युक्तियां

III. तर्क और प्रलेखित अनुमति के साथ की गई अतिरिक्त प्रक्रिया

क्रमांक	प्रभारणीय प्रक्रिया	कें.स.स्वा.योजना कूट संख्या, पृष्ठ सं. सहित (1)	अन्य, यदि (1) पर नहीं है, तो निर्धारित कूट संख्या, पृष्ठ सं. सहित	दर	दावा की गई राशि	स्वीकृत राशि	अभ्युक्तियां

दावा की गई कुल राशि)I+II+III) ..

कुल स्वीकृत राशि)I+II+III)

अभ्युक्तियां

रोगी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता की मुहर

(क.रा.बी.निगम के कार्यालयी प्रयोग हेतु)

कुल देय राशि :

भुगतान की तिथि :

संबंधित सहायक के हस्ताक्षर

अधीक्षक के हस्ताक्षर

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर

V. (Non-package Rates) For procedures done (not existing in the list of packages rates)

S. No.	Chargeable Procedure	Amt. Claimed	Amount Admitted	Remarks

VI. Additional Procedure Done with rationale and documented permission

S. No.	Chargeable Procedure	CGHS Code no with page no (1)	Other if not on (1) prescribed code no with page no	Rate	Amt. Claimed	Amount Admitted	Remarks

Total Amount Claimed (I+II+III) Rs.

Total Amount Admitted (I+II+III) Rs.

Remarks

Sign/Thumb impression of patient Sign

Stamp of Authorized Signatory

(for Official use of ESIC)

Total amount payable :

Date of payment :

Signature of Dealing Assistant

Signature of Superintendent

Signature of Competent Authority



**टाइ-अप अस्पताल के प्रयोग हेतु (पी-III)
पता और ई-मेल/संपर्क संख्या सहित अस्पताल का पत्र शीर्ष
समेकित बिल संरूप**

बिल संख्या

दिनांक

बिल विवरण (सारांश)

क्रमांक	रोगी का नाम	अभिनिर्देशन संख्या	निदान/ प्रक्रिया जिसके लिए अभिनिर्देशित किया गया है	की गई प्रक्रिया / किया गया उपचार	कें.स.स्वा. योजना/अन्य कूट (पृष्ठ सहित) सं./ संख्याएं/ एन.ए.	शुल्क जो पैकेज दर सूची में शामिल नहीं है	स्वीकृत राशि	हकदारी राशि	अभ्युक्तियां

कुल दावा

प्रमाणित किया जाता है कि उपचार/प्रक्रिया निर्धारित मानदंडों के अनुसार किया गया है/की गई है और बिल में शुल्क का दावा क.रा. बी.निगम के साथ हस्ताक्षरित करार में निर्धारित निबंधन एवं शर्तों के अनुसार किया गया है।

यह भी प्रमाणित किया जाता है कि प्रयोग किए गए सभी इम्प्लांट, उपकरण आदि पर शुल्क का दावा बाजार में उपलब्ध न्यूनतम दरों पर किया गया है।

इसके अलावा प्रमाणित किया जाता है कि उपचार/प्रक्रिया नकदरहित आधार पर की गई है।

रोगी/उसके रिश्तेदार से कोई पैसा प्राप्त/मांगा/चार्ज नहीं किया गया है।

राशि हमारे खाता संख्या आरटीजीएस संख्या में जमा करें और हमारे पते पर ई-मेल/फैक्स/कागजी प्रति के माध्यम से इसकी सूचना दें।

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर

जांच सूची

1. विधिवत भरा हुआ समेकित प्रपत्र।
2. विधिवत भरा हुआ व्यक्तिगत रोगी बिल प्रपत्र।
3. छुट्टी पर्ची, जिसमें उपचार सारांश और विस्तृत उपचार अभिलेख शामिल है।
4. इम्प्लांट/स्टेंट/उपकरण के बिल पाउच/पैकेट/इनवॉइस आदि सहित।

To be used by Tie-up hospital (P-III) Letterhead of Hospital with Address & Email/Contact No.

Consolidated Bill Format

Bill No

Date

Bill details (Summary)

S. No	Name of the Patient	Ref. No.	Diag./ Procedure for which Referred	Procedure Performed/ treatment given	CGHS/other Code (with page) No/ Nos/N.A	Charges not in package rate list	Amount Claimed	Amount Admitted	Remarks

Total Claim.

Certified that the treatment/procedure has been done/performed as per laid down norms and the charges in the bill has/ have been claimed as per the terms & conditions laid down in the agreement signed with ESIC.

It is also certified that all the implants, devices etc used are charged at lowest available market rates.

Further certified that the treatment/ procedure have been performed on cashless basis. No money has been received /demanded/ charged from the patient/ his/her relative.

The amount may be credited to our account no _____ RTGS no _____ and intimate the same through email/fax/hard copy at the address.

Signature of Competent Authority

Checklist

1 Duly filled up consolidated proforma. 2 Duly filled up Individual Pt Bill Proforma.

3 Discharge Slip containing treatment summary & detailed treatment record. 4 Bill(s) of Implant(s) / Stent(s) /device along with Pouch/packet/invoice etc.



5. मूल रूप में अभिनिर्देश प्रपत्र, बीमा कार्ड/बीमाकृत व्यक्ति का फोटो पहचान पत्र/चिकित्सा अधिकारी की अभिनिर्देशन अनुशंसा और पात्रता प्रमाण पत्र। आपातकालीन उपचार या अतिरिक्त प्रक्रिया के मामले में रा.चि-आ./व.रा.चि.आ. का अनुमोदन पत्र।
6. प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का हस्ताक्षर एवं मुहर।

प्रमाणपत्र- यह प्रमाणित किया जाता है कि उपचार में प्रयोग की गई दवाएं मानक फार्माकोपिया आइपी/बीपी/यूएसपी/एफडीए में हैं।

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर

अभिनिर्देशित करने वाले क.रा.बी.अस्पताल का पत्रशीर्ष (पी-IV)

स्वीकृति ज्ञापन/अस्वीकृति ज्ञापन

अभिनिर्देशन अस्पताल का नाम (टाइ-अप अस्पताल)

बिल संख्या.....

बिल की तिथि.....

क्रम सं./बिल सं.	रोगी का नाम और अभिनिर्देशन संख्या	दावा की गई राशि	मंजूर राशि/स्वीकृत	नामंजूरी का कारण	अभियुक्ति

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर

5. Referral proforma in original, Insurance Card/ Photo I card of IP/ Referral recommendation of medical officer & entitlement certificate. Approval letter from RD in case of emergency treatment or additional procedure performed.
6. Sign & Stamp of Authorized Signatory.

Certificate: It is certified that the drugs used in the treatment are in the standard pharmacopeia IP/BP/USP/FDA.

Signature of Competent Authority

Letterhead of Referring ESI Hospital

(P-IV) Sanction Memo/Disallowance Memo

Name of Referral Hospital (Tie-up Hospital)

Bill No

Bill Date

S. No/Bill No	Name of the Patient & Reference No.	Amount Claimed	Amount Sanctioned/ admitted	Reasons(s) for Disallowance	Remarks

Signature of Competent Authority



पते के विवरण सहित टाइ-अप अस्पताल का पत्र शीर्ष (पी-V)

मासिक बिल

रोग-निदान केंद्रों/अभिनिर्देशित अस्पतालों में विशेष जांच

बिल संख्या

बिल दिनांक

क्रमांक	रोगी का नाम और बीमा/कर्मचारी संख्या	अभिनिर्देशित करने की तिथि	की गई जांच	कें.स.स्वा. योजना/ अन्य कूट संख्या पृष्ठ सं. सहित	शुल्क, जो पैकेज दर सूची में नहीं है	दावा राशि शामिल	स्वीकृत राशि (हकदारी)	अभ्युक्तियाँ/ अस्वीकृति के कारण सहित

प्रमाणित किया जाता है कि उपचार/प्रक्रिया निर्धारित मानदंडों के अनुसार किया गया है/की गई है और बिल में शुल्क का दावा क.रा.बी.निगम के साथ हस्ताक्षरित करार में निर्धारित निबंधन एवं शर्तों के अनुसार किया गया है। यह भी प्रमाणित किया जाता है कि प्रयोग किए गए सभी इम्प्लांट, उपकरण आदि पर शुल्क का दावा बाजार में उपलब्ध न्यूनतम दरों पर किया गया है।

इसके अलावा प्रमाणित किया जाता है कि उपचार/प्रक्रिया नकदरहित आधार पर की गई है।

रोगी/उसके रिश्तेदार से कोई पैसा प्राप्त/मांगा/चार्ज नहीं किया गया है।

राशि हमारे खाता संख्या आरटीजीएस संख्या में जमा करें और हमारे पते पर ई-मेल/फैक्स/कागजी प्रति के माध्यम से इसकी सूचना दें।

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर

जांच सूची

1. जांच रिपोर्ट।
2. अभिनिर्देशन दस्तावेज़ मूल रूप में।
3. क्रम संख्या के अनुसार व्यक्तिगत बिलों का क्रमांकन।

सक्षम प्राधिकारी के हस्ताक्षर

Letterhead of Tie-up Hospital with Address details(P- V)

Monthly Bill

Special Investigations for diagnosis centres/referral Hospitals

Bill No

Bill Date

SNo	Name of the Patient & Insurance /Staff no	Date of Reference	Investigation Performed	CGHS/ other code no with page no	Charges not in package rates list	Amount Claimed	Amount Admitted (entitled)	Remarks Disallowances with reasons

Certified that the procedure/investigations have been done/performed as per laid down norms and the charges in the bill has/ have been claimed as per the terms & conditions laid down in the agreement signed with ESIC.

Further certified that the procedure/investigations have been performed on cashless basis. No money has been received /demanded/ charged from the patient / his/her relative.

The amount may be credited to our account no _____ RTGS no _____ and intimate the same through email/fax/hard copy at the address.

Signature of Competent Authority

Checklist

- 1 Investigation Report.
- 2 Referral Document in original.
- 3 Serialization of individual bills as per the Sr. No. in the bill.

Signature of Competent Authority



रोगी/परिचारक संतुष्टि प्रमाणपत्र (पी-VI)

मैं मुझे/रोगी को दिए गए उपचार और अस्पताल के कर्मचारियों के व्यवहार से संतुष्ट हूँ/संतुष्ट नहीं हूँ।

यदि संतुष्ट नहीं है, तो उसका कारण बताएं।

मुझसे/मेरे रिश्तेदार से अस्पताल में रहने के दौरान कोई पैसा नहीं लिया/मांगा गया।

रोगी के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान

परिचारक का नाम
दूरभाष सं.

PATIENT/ATTENDANT SATISFACTION CERTIFICATE (P-VI)

I am satisfied/ not satisfied with the treatment given to me/ my patient and with the behaviour of the hospital staff.

If not satisfied, the reason thereof.

No money has been demanded/ charged from me/my relative during the stay at hospital.

Sign/Thumb impression of patient/Attendant Name

Phone No.



क.रा.बी.निगम- ऑनलाइन बिल प्रक्रमण के लिए मानक प्रचालन प्रक्रिया

परिचय

क.रा.बी.निगम अपने लाभार्थियों और उनके आश्रितों को व्यापक चिकित्सा देखभाल सुविधा क.रा.बी.नि./क.रा.बी.रा. अस्पतालों और औषधालयों के साथ-साथ नामिकागत अस्पतालों और नैदानिक केंद्रों के माध्यम से प्रदान कर रहा है।

क.रा.बी.निगम ने यूटीआइ-आइटीएसएल को बिल प्रक्रमण एजेंसी (बीपीए) के रूप में नियुक्त करने का निर्णय लिया है। यह नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र के दावों का प्रक्रमण करेगी और जारी किए जाने वाले भुगतान की सिफारिश करेगी। क.रा.बी.निगम द्वारा नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र द्वारा प्रदान की गई चिकित्सा सेवाओं पर होने वाले व्यय का भुगतान, बि.प्र.एजेंसी द्वारा बिल प्रक्रमण के बाद, क.रा.बी.निगम द्वारा सीधे उन्हें किया जाएगा।

यूटीआइ-आइटीएसएल/बि.प्र.एजेंसी ने ऑनलाइन अभिनिर्देशन सृजन और बिलों के प्रक्रमण की जांच के लिए एक पारदर्शी व्यवस्था बनाने के लिए सहमति प्रदान की है और जिसमें सभी प्रकार के बिलों (अतिविशिष्ट चिकित्सा/द्वितीयक/जांच आदि) जो क.रा.बी.निगम अस्तापलों द्वारा लाभार्थियों के अभिनिर्देशित नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र से जुड़े हैं और क.रा.बी.योजना अस्पतालों द्वारा केवल अतिविशिष्ट चिकित्सा से जुड़े हैं, के प्रक्रमण हेतु एक पारदर्शी व्यवस्था प्रदान करने के लिए सहमति प्रदान की है। (सहमति ज्ञापन के अनुसार)

इसके पश्चात क.रा.बी.निगम अस्पतालों के चिकित्सा अधीक्षक और राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय संबंधित नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों के साथ सहमति ज्ञापन/सहमति ज्ञापन का अनुशेष (जैसा भी मामला हो) करेंगे ताकि ऑनलाइन अभिनिर्देशन सृजन और बिलिंग आदि यूटीआइ मॉड्यूल के माध्यम से हो सके। बि.प्र.एजेंसी सॉफ्टवेयर के माध्यम से एक फ्रंट एंड प्रयोक्ता इंटरफेस प्रदान करेगा, जहां क.रा.बी.निगम अस्पतालों/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालयों के नामित अधिकारी/प्रयोक्ता सभी आवश्यक विवरणों यथा- नामिकायन, वैधता/एमओए की वैधता के विस्तार सहित सभी आवश्यक विवरण, प्रत्यायन विवरण (एनएबीएच/एनएबीएल), अस्पताल का वर्गीकरण और किसी भी अन्य प्राचलों/मानदंडों जिसे क.रा.बी.निगम द्वारा समय-समय पर निर्दिष्ट किया गया है और साथ ही ऐसे अस्पताल/नैदानिक केंद्र नामिका से हटाने के बारे में कोई भी जानकारी, जिनका नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र से संबंधित ऐसे प्राचलों पर बि.प्र.एजेंसी के बिना कोई नियंत्रण है, को अद्यतन करने में सक्षम होंगे।

बि.प्र.एजेंसी क.रा.बी.निगम के सभी नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को सहमति ज्ञापन के अनुसार इस प्रक्रिया को चलाने के लिए आवश्यक सॉफ्टवेयर प्रदान करेगा।

यह दस्तावेज क.रा.बीमा संस्थाओं द्वारा अभिनिर्देशन सृजन और नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों से संबंधित बिलों का ऑनलाइन संसाधन पर मानक प्रचालन प्रक्रिया निर्धारित करता है।

परिभाषाएं और निर्वचन :

1. “करार” का अर्थ, यह करार और सभी अनुसूचियों, संलग्नक, अनुपूरक, परिशिष्ट और संशोधन इस करार की शर्तों के अनुसार किए गए करार, लिखित रूप में और जैसा कि दोनों पक्षों द्वारा सहमति व्यक्त की गई है। इसमें आशय पत्र, मानक प्रचालन प्रक्रिया, काम देने की अधिसूचना आदि यदि कोई भी परिवर्तन, क.रा.बी.निगम और यूटीआइ-आइटीएसएल के बीच लिखित रूप में पारस्परिक रूप से सहमत होने पर होता है तो भी यह इस करार का हिस्सा होगा।
2. “बि.प्र.एजेंसी” का अर्थ होगा बिल प्रक्रमण एजेंसी और यूटीआइ-आइटीएसएल इस करार में बि.प्र.एजेंसी के रूप में कार्य कर रहा है।
3. “क.रा.बीमा लाभार्थी” का अर्थ उस व्यक्ति से होगा जो क.रा.बीमा अधिनियम के अंतर्गत हितलाभ का हकदार है और क.रा.बी.निगम के कर्मचारी जिनके पास क.रा.बी.निगम कार्ड या कर्मचारी स्वास्थ्य कार्ड है या हितलाभ पाने के लिए पेंशनभोगी कार्ड है।
4. “हितलाभ” का अर्थ चिकित्सा सेवा की सीमा या डिग्री होगा जैसा कि बि.प्र.एजेंसी को सूचित किया गया है, जिसको लाभार्थी क.रा.बी.निगम के नियमों/अनुदेशों के अनुरूप पाने का हकदार है।
- 5 “व्याप्ति” का अर्थ उन व्यक्तियों से है जो क.रा.बी.निगम के लाभार्थी होने के कारण, क.रा.बी.निगम के चिकित्सा सेवाओं के हकदार हैं, बशर्ते क.रा.बी.निगम द्वारा बि.प्र.एजेंसी को लिखित में दिए गए नियम, शर्तों, सीमाओं की सूचना के अनुसार होगा।
- 6 “चि.अधीक्षक” का अर्थ क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पतालों के चिकित्सा अधीक्षकों से होगा।

ESIC- SOP for Online Bill Processing**Introduction**

ESIC is providing comprehensive medical care facility to its beneficiaries and their dependents through ESIC/ESIS Hospitals & Dispensaries as well as empanelled hospitals & diagnostic centers.

ESIC has decided to appoint UTI-ITSL as a Bill Processing Agency (BPA) for processing the claims of empanelled hospitals/diagnostic centres and recommending the payment to be released. Expenditure incurred on medical services provided by empanelled hospital/diagnostic center shall be paid by ESIC directly to the empanelled facility after the bill is processed by BPA.

UTI-ITSL/BPA has agreed to provide a transparent system for online referral generation and bill processing for scrutiny and **processing of all bills (SST/Secondary/Investigations etc) of Empanelled Hospitals/Diagnostic Centers for beneficiaries referred from ESIC Hospitals and bills for only super specialty treatment in case of ESIS Hospitals. (As per MoU)**

Here after respective MS's-ESIC Hospitals & SMC Offices will enter into MOU/Addendum to MoU (as the case maybe) with empanelled hospitals/diagnostic centres to enable online referral generation and billing through UTI Module. BPA will provide a front end user interface through the software where in the designated officials/users of ESIC Hospitals/SMC Offices will be able to update all necessary details including empanelment, validity/extension of validity of MOA, details of accreditation (NABH/NABL), classification of hospital and any other parameters/criteria as specified by ESIC from time to time as also any information on de-empanelment of the hospital/diagnostic centers, without the BPA having any control on such parameters relating to the empanelled hospitals/diagnostic centers.

BPA shall be providing the required software as per MoU to all empanelled hospitals/diagnostic centers of ESIC to run the process.

This document lays down Standard Operating Procedure on referral generation by ESI Institutions and online processing of bills pertaining to empanelled hospitals/diagnostic centres.

DEFINITIONS & INTERPRETATIONS:

1. **"Agreement"** shall mean this agreement and all Schedules, Annexure, Supplements, Appendices and Modifications thereof made in accordance under the terms of this agreement, in writing and as agreed to by both the parties. It shall also include Letter of Intent, Standard Operating Process (SOP), Notification of award, etc. Any changes, if mutually agreed between ESIC and UTI-ITSL in writing, shall also form the part of the agreement.
2. **"BPA"** shall mean Bill Processing Agency and UTI-ITSL is acting as BPA while performing this agreement.
3. **"ESI Beneficiary"** shall mean a person who is entitled for benefit under ESI Act and employees of ESI Corporation who holds an ESIC Card or employee health card or pensioner card for availing benefit.
4. **"Benefit"** shall mean the extent or degree of medical service; the beneficiaries are entitled to receive as per the rules/instructions of ESIC on the subject, as conveyed to BPA in writing.
5. **"Coverage"** shall mean the types of persons eligible as beneficiary of ESIC to health services provided under the corporation, subject to the terms conditions, limitations and exclusions of the corporation as indicated in writing by ESIC to BPA.
6. **"MS"** shall mean Medical Superintendents of ESIC/ESIS Hospitals.



7. किसी राज्य के “व.रा.चि.आयुक्त/रा.चि.आयुक्त” का अर्थ क.रा.बी.निगम के संबंधित राज्य के वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्त/राज्य चिकित्सा आयुक्त से होगा।
8. “नि.बी.चि.सेवाएं/निदेशक-क.रा.बी.योजना” का अर्थ संबंधित राज्यों क.रा.बी. राज्य योजना के निदेशक, बीमा चिकित्सा सेवाएँ होगा।
9. “सक्षम वित्तीय प्राधिकारी” (सीएफए) का अर्थ उस क.रा.बी.निगम आधिकारिक से है जिसके पास बि.प्र.एजेसी से सिफारिशें प्राप्त होने के बाद ऑनलाइन बिलों को मंजूरी देने की शक्तियां प्रत्यायोजित हैं।
10. “कार्य दिवस” का अर्थ, रविवार और सार्वजनिक छुट्टियों के अलावा, उन दिनों से होगा जिस दिन क.रा.बी.निगम अस्पताल/संस्था कार्य हेतु खुले हैं।
11. “सेवा क्षेत्र” का अर्थ उस क्षेत्र से होगा जिस क्षेत्र में क.रा.बी.निगम ने बि.प्र.एजेसी को सेवा प्रदान करने के लिए प्राधिकृत किया है, वर्तमान में यह पूरे भारत में सभी क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था हैं।
12. “दावा” का अर्थ क.रा.बी.निगम नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्र द्वारा प्रस्तुत बिलों से होगा, जिसमें क.रा.बी.निगम द्वारा समय-समय पर निर्धारित सभी आवश्यक सहायक दस्तावेज शामिल होंगे ताकि बि.प्र.एजेसी को बिल प्रक्रमण के लिए किसी अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता न हो। इसमें बिलों की मूल कागजी प्रति की भौतिक प्रस्तुति शामिल है और साथ ही सभी नैदानिक रिपोर्ट/फिल्म/पाउच/बिल/मूल्य स्टिकर आदि, जो इलेक्ट्रॉनिक रूप में नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्र द्वारा अपलोड किए गए थे, शामिल हैं जहां से अभिनिर्देशन किया गया और किसी भी प्रकार की किसी “अन्य अधिक जानकारी” भी शामिल है।
- 13 “शुल्क” का अर्थ नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र द्वारा प्रस्तुत बिल की दावा राशि पर समय-समय पर गणना की गई या बि.प्र.एजेसी द्वारा प्रदान की गई सेवाओं के लिए क.रा.बी.निगम या क.रा.बी.निगम के नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र द्वारा सहमत देय राशि से होगा। इसका अर्थ सेवा कर, जीएसटी या बि.प्र.एजेसी को ऐसी फीस पर लागू किसी अन्य कर का अतिरिक्त भुगतान (या उस पर वृद्धि) भी होगा। बि.प्र.एजेसी को देय शुल्क की पुष्टि करने वाला पत्र संबंधित सक्षम वित्तीय प्राधिकारी (सीएफए) द्वारा बि.प्र.एजेसी द्वारा दावे की अंतिम सिफारिश की तारीख से 30 दिनों के भीतर जारी किया जाएगा यदि उक्त शुल्क राशि बि.प्र.एजेसी को भुगतान नहीं की गई हो तो बि.प्र.एजेसी को उल्लेखित शुल्क के भुगतान में देरी होने पर अर्जित ब्याज पर कें.स.स्वा.योजना के निर्देशों के अनुरूप नियम, जहां भी प्रयोज्य हो, लागू होगा।
- 14 “सेवाओं” का अर्थ इस संविदा/करार के अनुसार बि.प्र.एजेसी द्वारा किए गए कार्य से होगा।
- 15 “पक्ष” का अर्थ क.रा.बी.निगम या बि.प्र.एजेसी और “पक्षों” का अर्थ क.रा.बी.निगम, क.रा.बी.योजना, बि.प्र.एजेसी और नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों से होगा।
- 16 “सीधे भर्ती” का अर्थ है नामिकागत अस्पतालों में जाने वाले रोगी और प्रक्रिया/स्वास्थ्य परीक्षण/बाह्य रोगी परामर्श आदि का लाभ उठाने से जिसके लिए किसी क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पतालों/संस्थाओं द्वारा कोई अभिनिर्देशन नहीं किया गया है। इन बिलों का मूल्यांकन ऑफ़लाइन माध्यम से क.रा.बी.निगम द्वारा अग्रेषित (मा.प्र.प्रक्रिया) मानदंडों के अनुसार क.रा.बी.निगम द्वारा निर्धारित प्रक्रिया के अनुसार किया जाएगा।
- 17 “सॉफ्टवेयर” का अर्थ है संपूर्ण एप्लिकेशन सॉफ्टवेयर जो कॉन्सेप्ट के प्रमाण के दौरान प्रदर्शित किया गया था जिसे यू-टीआइ-आइटीएसएल/बि.प्र.एजेसी द्वारा प्रदान किया जाएगा। सॉफ्टवेयर और इसके संशोधनों पर मालिकाना अधिकार, कॉपीराइट, एकस्व और ऐसे कोई भी अधिकार हमेशा यूटीआइ-आइटीएसएल/बि.प्र.एजेसी के पास होंगे।
- 18 “दरें” का अर्थ क.रा.बी.निगम नीति/मानक प्रचालन प्रक्रिया/कें.स.स्वा.योजना/अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान द्वारा अधिसूचित परिपत्रों के अनुसार दरें हैं, जिन्हें क.रा.बी.निगम द्वारा विधिवत अपनाया और अनुशासित किया गया है या क.रा.बी.निगम द्वारा समय-समय पर वेबसाइट www.esic.nic.in और बि.प्र.एजेसी पोर्टल www.esicbpa.UTI-ITSL.com/ESIC पर अपलोड किया गया है। दर में कोई भी परिवर्तन क.रा.बी.निगम द्वारा उल्लिखित और अधिसूचित तिथि से अधिकतम 7 (सात) दिनों के भीतर बि.प्र.एजेसी मॉड्यूल पर प्रभावी होगा। इसमें इसके संशोधन शामिल होंगे।
19. “अभिनिर्देशन” का अर्थ उस दस्तावेज से है जो लाभार्थी को नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों पर नकदरहित उपचार/सुविधाओं का लाभ उठाने के लिए, ऑनलाइन/ऑफ़लाइन द्वारा जारी किया गया है और जिसमें सभी प्रासंगिक विवरण उल्लेखित हैं और वह क.रा.बी.निगम के निदेशनसुनार संबंधित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था के संबंधित सक्षम/नामित प्राधिकारी द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित है।
20. “नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र” का अर्थ क.रा.बी.निगम द्वारा उपचार/सुविधाएं/चिकित्सा प्रक्रिया/स्वास्थ्य देखभाल/परीक्षण/बाह्य रोगी/परामर्श या कोई अन्य चिकित्सा गतिविधि प्रदान करने और प्रदान करने के लिए नामिकागत सुविधा से है। इन

7. **“SSMC/SMC”** of a state, shall mean Senior State Medical Commissioners /State Medical Commissioners of ESI Corporation, in the respective states.
8. **“DIMS/Director-ESIS”** shall mean Director Insurance Medical Services, of ESI State Scheme of respective states.
9. **“Competent Financial Authority”** (CFA) shall mean ESIC officials delegated with financial powers to clear on-line bills after receipt of the recommendations from BPA.
10. **“Working Day”** shall mean days on which ESIC/ESIS Hospitals/Institutions are open for business other than Sunday and public holidays.
11. **“Service Area”** shall mean the area with in which ESIC has authorized BPA to provide services, presently being all ESIC/ESIS hospitals/institutions, all over India.
12. **“Claim”** shall mean the bills submitted by the ESIC empanelled Hospitals/Diagnostic Centre with all necessary supporting documents as prescribed by ESIC from time to time so that no additional information, in the opinion of BPA, whatsoever, is further required to process the bill. This includes the physical submission of original hard copies of bills and required clinical reports/films/pouches/invoices/price stickers etc, which were electronically uploaded in the system by the empanelled hospitals to the place from where the referral was generated and any other “Need More Information” of any sort.
13. **“Fees”** shall mean the agreed payable amount by empanelled hospital/diagnostic center of ESIC or ESIC for services rendered by the BPA from time to time calculated on the claimed amount of the bill submitted by the empanelled hospital/diagnostic center. It shall also mean additional payment (or increase there on) of Service Tax, GST or any other taxes applicable on such fees to BPA. Letter confirming the fees due to BPA shall be issued by respective CFA within 30 days from date of last recommendation of claim by BPA if the said fee amount remains unpaid to BPA. CGHS directives on interest accrued for delay in payments to BPA shall be followed as and when applicable.
14. **“Services”** shall mean the work performed by the BPA pursuant to this contract/agreement.
15. **“Party”** shall mean either ESIC or BPA and “Parties” shall mean ESIC, ESIS, BPA and empanelled hospitals/diagnostic centers.
16. **“Direct admission”** means patients going to empanelled hospitals and availing procedure/ Health intervention/Test/OP consultation, etc. for which no referral has been made by any ESIC/ESIS Hospitals/Institutions. These bills shall be evaluated offline, as per prescribed procedure of ESIC as per the SOP forwarded by ESIC.
17. **“Software”** means the entire application software which was demonstrated during the Proof of Concept which will be deployed by UTI-ITSL/BPA. The Proprietary Rights, Copyrights, Patents and any such Rights over the software and its modifications shall always be with UTI-ITSL/BPA.
18. **“Rates”** means the rates as per ESIC policy/SOP/CGHS/AIIMS notified circulars duly adopted and recommended by ESIC or uploaded on the website www.esic.nic.in and BPA portal www.esicbpa.UTI-ITSL.com/esic from time to time by ESIC. Any change in rate shall be effective on BPA module within a maximum of 7 (seven) days from the date mentioned and notified by ESIC. It will include modifications thereof.
19. **“Referral”** means a document issued either online/offline for a beneficiary to avail cashless treatment/facilities at the respective empanelled hospitals/diagnostic centers bearing all relevant details and duly signed by respective competent/designated authority of respective ESIC/ESIS Hospital/institution as advised by ESIC.
20. **“Empanelled hospital/diagnostic center”** means the facility empanelled by ESIC to extend and provide treatment/facilities/medical procedure/Health intervention/Test/OP/ consultation or any other medical activity. The empanelment/extension/gradation/registration of these facilities all solely coming under the purview of ESIC only. The registration of empanelled hospital/diagnostic centers with validity, extension of validity, details of accreditation (NABH/NABL), de-empanelment of hospital, classification of hospital and any other



सुविधाओं का नामिकायन/विस्तार/ग्रेडेशन/पंजीकरण सभी केवल क.रा.बी.निगम के दायरे में आते हैं। नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्रों का पंजीकरण, वैधता का विस्तार, मान्यता का विवरण (एनएबीएच/एनएबीएल), अस्पताल को नामिका से बाहर करने, अस्पताल का वर्गीकरण और नामिकागत करने के लिए कोई अन्य प्राचल/मानदंड क.रा.बी.निगम का एकमात्र अधिकार क्षेत्र होगा। इन मामलों पर नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को संपर्क, क.रा.बी.निगम का एकमात्र विशेषाधिकार होगा। इस क्षेत्र में बि.प्र. एजेंसी का कोई भी हस्तक्षेप स्वतः अमान्य होगा।

पूर्वापेक्षाएं:

क) हार्डवेयर और नेटवर्क अवसंरचना:

आवश्यक सू.प्रौ.अवसंरचना (विंडोज पीसी के साथ निरंतर नेट कनेक्शन, मॉडेम, प्रिंटर के साथ और लगातार पावर बैक-अप) सभी स्थानों (क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पतालों/नामिकागत अस्पतालों और नामिकागत नैदानिक केंद्रों) पर अनिवार्य है, जहां इस यूटीआइ-आइटीएसएल एप्लिकेशन सॉफ्टवेयर का उपयोग किया जाना है। संबंधित सक्षम प्राधिकारी उक्त उद्देश्य के लिए नामित मानित अधिकारियों को इंटरनेट सुविधा के साथ कंप्यूटर उपलब्ध कराएंगे।

क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पतालों/संस्था और रा.चि.आ कार्यालय मौजूदा विप्रो कंप्यूटर और नेट कनेक्शन/मोडेम का उपयोग इसके लिए कर सकते हैं जिनका उपयोग बायोमेट्रिक उपस्थिति के उद्देश्य से किया जा रहा है।

ख) अनुप्रयोग: यूटीआइ-आइटीएसएल एप्लिकेशन सॉफ्टवेयर इंटरनेट आधारित पंचदीप एप्लिकेशन सॉफ्टवेयर के विपरीत, वेब आधारित है और इसलिए किसी भी स्थान से, कभी भी उपयोग किया जा सकता है। सॉफ्टवेयर (यूटीआइ-आइटीएसएल मॉड्यूल) नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों द्वारा प्रस्तुत दावों के लिए भुगतान हेतु दावा राशि पर अनुमोदन, चिकित्सा जांच और सिफारिशों से अवगत कराने वाले ऑनलाइन अभिनिर्देशन पत्र तैयार करने में सक्षम होगा।

I सुविधाएं

देश भर में फैले क.रा.बी.निगम संस्थाओं के नेटवर्क के माध्यम से चिकित्सा सुविधाएं प्रदान की जानी हैं। यदि आगे के उपचार की आवश्यकता है, तो क.रा.बी.निगम संस्था से नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को एक अभिनिर्देशन जारी करेगा।

केवल क.रा.बी.निगम द्वारा प्राधिकृत कर्मचारी ही अभिनिर्देशन (सामान्य/आपातकालीन) जारी कर सकते हैं। नामित अधिकारियों के नामों की सूची संविदा की शुरुआत के समय प्रत्येक स्थान पर संबंधित सक्षम प्राधिकारी द्वारा बि.प्र.एजेंसी को दी जाएगी।

क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था के चिकित्सा अधीक्षक, अभिनिर्देशन की ऑनलाइन और कागजी प्रति दोनों को विधिवत अनुमोदित और प्रमाणित करेंगे।

II सॉफ्टवेयर का परिनियोजन

बि.प्र.एजेंसी - बिल प्रक्रमण समनुदेशन जो क.रा.बी.निगम द्वारा पहले से स्वीकार्य हैं और प्रयोग किए जा रहे हैं, के लिए अनुकूलित अनुप्रयोग (सॉफ्टवेयर) को स्थापित और परिनियोजित करेगा।

III प्रशिक्षण

बि.प्र.एजेंसी ने संविदा पर हस्ताक्षर करने से पहले क.रा.बी.निगम और नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को प्रारंभ में निःशुल्क प्रशिक्षण प्रदान किया है। हालांकि, बि.प्र.एजेंसी फिर से सहमति ज्ञापन पर हस्ताक्षर करने के बाद सभी स्थानों पर निःशुल्क पुनश्चर्या ऑनसाइट प्रशिक्षण प्रदान करेगा। साथ ही, बि.प्र.एजेंसी सम्पूर्ण प्रशिक्षण उद्देश्य को ध्यान में रखकर एक वीडियो फिल्म भी क.रा.बी.निगम अधिकारिकों के लिए निःशुल्क तैयार करेगी।

यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त 3 (तीन) प्रशिक्षण क.रा.बी.निगम/अस्पतालों को बिना किसी लागत के स्काइप, टीम व्यूअर, वीडियो कॉन्फ्रेंस, वीडियो आदि जैसे इलेक्ट्रॉनिक प्लेटफॉर्म के माध्यम से दिए जाएंगे।

बि.प्र.एजेंसी तदुपरांत भी, सूची में शामिल होने वाले नए नामिकागत अस्पतालों को प्रशिक्षण प्रदान करेगी जब भी उस संबंधित स्थान के लिए नई नामिका बनाई जाती है और क.रा.बी.निगम द्वारा किसी नई इकाई के नई नामिका पर इस तरह के प्रशिक्षण के लिए कोई अतिरिक्त शुल्क का भुगतान नहीं किया जाएगा। ऐसे मामलों में भी 3 (तीन) प्रशिक्षण क.रा.बी.निगम/अस्पतालों को बिना किसी लागत के स्काइप, टीम व्यूअर, वीडियो कॉन्फ्रेंस, वीडियो आदि जैसे इलेक्ट्रॉनिक प्लेटफॉर्म के माध्यम से दिए जाएंगे।

parameters/criteria for empanelment would be the sole jurisdiction of ESI Corporation. The communication to the empanelled hospitals /diagnostic centers on these matters will be the sole prerogative of ESIC.

Any intervention of BPA in this area will be automatically invalid.

Pre-requisites:

(A) Hardware & Network Infrastructure:

Necessary IT infrastructure (Windows PC with continuous net connection, modem, Printer with power back-up) is mandatory at all places (ESIC/ESIS Hospitals/ empanelled hospitals and empanelled diagnostic centers) where this UTI-ITSL application software is to be used. Respective Competent Authorities will make available computers with internet facility to the deemed officials nominated for the said purpose.

ESIC/ESIS Hospitals/Institutions & SMC Offices can use the existing Wipro computers and net connections/modems taken for the purpose of Biometric Attendance for facilitation of the same.

(B) Application: UTI-ITSL application software is web based unlike the Intranet based Panch-deep application software and hence can be used from any location, anytime. The software (UTI-ITSL Module) shall enable generation of online referral letter conveying the approval, medical scrutiny and recommendations on the claim amount for the payment against the claims submitted by the empanelled hospitals / diagnostic centers.

I Facilities

Medical facilities are to be provided through a network of ESI institutions spread across the country. In case further treatment is required, a referral will be issued from ESI Institution to the empanelled hospital/diagnostic center.

Only the staff authorized by ESIC can issue (Normal/Emergency) referrals. **The list of names of designated officers shall be given to BPA by the respective Competent Authority at each of the location at the time of start of the Contract.**

The Medical Superintendent of ESIC/ESIS Hospital/Institution shall duly approve and authenticate both the online and the hard copy of the referral.

II Deployment of software

BPA shall set up and deploy the customized application (software) as already being used and accepted by ESIC for the bill processing assignment.

III Training

BPA has imparted initial free of cost training to ESIC and empanelled hospitals/diagnostic centers before signing of the contract. However, the BPA shall again impart refresher onsite training, free of cost at all locations after the MoU is signed. In addition, BPA will prepare a video film, free of cost along with ESIC Officials for complete training purposes.

Additional 3 (three) trainings if required, shall be given through electronic platforms like Skype, Team Viewer, Video Conference, Videos etc without any cost to ESIC / hospitals.

BPA shall further impart training to newly empanelled hospitals at any point later whenever fresh empanelment is undertaken for that respective location and no extra charges will be paid by ESIC for such training on fresh empanelment of a new entity. In such cases also, additional 3 (three) trainings shall be given through electronic platforms like Skype, Team Viewer, Video Conference, Videos etc without any cost to ESIC / hospitals.

उपर्युक्त प्रशिक्षण दिए जाने के बाद भी यदि किसी और अतिरिक्त प्रशिक्षण की आवश्यकता है, तो यह बि.प्र.एजेंसी द्वारा तय की जाने वाली लागत पर होगा, जिसका खर्च नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र द्वारा वहन किया जाएगा।

IV) प्रयोक्ता पहचान(यूजर आइडी) का सृजन (सक्रियकरण/निष्क्रियकरण)

अधोलिखित प्रक्रिया के अनुसार क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना के प्रयोक्ताओं के लिए प्रयोक्ता पहचान बनाई जाएगी:

- 1) भविष्यलक्षी प्रयोक्ता द्वारा प्रयोक्ता सृजन प्रपत्र का भरा जाना।
- 2) प्रपत्र में यथापरिभाषित प्रयोक्ता की भूमिका (यथा : पंजीकरण, अभिनिर्देशन प्राप्तकर्ता, सत्यापनकर्ता, स्तर 1 अधिप्रमाणनकर्ता, स्तर 2 अनुमोदक, वित्तीय अनुमोदक, लेखा आदि)
- 3) प्रपत्र पर प्रयोक्ता द्वारा हस्ताक्षर किए जाने चाहिए और संबंधित क.रा.बी.निगम/कराबीयो अस्पतालों/संस्थाओं के चिकित्सा अधीक्षक/राज्य चिकित्सा आयुक्त द्वारा आधिकारिक मुहर और हस्ताक्षर के साथ प्राधिकृत किया जाना चाहिए।
- 4) एक्सेल संरूप में प्रयोक्ता निर्माण टेम्पलेट भरना।
- 5) इन दस्तावेजों की स्कैन की गई प्रतियां .XLS संरूप में प्रयोक्ता निर्माण टेम्पलेट के साथ esicbpa@UTI-ITSL.com को अग्रेषित की जानी हैं।
- 6) यदि किसी भी कारण से किसी भी प्रयोक्ता को हटा/रोक दिया जाता है, तो यह अनिवार्य रूप से आवश्यक है कि नकली/धोखाधड़ीपूर्ण/डुप्लीकेट बिलिंग और भुगतान को रोकने के लिए, उपर्युक्त प्रक्रिया का पालन करके पुराने आइडी को निष्क्रिय करने और नए प्रयोक्ता पहचान के निर्माण के लिए क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पतालों/संस्थाओं के संबंधित चिकित्सा अधीक्षक/राज्य चिकित्सा आयुक्त द्वारा बि.प्र.एजेंसी को सूचित किया जाना चाहिए।

V) प्रश्न :

बि.प्र.एजेंसी इस प्रणाली के सभी प्रयोक्ताओं यथा क.रा.बी.अस्पताल/संस्था और नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों के लिए प्रश्नोत्तर और पूछ-ताछ की सुविधा ई-मेल (बि.प्र.एजेंसी - आइटी और प्रशिक्षण हेल्पडेस्क) के माध्यम से प्रदान करेगा ई-मेलस और एस्केलेशन (बढ़ते क्रम) मैट्रिक्स निम्नानुसार हैं:

प्रभागीय प्रबंधक

सहायक उपाध्यक्ष

उप उपाध्यक्ष

वरिष्ठ उपाध्यक्ष

सभी प्रश्नों को बि.प्र.एजेंसी द्वारा 24 घंटे के भीतर तुरंत संबोधित किया जाएगा। बि.प्र.एजेंसी द्वारा ई-मेल समाधान एमआइएस प्रदान किया जाएगा। बि.प्र.एजेंसी अपने वेबपेज www.esicbpa.UTI-ITSL.com/ESIC पर प्रक्रिया प्रवाह और पालन की जाने वाली प्रक्रियाओं को भी प्रकाशित करेगी, ताकि प्रयोक्ता को बि.प्र.एजेंसी के साथ लगातार संपर्क नहीं करना पड़े।

बि.प्र.एजेंसी अस्पताल के स्टाफ के साथ कर्मचारियों की सीधी व्यक्तिगत चर्चा को प्रोत्साहित नहीं करेगा।

VI) संसाधन

क.रा.बी.योजना अस्पतालों के लिए : क.रा.बीमा राज्य अस्पतालों/औषधालयों में बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल के माध्यम से कर्मचारी/नामिकागत अस्पतालों में प्रशिक्षण और विभिन्न गतिविधियों (ऑनलाइन अभिनिर्देशन सृजन, दस्तावेज के सत्यापन आदि) के कार्यान्वयन के लिए संबंधित वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्त/राज्य चिकित्सा आयुक्त अपने राज्य में नि.बी.चि.सेवाएं (निदेशक, बीमा चिकित्सा सेवाएं) के साथ समन्वय करने के लिए नोडल अधिकारी के रूप में कार्य करेंगे। संबंधित क.रा.बीमा अस्पतालों के चिकित्सा अधीक्षक विधिवत मान्य प्रपत्रों को वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्त/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय को विशिष्ट भूमिका/मैपिंग के लिए अग्रेषित करेंगे। यह प्रपत्र और वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय में विशिष्ट भूमिका/मैपिंग के लिए प्रपत्र संबंधित वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्त/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय से बि.प्र.एजेंसी को प्रयोक्ता पहचान (यूजर आइडी) और संकेत शब्द (पासवर्ड) के सृजन के लिए अग्रेषित किया जाएगा। यह क.रा.बी.अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक और वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्त/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय की जिम्मेदारी होगी कि वे किसी अधिकारी/प्रयोक्ता की स्थिति में परिवर्तन की सूचना, विशिष्ट प्रयोक्ता पहचान को ब्लॉक करने के लिए बि.प्र.एजेंसी को सूचित करें। बि.प्र.एजेंसी इस हेतु एक लेखापरीक्षा ट्रेल का रख-रखाव करेगी।

क.रा.बी.निगम अस्पतालों के लिए : चिकित्सा अधीक्षक, क.रा.बी.निगम अस्पताल कर्मचारियों/नामिकागत अस्पतालों के प्रशिक्षण और बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल के माध्यम से विभिन्न गतिविधियों के कार्यान्वयन के समन्वय के लिए संबंधित क.रा.बी.निगम अस्पतालों में एक नोडल अधिकारी को चिह्नित करेंगे। संबंधित नोडल अधिकारी इन विषयों पर मुख्यालय के साथ समन्वय करने के लिए जिम्मेदार होंगे। संबंधित क.रा.बी.निगम अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक प्रयोक्ता पहचान और संकेत शब्द (पासवर्ड) के

After the above trainings have been given and still there is a requirement of any further additional training, then it would be at a cost to be decided by BPA which shall be borne by the empanelled hospital/diagnostic centre.

IV Creation of User ID (Activation/ Deactivation)

User IDs will be created for users of ESIC/ESIS as per the procedure mentioned below:

- a) Filling the User ID creation form by prospective user.
- b) The role of the user to be mentioned, as defined in the form. (E.g.: Registration, Referral, Receiver, Verifier, Level 1 Validator, Level 2 Approver, Financial Approver, Accounts etc.)
- c) The form should be signed by the user and authorized by respective MS's/SMC's at ESIS/ ESIC Hospitals/Institutions along with official seal and signature
- d) Filling of the user creation template in the Excel format.
- e) Scanned copies of these documents to be forwarded to esicbpa@UTI-ITSL.com along with User Creation Template in .XLS format.
- f) If any user is discontinued by whatsoever reason, it is imperative that to prevent fake/ fraudulent/duplicate billing and payments, the same should be communicated to BPA by respective MS's/SMC's at ESIS/ ESIC Hospitals/Institutions for deactivation of old IDs and creation of fresh user IDs by following the above procedure.

V Queries:

BPA shall facilitate the replies to the queries for all users of the system i.e. ESI Hospitals/Institutions and empanelled hospitals/diagnostic centers through e-mails (BPA - IT & Training Helpdesk) and escalation matrix as under:

Divisional Manager

Assistant Vice President

Dy Vice President Vice President

Senior Vice President

All queries will be addressed by the BPA promptly within 24 hrs. E-mail resolution MIS will be provided by the BPA. The BPA shall also publish on its webpage www.esicbpa.UTI-ITSL.com/esic the process flow and the procedures followed, so that the user does not have to constantly interact with BPA.

BPA shall discourage direct personal discussions of employees with the hospital staff.

VI Resources

For ESIS hospitals -Respective SSMC/SMC shall act as Nodal officer to coordinate with DIMS (Director Insurance Medical Services) in the State, for training of staff/empanelled hospitals and implementation of various activities (online referral generation, verification of document etc) through BPA module in the ESIS Hospitals/Dispensaries. MS of respective ESIS Hospitals shall duly forward the validated forms for specific role/s mapping to SSMC/SMC Office. These forms along with forms for designated roles within SSMC office shall be forwarded by SSMC/SMC for creation of user ID's & passwords to BPA. It will be the responsibility of MS ESIS Hospital & SSMC/SMC to intimate BPA to block specific user ID in event of change in status of any official/ user. BPA shall maintain an Audit trail for the same.

For ESIC Hospitals - MS ESIC Hospitals shall identify a Nodal Officer in respective ESIC Hospitals to coordinate training of staff/empanelled hospitals and implementation of various activities

निर्माण के लिए मानचित्रण के साथ विशिष्ट भूमिकाओं के लिए मान्य प्रपत्रों को बि.प्र.एजेंसी को विधिवत अग्रेषित करेंगे। चिकित्सा अधीक्षक, क.रा.बी.निगम अस्पताल की जिम्मेदारी होगी कि वह किसी भी अधिकारी/प्रयोक्ता की स्थिति में परिवर्तन की स्थिति में, विशिष्ट प्रयोक्ता पहचान को ब्लॉक करने के लिए बि.प्र.एजेंसी को सूचित करें। बि.प्र.एजेंसी इस हेतु एक लेखापरीक्षा ट्रेल का रख-रखाव करेगी।

VII) नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों का पंजीकरण :

नामिकायन/विस्तार/ग्रेडेशन/नामिकागत सुविधाओं का पंजीकरण सभी केवल क.रा.बी.निगम के पूर्ण अधिकार क्षेत्र में रहेगा। नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्रों का पंजीकरण, दर सूचियों, वैधता, वैधता का विस्तार, प्रत्यायन का विवरण (एनएबीएच/एनएबीएल), अस्पताल को नामिका से बाहर करने, अस्पताल का वर्गीकरण और नामिकागत होने के लिए किसी भी अन्य प्राचल/मानदंडों के साथ संबंधित क.रा.बी.अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय में किया जाएगा।

VIII) प्रक्रियाएं अभिनिर्देशन : क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था क.रा.बीमा लाभार्थी को अस्पतालों के सामान्य कार्य समय के दौरान या सामान्य कार्य समय के उपरांत आपातकाल के रूप में नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र में अभिनिर्देशित करेंगे।

सामान्य कामकाजी समय में क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था उपर्युक्त खंड-1 के अंतर्गत विनिर्दिष्ट सक्षम प्राधिकारी/निर्दिष्ट प्रयोक्ता द्वारा बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल या अन्य के माध्यम से ऑनलाइन अभिनिर्देशन शुरू करेंगे (जैसा कि समय-समय पर क.रा.बी.निगम द्वारा निर्दिष्ट किया गया है) और रोगी को अभिनिर्देशन पत्र की भौतिक प्रति सौंपेंगे।

ऐसी स्थिति में जहां संबंधित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था सर्वर के कारण/एप्लिकेशन समस्याएँ के कारण ऑनलाइन अभिनिर्देशन उत्पन्न करने में असमर्थ हैं, तो बि.प्र.एजेंसी समस्या की अवधि और समय दर्ज करेगी और बाद में प्रणाली पर ऐसे अभिनिर्देशन के प्रवेश की सुविधा प्रदान करना और लेखापरीक्षा ट्रेल के लिए इसे बनाए रखेगा।

सामान्य परिस्थितियों में अभिनिर्देशन की वैधता तिथि अभिनिर्देशन से केवल 7 दिनों के लिए होगी (अभिनिर्देशन की तारीख को छोड़कर)कें.स.स्वा.योजना पैकेज के अंतर्गत न आने वाले मामलों के संबंध में प्रवेश की अवधि का उल्लेख अभिनिर्देशन पर होना चाहिए। यदि विनिर्दिष्ट नहीं है तो, प्रवेश केवल तीन (03) दिनों के लिए वैध होगा, जिसके अनुसार टाइ-अप अस्पताल (नामिकागत अस्पताल) भर्ती रहने की अवधि में विस्तार हेतु अनुमति प्राप्त करेगा।

पुराने अभिनिर्देशन के पुनर्वैधीकरण की कोई संभावना नहीं होगी और ऐसे सभी मामलों में जहां वैधता समाप्त हो गई है, प्रणाली में एक नया अभिनिर्देशन तैयार करना होगा।

विशेष परिस्थितियाँ में, जैसे कीमोथेरेपी, डायलिसिस आदि, में वैधता क.रा.बी.निगम के निर्देशानुसार, समय-समय पर सूचित, प्रचलित होगी।

- कीमोथेरेपी - दिनों के समुचित उल्लेख के साथ चक्रवार अभिनिर्देशन, जैसे चक्र 1- दिन 1, 3 या 5 या जैसा भी मामला हो। क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल को अभिनिर्देशित करने के लिए निर्दिष्ट दिनों की संख्या को मॉड्यूल में अनिवार्य रूप से शामिल किया जाना चाहिए।
- रेडियोथेरेपी- कुल सिटिंग और कुल खुराक जैसे, 5 सत्रों में 25 जीवाइ. क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल को अभिनिर्देशित करके निर्दिष्ट सत्रों की संख्या को मॉड्यूल में अनिवार्य रूप से शामिल किया जाना चाहिए।
- डायलिसिस - डायलिसिस की आवृत्ति/सत्र के उचित उल्लेख के साथ 30 दिनों के लिए अभिनिर्देशन। क.रा.बी.निगम/द्वारा निर्दिष्ट किए जाने वाले दिनों की संख्या जैसे एक महीने के लिए प्रति सप्ताह एक सत्र, एक महीने के लिए प्रति सप्ताह चार सत्र से अधिक नहीं। क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल को अभिनिर्देशित करके निर्दिष्ट सत्रों की संख्या को मॉड्यूल में अनिवार्य रूप से शामिल किया जाना चाहिए।
- यदि लाभार्थी को प्रदान किए गए सत्रों की संख्या मॉड्यूल में उल्लिखित संख्या से कम है, तो बि.प्र.एजेंसी कें.स.स्वा. योजना दर सूची के अनुसार आनुपातिक आधार पर नामिकागत अस्पताल के भुगतान की प्रक्रिया करेगी।

2) आपातकालीन समय के दौरान अर्थात सामान्य कामकाजी घंटों के बाद या छुट्टियों के दौरान अभिनिर्देशित किए गए रोगियों के लिए, प्राधिकृत अधिकारी, खंड-1 के अनुसार, नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र के लिए एक कागजी प्रति/ऑनलाइन अभिनिर्देशन तैयार करेगा। सामान्य परिस्थितियों में, लाभार्थी के लिए बि.प्र.एजेंसी दावा पहचान अगले कार्य दिवस पर तैयार की जाएगी (यदि सक्षम प्राधिकारी द्वारा उसी दिन अनुमोदित नहीं किया गया है) और ऑनलाइन तथा अभिनिर्देशन की भौतिक प्रति दोनों को खंड-1 के अनुसार क.रा.बी.अस्पताल/संस्था के नामित प्राधिकारी द्वारा विधिवत अनुमोदित और प्रमाणित किया जाएगा।

through BPA module. Respective nodal officers shall be responsible to coordinate with Headquarters' office on the same. MS of respective ESIC Hospital shall duly forward the validated forms for specific role/s with mapping for creation of user ID's and passwords to BPA.

It will be the responsibility of MS ESIC Hospital to intimate BPA to block specific user ID in event of change in status of any official/user. BPA shall maintain an Audit trail for the same.

VII Registration of Empanelled hospitals/Diagnostic centres:

The empanelment/extension/gradation/registration of empanelled facilities, all solely coming under the purview of ESIC only. The registration of empanelled hospital/diagnostic centers with rate lists, validity, extension of validity, details of accreditation (NABH/NABL), de-empanelment of hospital, classification of hospital and any other parameters/criteria for empanelment shall be done at respective ESIC Hospital/SMC Office.

VIII Procedures

- 1) Referrals: ESIC/ESIS Hospitals/Institutions will refer an ESI beneficiary to empanelled hospital /diagnostic center either during normal working hours of the Hospitals or as an emergency after the normal working hours.

In normal working hours ESIC/ESIS Hospitals/Institutions will initiate referral by the competent authority/ specified user as specified under Clause I above, online through BPA

module or otherwise (as specified by ESIC from time to time) and handover hard copy of referral letter to patient.

In the event where the respective ESIC/ESIS Hospitals/Institutions are unable to generate online referral on account of Server/Application issues, BPA shall record the time & duration of the problem and facilitate the entry of such referrals on the system at a later stage and maintain an audit trail for the same.

The validity of referral in normal circumstances shall be for 7 days only from the date of referral (excluding the date of referral). Duration of admission should be mentioned on the referral for cases not covered under CGHS package. If not specified, the admission shall be valid for Three days (03) only, pursuant to which the tie up hospital (the empanelled hospital) shall seek further permission for extension of stay.

There will be no scope of revalidation of old referrals and in all such cases where the validity has elapsed; a new referral will have to be generated in the system.

In special circumstances for e.g Chemotherapy, Dialysis etc. the validity shall prevail as per instructions of ESIC, as intimated from time to time.

- Chemotherapy - Cycle wise referrals with due mention of days e.g Cycle 1- Day 1, 3 or 5 or as the case may be. The number of days as specified by referring ESIC/ESIS Hospital needs to be mandatorily captured in the module.
 - Radiotherapy- Total sittings and total dose e.g. 25 Gy in 5 sessions. The number of sessions as specified by referring ESIC/ESIS Hospital needs to be mandatorily captured in the module.
 - Dialysis – Referral for 30 days with due mention of the frequency/session of dialysis. Number of days as specified by ESIC to be specified e.g. one session per week for a month, not exceeding four sessions per week for a month. Number of sessions as specified by referring ESIC/ESIS Hospital needs to be mandatorily captured in the module.
 - In case numbers of sessions provided to the beneficiary are less than the number mentioned in the module, BPA shall process the payment of empanelled hospital on pro rata basis as per CGHS Rate List.
- 2) For patients referred during emergency hour i.e. after normal working hours or on holidays, the Authorized officer, as per Clause I, shall generate a hard copy/ online referral for



जब तक अन्यथा उल्लेख न किया जाए, आपातकालीन समय या छुट्टियों के दौरान अभिनर्देशन की वैधता केवल तीन दिन होगी (अभिनर्देशन की तारीख को छोड़कर)। प्रणाली में अभिनर्देशन की वैधता के लिए बाद के सत्यापन को मॉड्यूल में बि.प्र.एजेंसी द्वारा शामिल किया जाएगा।

3) क.रा.बी.निगम द्वारा इसे पुनः दोहराया जाता है कि रोगियों को केवल उन्हीं सेवाओं के लिए अभिनर्देशित किया जाए, जो सामान्य रूप से संबंधित अस्पतालों में, क.रा.बी.निगम द्वारा निर्धारित मानदंडों अनुसार, उपलब्ध नहीं होती हैं।

4) सभी संबंधित अस्पतालों के बीच सामान्य परिस्थितियों में, अभिनर्देशन मामलों का वितरण औचित्यपूर्ण, समान रूप से और उचित रूप से किया जाना चाहिए तथा पारदर्शिता बनाए रखने के लिए निर्धारित दिशा निर्देशों और निर्धारित प्रक्रिया का पालन किया जाना चाहिए।

5) क.रा.बी.निगम एक अभिनर्देशन प्रपत्र जारी करेगा, जिसमें विशिष्ट प्रक्रिया/स्वास्थ्य हस्तक्षेप/परीक्षण/ओपी परामर्श आदि के साथ-साथ नैदानिक जानकारी, निदान और समय-समय पर विनिर्दिष्ट किसी भी अन्य प्रासंगिक जानकारी का विवरण का उल्लेख होगा।, जिसके लिए अभिनर्देशन किया जा रहा है। अभिनर्देशन में अधिमानतः कें.स.स्वा.योजना कूट का भी उल्लेख किया जाना चाहिए जिसके अंतर्गत रोगी को नामिकागत अस्पताल में अभिनर्देशित किया जा रहा है। कें.स.स्वा.योजना पैकेज के अंतर्गत व्याप्त नहीं किए गए मामलों के लिए अभिनर्देशन पर प्रवेश की अवधि का उल्लेख किया जाना चाहिए। यह बि.प्र.एजेंसी संवीक्षा/जांच का आधार बनेगा।

उपचार जारी रखने के लिए के,भर्ती रहने की अवधि विस्तार बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल-एक्सटेंशन टेम्पलेट में दर्ज किया जाएगा, इसे पुराने अभिनर्देशन संख्या/यूनिक क्लेम पहचान के साथ विधिवत जोड़ा जाएगा। इस आशय का प्रासंगिक सत्यापन बि.प्र.एजेंसी द्वारा मॉड्यूल में शामिल किया जाएगा। इस विस्तारित अवधि अनुमोदन दस्तावेज, बिल प्रस्तुत करने का एक हिस्सा होना चाहिए। (जैसा कि ईसीएचएस में है)

6) यह दोहराया जाता है कि अति विशिष्टता उपचार की आवश्यकता पर केवल तभी विचार किया जाना चाहिए, जब उपचार में संबंधित चिकित्सा क्षेत्र के अति विशेषज्ञ का अनिवार्य हस्तक्षेप शामिल हो।

7) सभी अभिनर्देशन जहां अभिनर्देशन पत्र पर अति विशिष्टता प्रक्रियाएं निर्दिष्ट नहीं हैं और यदि रोगियों को केवल किसी भी चिकित्सा हेतु सहायक देखभाल/टर्मिनल देखभाल के लिए अभिनर्देशित किया जाता है और जहां रोगी को अति विशेषज्ञ द्वारा किसी सक्रिय हस्तक्षेप की आवश्यकता नहीं है, तो इसे 'द्वितीयक देखभाल' माना जाना चाहिए। तदनुसार इन बिलों के संबंध में संबंधित सीएफए द्वारा भुगतान किया जाना चाहिए, अर्थात् चिकित्सा अधीक्षक क.रा.बी.निगम अस्पताल द्वारा/नि.बी.चि.सेवाएं द्वारा (या यदि रा.चि.आयुक्त द्वारा भुगतान किया जाता है तो व्यय के लिए कटौती राज्य को देय भविष्य के 'खाते में' भुगतान राशि से की जानी चाहिए)।

8) ऑन्कोलॉजी अति विशिष्टता उपचार में केवल ऑन्को शल्य-क्रिया/कीमोथेरेपी/रेडियोथेरेपी पैकेज शामिल किए जाने चाहिए। टाइ-अप अस्पतालों को परीक्षणाधीन दवाओं/या भारत में उपयोग के लिए डीसीजीआई द्वारा गैर अनुमोदित नहीं की गई दवाओं/या ऐसी दवाओं का उपयोग नहीं करना चाहिए जिनका लाभकारी प्रभाव क.रा.बी.निगम लाभार्थियों पर संदिग्ध हो। सभी कीमोथेराप्यूटिक दवाएं, यदि डीजीईएसआई-आरसी में उपलब्ध हैं, रोगी को अभिनर्देशित करने वाले अस्पताल द्वारा जारी की जानी चाहिए जैसा कि कें.स.स्वा.योजना में किया जा रहा है।

यदि इसे अभिनर्देशित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल द्वारा प्रदान किया जा रहा है तो इसे बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में विधिवत दर्ज किया जाना चाहिए।

संबंधित ऑन्कोलॉजी अभिनर्देशन के लिए टाइ-अप अस्पताल से कीमो/रेडियो-थेरेपी अनुसूची और दवा प्रोटोकॉल सलाह संलग्न करना अनिवार्य है। इसे बिल प्रक्रमण के समय बि.प्र.एजेंसी द्वारा मान्य किया जाना चाहिए।

9) किसी भी असूचीबद्ध प्रक्रिया/प्रत्यारोपण आदि, जो कें.स.स्वा.योजना या एम्स में नामिकागत नहीं हैं, के लिए क.रा.बी.निगम में सक्षम प्राधिकारी से पूर्व अनुमोदित और अधिमानतः बजट आकलन होना चाहिए। बि.प्र.एजेंसी को विधिवत सूचित किए जाने पर क.रा.बी.निगम नीति के अनुसार बि.प्र.एजेंसी गैर-नामिकागत प्रत्यारोपण, जांच और गैर-नामिकागत प्रक्रियाओं पर कटौती लागू करेगा। बि.प्र.एजेंसी क.रा.बी.निगम के निर्देशानुसार जहां भी लागू हो कें.स.स्वा.योजना प्रमुख और छोटी प्रक्रिया दरें लागू करेगा।

10) जहां तक संभव हो नामिकागत अस्पतालों को कें.स.स्वा.योजना फॉर्मूलरी में अनुमोदित दवाओं का उपयोग करने की सलाह दी जाती है। आवश्यक जीवन रक्षक दवाओं के लिए कें.स.स्वा.योजना द्वारा अनुमोदित दर सूची का उपयोग बिल प्रक्रमण के दौरान किया जाना चाहिए।

यदि बाजार में भारतीय ब्रांड उपलब्ध है तो आयातित ब्रांडों का उपयोग नहीं किया जाना चाहिए। नामिकागत अस्पतालों को इन मुद्दों पर कें.स.स्वा.योजना द्वारा जारी सभी दिशानिर्देशों का सख्ती से पालन करना होगा।

the empanelled hospital/diagnostic center. Under normal circumstances, BPA claim ID for the beneficiary shall be generated on the next working day (if not approved by the competent authority on the same day) and both the online and the hard copy of referral will be duly approved and authenticated by the designated authority of ESI Hospital/Institution, as per Clause I.

Unless mentioned otherwise, the validity of referral generated during emergency hours or on holidays will be three days only (excluding the date of referral). Subsequent validations for validity of referrals in the system shall be incorporated by BPA in the module.

- 3) It is again reiterated by ESIC to refer patients only for those services, which normally are not available in respective hospitals as per the prescribed ESIC norms.
- 4) Under normal circumstances, referrals should be justified, equally and fairly distributed amongst all tie up hospitals and due care should be exercised in maintaining transparency and adherence to prescribed guidelines and laid down procedure.
- 5) ESIC will issue referral form, which shall indicate specific procedure /Health Intervention/Test/OP consultation, etc. along with clinical information, diagnosis and any other relevant information as specified from time to time, for which referral is being made. Referrals should also preferably carry the CGHS code under which the patient is being referred to the empanelled hospital. Duration of admission should be mentioned on the referral for cases not covered under CGHS package. This will form the basis for BPA scrutiny. The extension of stay for ongoing treatment shall be captured in the BPA Module –Extension Template, duly linking it with the old referral number/Unique claim ID. Relevant validation to this effect shall be incorporated in the module by the BPA. This extended stay approval document should be a part of the bill submission. (As in ECHS)
- 6) It is reiterated that the super specialty treatment requirement should be considered only if the treatment involves mandatory intervention by the Super specialist of the concerned field.
- 7) All referrals where Super specialty procedures are not specified on the referral letter and if patients are referred only for supportive care/terminal care in any discipline and where patient does not need any active intervention by the super specialist, it should be considered as 'Secondary Care'. Payment in respect of these bills by respective CFA's should be done accordingly i.e by M.S ESIC Hospital / by DIMS (or if paid by SMC then deduction for the expenditure should be done from the future 'On Account' payments, due to the State).
- 8) Only Onco Surgery/Chemotherapy/Radiotherapy Packages should be included in Oncology Super specialty Treatment. The tie up hospitals should not use drugs under trial/ or those not approved by DCGI for use in India/ or drugs whose beneficial effects are doubtful on ESI beneficiaries. All Chemotherapeutic drugs, if available in DGESI -RC should be issued to the patient by the referring hospital as is being done in CGHS.
If the same are being provided by the referring ESIC/ESIS Hospital this should be duly captured in the BPA module.
It is mandatory to attach the Chemo/Radio-therapy Schedule and drug protocol advice from the tie up hospital for respective Oncology referrals. This should be validated by BPA at the time of bill processing.
- 9) Any unlisted procedures/ implants etc, which are not listed in CGHS or AIIMS, should have prior approval and preferably budget estimation from the Competent Authority in ESIC. BPA shall implement deductions on unlisted implants, investigations and unlisted procedures as per ESIC policy, duly intimated to BPA. BPA shall apply CGHS major and minor procedure rates where ever applicable as instructed by ESIC.
- 10) As far as possible the empanelled hospitals are advised to use the drugs approved in CGHS formulary. The rate list approved by CGHS for essential life saving medicines should be used during bill processing.

Imported brands should not be used if the Indian brand for the same is available in the market. The empanelled hospitals must strictly follow all guidelines issued by CGHS on these issues.



11) नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र, क.रा.बी.निगम लाभार्थी की अभिनिर्देशन/प्रवेश सलाह प्राप्त होने पर 4 घंटे के भीतर बि.प्र. एजेंसी को एक ऑनलाइन सूचना भेजेगा, जिसमें रोगी का पूरा विवरण, उपचार का प्रस्तावित विवरण, लागत और अवधि के साथ-साथ क्लिनिकल इतिहास और क.रा.बी.निगम द्वारा समय-समय पर विनिर्दिष्ट कोई अन्य जानकारी की एक प्रति क.रा.बी.निगम को भेजी जाएगी। यदि सूचना 4 घंटे के भीतर नहीं भेजी जाती है तो यह क.रा.बी.निगम से सूचना प्राप्त करने के बाद भी रोगी के स्वास्थ्य की देखभाल के लिए प्रवेश के लिए मान्य होगी। नामिकागत अस्पताल द्वारा सूचना प्राप्त होने के 4 कार्य घंटों के भीतर बि.प्र.एजेंसी सूचना स्वीकार करेगी।

12) भर्ती/उपचार के लिए नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र द्वारा अभिनिर्देशन की प्राप्ति की सूचना मिलने पर बि.प्र.एजेंसी विवरण स्वीकार करेगी और उसकी जांच करेगी। बि.प्र.एजेंसी संबंधित नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को निर्धारित परीक्षण/उपचार/प्रबंधन के लिए अभिनिर्देशन को तुरंत नोट करेगी।

अभिनिर्देशन को बि.प्र.एजेंसी द्वारा निम्नलिखित मानदंडों पर मान्य किया जाएगा: -

- क) नाम बेमेल होने पर
- ख) बीमा संख्या बेमेल होने पर
- ग) दिनांक बेमेल होने पर
- घ) अभिनिर्देशन की वैधता समाप्त होने पर
- ङ) विस्तार की निरंतरता (यदि कोई हो)
- च) मेडिग किए गए नामिकागत अस्पतालों से संबंधित स्थान
- छ) पी-1 प्रपत्र (अभिनिर्देशन पत्र) पर चि.अधीक्षक/डीएमएस/अ.वि.उपचार प्रभारी/अभिनिर्देशन समिति/नामित प्राधिकारी की मुहर और हस्ताक्षर होने चाहिए।

13) नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र परीक्षण/प्रक्रिया/स्वास्थ्य हस्तक्षेप/ओपी परामर्श के पूरा होने के बाद 7 (सात) कार्य दिवसों के भीतर सिस्टम में सभी रिपोर्ट और बिल अपलोड करेंगे, अर्थात् क.रा.बी.निगम द्वारा अभिनिर्देशन पर बताए अनुसार अंतिम छुट्टी के बाद बिल प्रक्रमण करने का आधार बनेगा।

नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र परीक्षण/प्रक्रिया/स्वास्थ्य हस्तक्षेप/ओपी परामर्श पूरा होने अर्थात् अंतिम छुट्टी के बाद 7 (सात) कार्य दिवसों के भीतर सभी रिपोर्ट और बिल सिस्टम में अपलोड करेंगे।

बि.प्र.एजेंसी इस आशय के लिए अपने मॉड्यूल में आवश्यक 7 दिनों का सत्यापन करेगी। सात दिनों के बाद नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र को देरी के लिए उचित कारण बताना होगा और क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था के संबंधित सीएफए से आगे विस्तार की मांग करनी होगी। बीएफए मॉड्यूल में इस आशय के लिए अंतर्निहित प्रासंगिक सत्यापन शामिल करेगा।

14) नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र विधिवत हस्ताक्षरित विस्तृत छुट्टी सारांश और कालानुक्रमिक रूप से रखे गए क्लिनिकल शीट/जांच रिपोर्ट/रक्त बैंक नोट्स/बाह्य रोगी विभाग नोट्स (यदि आवश्यक हो)/क्लिनिकल रिपोर्ट/फिल्म्स/पाउच/चालान/मूल्य स्टिकर/उपयोगिता प्रमाण पत्र/ओटी नोट्स/प्रक्रियाओं/रैपर के लिए शल्य-क्रिया से पहले और बाद की रेडियोलॉजिकल ईमेज और 5000/- रुपये से अधिक की लागत वाली दवाओं के बिल या किसी अन्य आवश्यकता के साथ बिलों की मूल भौतिक प्रतियां जमा करेगा। एमओए के नियम और शर्तों के अनुसार, जो अस्पतालों और निदान केंद्रों का क.रा.बी.निगम के साथ है) आदि, जो दावे के समर्थन में सिस्टम में 7 (सात) कार्य दिवसों के अन्दर अपलोड किए गए थे और 30 दिनों से अधिक नहीं, क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पतालों/संस्थाओं में जहां से अभिनिर्देशन उत्पन्न हुआ था। 30 दिनों के बाद जमा किया गया कोई भी बिल/दावा क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था से ऑनलाइन/ऑफलाइन छूट (जैसा लागू हो) के साथ होना चाहिए और बि.प्र. एजेंसी ऐसे दावों को प्रक्रमित करते समय प्रतिवर्तन काल का पालन नहीं करेगी।

दावे को बि.प्र.एजेंसी द्वारा प्रक्रिया के लिए तब तक पूरा नहीं माना जा सकता जब तक कि इस तरह की भौतिक प्रस्तुतियाँ नहीं की जाती हैं।

15) बि.प्र.एजेंसी, बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में ऑनलाइन छूट के लिए प्रासंगिक सत्यापन प्रदान करेगी। कागजी प्रति/भौतिक बिल जमा न करने/विलंबित रूप से जमा करने के कारण प्रक्रिया में होने वाली किसी भी देरी की जिम्मेदारी नामिकागत अस्पताल की होगी, अर्थात्, वहीं बि.प्र.एजेंसी को इसके लिए जिम्मेदार नहीं ठहराया जाएगा।

16) क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था अपने परिसर में विनिर्दिष्ट/निर्दिष्ट स्थान पर नामित/निर्दिष्ट प्रयोक्ताओं द्वारा इन कागजी प्रति दस्तावेजों की प्राप्ति और सत्यापन/प्रमाणीकरण के लिए व्यवस्था करेगा। प्राप्त करने वाले और स्वीकार करने वाले अधिकारी का नाम और स्थान प्रमुख स्थान पर प्रकाशित किया जाना चाहिए और समय-समय पर संबंधित अधिकारियों द्वारा

- 11) The empanelled hospital/diagnostic center, on receipt of referral/admission advice of ESIC beneficiary will send an on-line intimation to the BPA within 4 hours with complete details of the patient, proposed line of treatment, cost and duration along with clinical history and any other information as specified by ESI Corporation from time to time with a copy to ESIC. If the intimation is not send within 4 hours it will still be valid for admission caring for the patient's health after getting intimation from ESIC. BPA shall acknowledge the intimation within 4 working hours of receipt of intimation done by empanelled hospital.
- 12) BPA on receipt of intimation of receipt of referral by empanelled hospital/diagnostic center for admission/treatment will acknowledge and scrutinize the details. BPA shall promptly note the referrals for the prescribed test/treatment/management to the concerned empanelled hospital/diagnostic center.
The referral shall be validated by BPA on the following criteria: -
 - a. Name mismatch
 - b. Insurance Number mismatch
 - c. Date mismatch
 - d. Expired Validity of referral
 - e. Continuity of Extension (if any)
 - f. Mapped empanelled hospital with respective location
 - g. The P1 form (referral letter) should bear the seal and signature of MS/DMS/SST in charge / Referral Committee/Designated authority.
- 13) The empanelled hospitals/diagnostic centers shall upload all the reports and bills in the system within 7 (seven) working days after completion of test/procedure/health intervention/OP consultation i.e. after final discharge as indicated on the referral by ESI Corporation forming the basis of bill Processing.
The empanelled hospitals/diagnostic centers shall upload all the reports and bills in the system within 7 (seven) working days after completion of test/procedure/health intervention/OP consultation i.e. after final discharge.
BPA shall make the necessary 7 days validation in its module to this effect. After seven days the empanelled hospital/diagnostic center would have to give justified reasons for delay and seek further extension from respective CFA of ESIC/ESIS hospital/Institution. BPA shall include inbuilt relevant validation to this effect in the module.
- 14) Empanelled hospital/diagnostic center shall submit original hard copies of bills along with duly signed detailed discharge summary and chronologically placed clinical sheets/investigation reports/Blood bank notes/IPD notes (if needed)/clinical reports/Films/pouches/invoices/price stickers/ Utilization certificates/OT Notes/pre and post operation radiological images for procedures/wrappers and invoice for drugs costing more than Rs 5000/ or any other requirement (as per T&C of MoA which the hospitals and diagnostic centers have with ESIC) etc, which were uploaded in the system in support of the claim, within 7 (seven) working days and not beyond 30 days to the ESIC/ESIS Hospitals/Institutions from where referral was generated. Any bill/claim submitted beyond 30 days should be accompanied with online/offline waiver (as applicable) from ESIC/ESIS Hospital/institution and BPA shall not adhere to TAT while processing such claims.
The claim cannot be considered as complete for processing by BPA until such physical submissions are carried out.
- 15) BPA shall provide relevant validation for an online waiver in the BPA module. Any delay in processing owing to non-submission/delayed submission of hard copies/physical bills will be the sole responsibility of the empanelled hospital, thereby meaning, BPA shall not be held responsible for the same.
- 16) ESIC/ESIS Hospital/Institution shall make provisions for receipt and verification/ attestation of these hard copy documents by identified/ specified user(s) at a designated/specified place in its premises. The name and location of the receiving and acknowledging official is to be published in a prominent place and also communicated to the empanelled hospital/



नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को भी सूचित किया जाना चाहिए।

17) भौतिक रूप से बिल प्राप्त होने पर संबंधित अभिनिर्देशित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था दावे के समर्थन में ऑनलाइन बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में अपलोड की गई स्कैन प्रतियों का सत्यापन और परीक्षण करेगा और प्रमाणित करेगा कि प्राप्त भौतिक प्रतियां नामिकागत अस्पतालों द्वारा अपलोड की गई स्कैन प्रतियों के समान हैं। भौतिक प्रति प्राप्त होने पर संबंधित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था द्वारा बिलों का सत्यापन इस प्रकार से किया जाएगा कि किसी रोगी के दावे के खिलाफ नामिकागत अस्पताल द्वारा अपलोड की गई स्कैन प्रतियां बिल्कुल वैसी ही होनी चाहिए जैसी भौतिक प्रति/भौतिक बिल में जमा की गई हैं अर्थात् रोगी का नाम, अभिनिर्देशन संख्या, बिल संख्या, दावा किया गया मूल्य आदि और प्राप्त भौतिक प्रति क.रा.बी.निगम बिलिंग नीति (अनिवार्य पीआइ-पीवीआइ और अ.वि.उपचार नियम-पुस्तक के अनुसार अन्य प्रासंगिक संलग्नक) के अनुसार हैं। क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना से यह मंजूरी बि.प्र.एजेंसी के लिए बिल को सामान्य तरीके से प्रक्रमित करने का आधार बनेगी। भौतिक प्रति में प्राप्त बिलों और दस्तावेजों के भौतिक सत्यापन/जांच के बाद, संबंधित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था ऐसे दावे दस्तावेजों को 3 (तीन) कार्य दिवसों के भीतर ऑनलाइन मान्य करेगा (साइट/नोटिस बोर्ड पर विधिवत दर्ज सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन), जो बि.प्र.एजेंसी को जांच और आगे की प्रक्रिया करने में सक्षम करेगा। इस तरह के सत्यापन के बाद अस्पताल/निदान केंद्र की ओर से किसी भी देरी को क.रा.बी.निगम द्वारा छूट प्रदान नहीं की जाएगी और बि.प्र.एजेंसी इन मामलों को हमेशा की तरह प्रक्रमित करेगी।

18) कुछ भौतिक दस्तावेजों की अनुपस्थिति के मामले में, संबंधित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल के सत्यापनकर्ता द्वारा "अधिक जानकारी की आवश्यकता" (एनएमआइ) स्थिति को गायब/अस्पष्ट भौतिक दस्तावेज के लिए नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र में तुरंत उठाया जाएगा, लेकिन सात (07) कार्य दिवसों के बाद नहीं, (सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन) और कारणों को संबंधित प्रयोक्ताओं द्वारा देखने के लिए मॉड्यूल पर दर्ज किया जाएगा। नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को अन्य बातों के साथ-साथ "अधिक जानकारी की आवश्यकता" श्रेणी (एनएमआइ) के अंतर्गत ऑनलाइन लौटाए गए सभी बिलों के लिए 15 दिनों के भीतर स्पष्टीकरण/जानकारी जमा करनी होगी, ऐसा न करने पर क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना इन दावों को बिना किसी सूचना के उपलब्ध दस्तावेजों के आधार पर आगे की प्रक्रिया के लिए बि.प्र.एजेंसी को भेज देगा और ऐसे बिल/दावों को बि.प्र.एजेंसी द्वारा आगे नहीं खोले जाने के लिए बंद कर दिया जाएगा।

19) नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों के पूर्ण ऑनलाइन दावे प्राप्त होने पर, एक चिकित्सक (न्यूनतम एमबीबीएस) की देखरेख में बि.प्र.एजेंसी की प्रक्रमण टीम अनुमोदित कें.स.स्वा.योजना दरों, एम्स दरों या समय-समय पर बि.प्र.एजेंसी की वेबसाइट www.esicbpa.UTI-ITSL.com/esic पर अधिसूचित दरों के अनुसार एफआइएफओ आधार पर ऑनलाइन दस्तावेजों/बिलों/रिपोर्टों की जांच करेगी। दर में कोई भी बदलाव क.रा.बी.निगम द्वारा उल्लिखित और अधिसूचित तारीख से 7 दिनों के बाद प्रभावी होगा। हालाँकि, किसी भी दर परिवर्तन के लिए क.रा.बी.निगम मुख्यालय से लिखित प्राधिकार होगा और सिस्टम में दर के किसी भी बदलाव के लिए बि.प्र.एजेंसी द्वारा एक लेखापरीक्षा ट्रेल रखा जाएगा। चूंकि केवल क.रा.बी.निगम ही दरों को बदलने के लिए प्राधिकृत है, क.रा.बी.निगम नियमित रूप से दर मॉड्यूल की लेखापरीक्षा करेगा ताकि बि.प्र.एजेंसी द्वारा कोई भिन्नता संभव न हो।

20) बि.प्र.एजेंसी, अपलोड की गई स्कैन प्रतियों और नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र से प्राप्त भौतिक प्रति या अंतिम प्रश्न का उत्तर देने या एनएमआइ निपटान अवधि (15 दिन) के पूरा होने, जो भी बाद में हो, के क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था द्वारा सत्यापन के 10 (दस) कार्य दिवसों के भीतर, बि.प्र.एजेंसी के लिए परिभाषित प्रतिवर्तन काल के अनुसार पहले आओ और पहले जाओ के आधार पर (जैसा कि नीचे दिए गए खंड में विस्तार से बताया गया है) दावों को पूरी तरह या आंशिक रूप से स्वीकृत या अस्वीकार कर सकता है। ऐसे पूर्ण या आंशिक रूप से स्वीकृत बिल भुगतान के लिए सिस्टम में आगे बढ़ेंगे। यदि आगे देरी होती है, तो पर्याप्त कारण बताए जाने चाहिए और संबंधित प्रयोक्ताओं द्वारा देखने के लिए मॉड्यूल पर दर्ज किया जाना चाहिए।

21) ऐसे दावों को बि.प्र.एजेंसी द्वारा बैंड प्रक्रिया के भीतर पंक्ति के अनुसार, अर्थात् दावा-राशि के अनुसार बैंड पर प्रक्रमित किया जाएगा, जिसमें उस विशेष बैंड में पहले आओ-पहले-जाओ के आधार की पद्धति का पालन किया जाएगा। राशि अनुसार बैंड नीचे सूचीबद्ध हैं:

0 से 10000

10001 से 25000

diagnostic center by respective authorities from time to time.

- 17) On receipt of the physical bills the concerned referring ESIC/ESIS Hospital/Institution will verify and vet the scanned copies uploaded in online BPA module in support of the claim and certify that the hard copies received are same as the uploaded scanned copies by the empanelled hospitals. Verification of bills will be done by respective ESIC/ESIS hospital/institution on receipt of hard copy to the extent that scanned copies uploaded by the empanelled hospital against claim of a given patient should be exactly same as that submitted in hard copies/physical bills i.e Patient's name, referral number, Bill Number, claimed value etc. and that the hard copies received are as per ESIC billing policy (Mandatory PI-PVI & other relevant Annexures as per SST Manual). This approval from ESIC/ESIS shall form a basis for BPA to process the bill in normal course.

After physical verification/checking of the bills and documents received in hard copy, the concerned ESIC/ESIS Hospital/Institution shall validate such claim documents online within 3 (three) working days (subject to availability of server/application-duly recorded on the site/notice board), which shall enable the BPA to perform the scrutiny and further processing. After such validation any delay on the part of hospital/diagnostic center will be deemed to be condoned by ESIC and BPA shall process these cases as usual.

- 18) In case of absence of certain physical documents, the "Need More Information" (NMI) status will be raised by the Verifier of the respective ESIC/ESIS Hospital to the empanelled hospital/diagnostic center for the missing/ambiguous physical documents immediately, but not later than Seven (07) working days (subject to availability of server/application) and reasons shall be captured on the module for viewing by the concerned users. Empanelled hospitals/diagnostic centers shall have to submit the clarifications/information inter-alia for all bills returned online under "Need for more Info" category (NMI), within 15 days failing which ESIC/ESIS will forward these claims to BPA for further processing on the basis of available documents without any further intimation and such bills/claims will be closed not to be opened further by the BPA.

Any delay in processing owing to pending clarifications/information will be the sole responsibility of the empanelled hospital with no responsibility on BPA. BPA shall provide relevant validation of 15 days in the module.

- 19) On receipt of complete online claims of empanelled hospitals/diagnostic centers, the processing team of BPA under supervision of a doctor (Minimum M.B.B.S) will scrutinize the online documents/bills/reports on FIFO basis, as per approved CGHS rates, AIIMS rates, or rates as notified on BPA's website www.esicbpa.UTI-ITSL.com/esic from time to time. Any change in rate shall be effective after 7 days from the date mentioned and notified by ESIC. However, any rate change shall have the written authorization from ESI Corporation Headquarters Office and an Audit Trail shall be kept by the BPA for any change in the rate in the system. Since only ESI Corporation is authorized to change the rates, ESI Corporation will regularly audit the rate module so that no deviation is possible by BPA.

- 20) BPA may approve or reject the claims on First In First Out basis (as elaborated in the clause herein below) as per defined Turn Around Time for BPA, either fully or partially, within 10 (Ten) working days of verification by ESIC/ESIS Hospital/Institution, of the scanned copies uploaded and hard copies received from the empanelled hospital/diagnostic center or reply to last query or completion of NMI disposal period (15days) whichever is later. Such fully or partially approved bills shall go further in the system for payment. If there is further delay, sufficient reasons must be cited and captured on the module for viewing by the concerned users.

- 21) Such claims shall be processed by the BPA, as per the queue within the band, i.e. on claim-amount wise bands, wherein the methodology of first-come-first-out basis in that particular band would be followed. The amount wise bands are as listed below:

0 to 10000

10001 to 25000



25001 से 50000
50001 से 100000
100001 से 300000
300001 से 500000
500001 और उससे अधिक

22) यदि कोई ऑनलाइन दावा बि.प्र.एजेंसी द्वारा अनुमोदित नहीं किया जाता है, तो इसे अस्वीकृति के कारणों और क.रा.बी.निगम अस्पताल/संस्था द्वारा ऑनलाइन देखने की व्यवस्था के साथ (जानकारी के लिए) नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों में वापस भेज दिया जाएगा।

23) नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को अन्य बातों के साथ-साथ “अधिक जानकारी चाहिए” श्रेणी (एनएमआइ) के अंतर्गत बि.प्र.एजेंसी द्वारा ऑनलाइन लौटाए गए सभी बिलों के लिए स्पष्टीकरण/जानकारी उचित समय के भीतर, लेकिन 15 दिनों से अधिक समय के बाद में नहीं, अन्यथा इन दावों को नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को बिना किसी सूचना के बि.प्र.एजेंसी के परिभाषित प्रतिवर्तन काल (एनएमआइ निपटान से भेजने की तारीख से) के अनुसार एफआइएफओ के आधार पर उपलब्ध दस्तावेजों के आधार पर बि.प्र.एजेंसी द्वारा प्रक्रमित किया जाएगा। इसके लिए प्रासंगिक सत्यापन सिस्टम में बि.प्र.एजेंसी द्वारा प्रदान किया जाएगा। हालाँकि, सभी दावों का अंतिम भुगतान संबंधित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था के निर्णयानुसार होगा।

24) बिलों/दावों की जांच करते समय बि.प्र.एजेंसी द्वारा निम्नलिखित पहलुओं की जांच की जाएगी:

- I. क.रा.बी.निगम नीति के अंतर्गत बि.प्र.एजेंसी को अधिसूचित लाभार्थी की पात्रता की उपयुक्तता।
- II. बि.प्र.एजेंसी को अधिसूचित या समय-समय पर क.रा.बी.निगम नीति के अंतर्गत संशोधित पात्रता और बिल/बिलों के संदर्भ में अभिनिर्देशन की उपयुक्तता।
- III. क्या प्रस्तुत किया गया दावा अनुमोदित अभिनिर्देशन के अनुरूप है या अनुमोदन के बिना सीधे भर्ती किया गया है। अभिनिर्देशन के बिना ऐसे सभी दावों को सरसरी तौर पर निरस्त कर दिया जाएगा।
- IV. अनावश्यक भर्ती और अनुचित उपचार की पहचान करने के लिए रोगी के अभिलेख की जांच सहित उपचार की उपयुक्तता।
- V. क्या नियोजित उपचार को जानबूझकर आपातकालीन प्रकृति का दिखाया गया है और उपचार का बिल दिया गया है। हालाँकि, अभिनिर्देशन में सलाह के अनुसार आपातकालीन स्थिति को ही आपातकालीन माना जाएगा।
- VI. क्या अस्पताल द्वारा कोई अनावश्यक नैदानिक, चिकित्सा या शल्य-क्रिया प्रक्रिया/स्वास्थ्य हस्तक्षेप या जांच की गई थी।
- VII. क्या उपचार/सेवाएं क.रा.बी.निगम नीति, अनुमोदित कें.स.स्वा.योजना दरों, एम्स दरों या समय-समय पर बि.प्र.एजेंसी की वेबसाइट www.esicbpa.UTI-ITSL.com/esic पर क.रा.बी.निगम द्वारा अधिसूचित दरों के अनुसार प्रदान की गई हैं।
- VIII. क्या बिल में दर्शाई गई पैकेज दरें मौजूदा परिस्थितियों में लाभार्थी के लिए सबसे उपयुक्त हैं।
- IX. एप्लिकेशन सॉफ्टवेयर मैनुअल जांच से पहले प्रक्रियाओं/प्रक्रियाओं के लिए परिभाषित दरों का सत्यापन भी प्रदान करेगा, जो संबंधित सभी पक्षों को दिखाई देगा। बि.प्र.एजेंसी क.रा.बी.निगम को क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय के संबंधित सीएफए से निर्दिष्ट अधिकारियों तक निर्दिष्ट पहुंच के साथ एक लेखापरीक्षा मॉड्यूल भी प्रदान करेगा।
- X. क्या रोगी को इलाज के लिए आवश्यक अवधि के लिए भर्ती रखा गया था और कोई अनावश्यक विस्तार/रुकना नहीं पड़ा है।
- XI. अन्य कोई अनियमितता।
- XII. अन्य विवरण अति विशिष्ट उपचार प्रचालन नियम-पुस्तक के अनुसार और/या क.रा.बी.निगम द्वारा समय-समय पर निर्दिष्ट या बि.प्र.एजेंसी को लिखित रूप में बताए गए अनुसार।

25) जहां क.रा.बी.निगम से कोई लिखित निर्देश उपलब्ध नहीं है, उदाहरण के लिए उपभोग्य वस्तुएं, चिकित्सकों का दौरा आदि, ऐसे सभी मामलों में बि.प्र.एजेंसी दावे की अनुशंसा के लिए समझदारी का प्रयोग करेगा। जहां कोई लिखित निर्देश उपलब्ध नहीं है, वहां बि.प्र.एजेंसी ऑनलाइन डेटा शीट पर अवलोकन को चिह्नित करेगी, बशर्ते कि अंतिम निर्णय क.रा.बी.निगम अस्पताल (रोगी को अभिनिर्देशित करते हुए)/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय में संबंधित सीएफए का एकमात्र विवेकाधिकार होगा। रहने के दिनों की संख्या नीचे दिए गए खंड में इंगित की गई है (खंड IX- दावा प्रस्तुत करने के दिशानिर्देश, बिंदु 12)।

26) ऐसे मामले में जहां कोई क.रा.बी.निगम लाभार्थी स्वयं भुगतान पर उपचार लेता है (सीधे भर्ती के मामले) तो प्रतिपूर्ति दावों को क.रा.बी.निगम द्वारा प्रक्रिया के अनुसार ऑफलाइन प्रक्रमित किया जाएगा, जब तक कि अन्यथा निर्दिष्ट न हो। यदि बि.प्र.एजेंसी

25001 to 50000
 50001 to 100000
 100001 to 300000
 300001 to 500000
 500001 and above

- 22) If an online claim is not approved by BPA, it will be moved back to the empanelled hospitals/diagnostic centers, with reasons for rejection and with provision for viewing by ESI Hospital/Institution online (for information).
- 23) Empanelled hospitals/diagnostic centers shall have to submit the clarifications/information inter alia for all bills returned online by BPA under "Need more Information" category (NMI), within reasonable time but not later than 15 days failing which these claims will be processed by BPA on the basis of the available documents on FIFO basis as per defined TAT of BPA (from the date of movement from NMI disposal) without any further intimation to Empanelled hospital/diagnostic center. Relevant validation for the same shall be provided by the BPA in the system.
 However, final payment for all claims would be at the discretion of respective ESIC/ESIS Hospital/Institution.
- 24) Following aspects shall be checked by the BPA, while scrutinizing the bills/claims:
- i. Appropriateness of eligibility of the beneficiary as notified to BPA under ESIC policy.
 - ii. Appropriateness of referral with reference to eligibility and bill/s with its appendages as notified to BPA or modified under ESIC Policy from time to time.
 - iii. Whether the claim submitted is against approved referral or direct admission without approval. All such claims without referral shall be rejected summarily.
 - iv. Appropriateness of treatment including screening of patient's records to identify unnecessary admission and unwarranted treatment.
 - v. Whether the planned treatment has been deliberately shown as of emergency in nature and treatment billed. However, the emergency as advised in referral would be considered as emergency only.
 - vi. Whether any unnecessary Diagnostic, Medical or Surgical Procedures/Health Interventions or investigations were conducted by the Hospital
 - vii. Whether the treatment /Services have been provided as per ESIC Policy, approved CGHS rates, AIIMS rates, or rates as notified by ESIC on BPA's website www.esicbpa.UTI-ITSL.com/esic from time to time.
 - viii. Whether the package rates billed are best suited to the beneficiary in the prevailing circumstances.
 - ix. Application software shall also provide validations of defined rates for procedures/processes, prior to manual scrutiny, visible to all parties concerned. BPA shall also provide ESIC with an Audit Module with designated access to officials as specified from respective CFA of ESIC Hospital /SMC office.
 - x. Whether the patient was kept admitted for the period required for the treatment to be administered and that no unnecessary extension/stay is observed.
 - xi. Any other irregularities.
 - xii. Other details as per SST operations manual and/or as specified by ESIC from time to time or as conveyed to BPA in writing.
- 25) BPA would exercise wisdom for recommendation of claim where no written instruction is available from ESIC for e.g. consumables, visits of doctors etc. and that in all such matters where no written instructions are available BPA shall mark observation on the online data sheet provided that the final decision shall be the sole discretion of the respective CFA at ESIC Hospital (referring the patient)/SMC office. The number of days of stay has been indicated in the clause below (Clause IX- Claim submission guidelines, point 12).
- 26) In case where an ESI beneficiary avails treatment on payment (direct admission cases) the reimbursement claims will be processed by the ESIC offline, as per procedure unless



को ऐसे दावों पर कार्रवाई करने के लिए कहा जाता है, तो बि.प्र.एजेंसी इस संविदा के अंतर्गत प्रचलित शुल्क पर बि.प्र.एजेंसी और क.रा.बी.निगम द्वारा तैयार किए जाने वाले दिशानिर्देशों/प्रतिवर्तन काल के अनुसार ऐसे दावों पर कार्रवाई करेगा।

27) सभी क.रा.बी.लाभार्थी वैध अभिनिर्देशन पर नामिकागत अस्पतालों से नकद रहित उपचार के लिए पात्र हैं। ऑनलाइन अभिनिर्देशन के मामले में, यदि क.रा.बी. लाभार्थी द्वारा किसी इम्प्लॉन्ट/स्टेंट आदि के लिए बिलों का आंशिक भुगतान टाइ-अप अस्पताल को किया जाता है, तो बि.प्र.एजेंसी दावे को सरसरी तौर पर खारिज कर देगी और ऑनलाइन डेटा शीट के साथ आंशिक भुगतान के प्रासंगिक विवरण दर्ज करेगा। ऐसे बिलों के भुगतान पर अंतिम निर्णय क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय के सीएफए का एक मात्र विवेकाधिकार होगा। हालाँकि, नामिकागत अस्पताल द्वारा कुल दावा राशि पर बि.प्र.एजेंसी शुल्क लागू होगा।

28) नकद रहित उपचार के मामले में, चल रहे उपचार की निरंतरता/विस्तार को अभिनिर्देशन के समय बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल पर दर्ज किया जाएगा और किसी भी विचलन को बिल प्रक्रमण के समय ऑनलाइन डेटा शीट पर बि.प्र.एजेंसी द्वारा विधिवत दर्ज किया जाएगा।

29) बि.प्र.एजेंसी की अभियुक्तियों के साथ जांचे गए बिल नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को जरूरत पड़ने पर संबंधित अस्पताल/नैदानिक केंद्र द्वारा पूरा करने/सुधार करने और सभी प्रयोक्ताओं को जानकारी देने के लिए 48 घंटे की अवधि में उपलब्ध होंगे। 48 घंटों के बाद बिल मूल्यांकन और आगे की जांच/अनुमोदन के लिए संबंधित क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय में ऑनलाइन भेज दिए जाएंगे। नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्रों की किसी भी आपत्ति की समीक्षा संबंधित अस्पतालों/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालयों में लेवल 1 पर नामित अधिकारी द्वारा की जाएगी और यदि उचित समझा जाए तो क.रा.बी.निगम नीति के अनुसार बिल का पुनर्मूल्यांकन किया जा सकता है, हालाँकि अंतिम निर्णय क.रा.बी.निगम के सीएफए द्वारा किया जाएगा।

30) बि.प्र.एजेंसी की अनुशंसा प्राप्त करने पर, क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय में नामित अधिकारी बिल को आंशिक या पूरी तरह से मंजूरी/अस्वीकार कर देंगे और तीन (03) कार्य दिवसों (सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन) के भीतर कारणों को ऑनलाइन दर्ज करने के बाद, बि.प्र.एजेंसी द्वारा अनुमोदित जांच किए गए बिलों के दावा किए गए मूल्य को संशोधित कर सकते हैं। जांच पूरी होने के बाद अधिकारी भौतिक प्रति/भौतिक बिल पर मुहर लगाएगा और बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल और भौतिक प्रति/भौतिक बिल दोनों में दावे के लिए देय अंतिम राशि का उल्लेख करेगा।

31) उन दावों के लिए जिन्हें और अधिक स्पष्टीकरण की आवश्यकता है, संबंधित क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय के उक्त अधिकारी द्वारा “अधिक जानकारी की आवश्यकता है” (एनएमआइ) स्थिति तुरंत नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को भेजी जाएगी, लेकिन संबंधित प्रयोक्ताओं को देखने के लिए, सूचना मॉड्यूल में दर्ज कारणों के साथ बि.प्र.एजेंसी से अनुशंसा प्राप्त होने के सात (07) कार्य दिवसों (सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन) तक ही उपलब्ध रहेगी।

32) नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को अन्य बातों के साथ-साथ क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय द्वारा “अधिक जानकारी चाहिए” श्रेणी के अंतर्गत ऑनलाइन लौटाए गए सभी बिलों के लिए उचित समय के भीतर, अर्थात् 15 दिनों के भीतर स्पष्टीकरण/जानकारी प्रदान करनी होगी, ऐसा न करने पर नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को बिना किसी सूचना के क.रा.बी.निगम द्वारा इन दावों पर उपलब्ध दस्तावेजों के आधार पर कार्रवाई की जाएगी। क.रा.बी.निगम द्वारा नहीं खोले जाने वाले इन दावों को बंद माना जाएगा। बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में एनएमआइ निपटान के 15 दिनों की प्रासंगिक मान्यता प्रदान करेगा। लंबित स्पष्टीकरण/सूचना के कारण भुगतान में होने वाली किसी भी देरी की जिम्मेदारी नामिकागत अस्पताल की होगी, क.रा.बी.निगम की कोई जिम्मेदारी नहीं होगी।

33) भौतिक प्रति/भौतिक बिल/सूचना/स्पष्टीकरण जमा न करने/विलंब से जमा करने के कारण प्रक्रिया में होने वाली किसी भी देरी की पूरी जिम्मेदारी नामिकागत अस्पताल की होगी, जिसका अर्थ है कि क.रा.बी.निगम या बि.प्र.एजेंसी को इसके लिए जिम्मेदार नहीं ठहराया जाएगा।

34) संबद्ध अस्पतालों द्वारा आवश्यक समाशोधन (यदि कोई हो) समय पर, अधिमानतः उसी वित्तीय वर्ष के भीतर किया जाएगा। नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों के सभी समाधान मामले बि.प्र.एजेंसी की अनुशंसा के अगले दो महीनों के भीतर अनिवार्य रूप से बंद कर दिए जाएंगे, अर्थात्, यदि बि.प्र.एजेंसी द्वारा 1 जून या 10 जून या 30 जून को किसी बिल की अनुशंसा की जाती है, तो समाधान उसी वर्ष 31 अगस्त तक पूरा किया जाना चाहिए। हालाँकि, यह सुनिश्चित करने का प्रयास किया जाएगा कि फरवरी और मार्च के दौरान की गई अनुशंसाओं का समाधान भी उसी वर्ष 31 मार्च तक पूरा कर लिया जाए।

जिन दावों को क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय द्वारा अनुमोदित नहीं (अस्वीकृत) किया गया है, उनका

specified otherwise. If BPA is asked to process such claims, the BPA shall process such claims as per the guidelines/TAT to be formulated by BPA and ESIC on the prevailing fees under this contract.

- 27) All ESI beneficiaries are eligible for cashless treatment from empanelled hospitals on a valid referral. In case of online referrals, if the bills are partly paid by the ESI beneficiary, to the tie up hospital for any implant/stent, etc., inter-alia then BPA shall summarily reject the claim and capture the relevant details of part payment with online data sheet. Final decision on payment of such bills shall be the sole discretion of CFA of ESIC hospital/SMC office. However, BPA fees shall be applicable on the total claim amount by the empanelled hospital.
 - 28) In case of cashless treatment, continuity/Extension of ongoing treatment shall be captured on BPA module at the time of referral and any deviation shall be duly recorded by the BPA on the online data sheet at time of bill processing.
 - 29) The scrutinized bills with remarks of BPA will be available to the empanelled hospitals/ diagnostic centers on a 48 hours window for completion/rectification by the respective hospital/diagnostic center if needed and for information to all users. After 48 hours the bills will move online to the concerned ESIC Hospital/ SMC office for evaluation and further scrutiny/approval.
Any objection by empanelled hospital/diagnostic centres will be reviewed by designated official at Level1- at respective hospitals/SMC offices and bill reevaluation as per ESIC Policy may be undertaken if deemed fit though the final decision will be by CFA of ESIC.
 - 30) On obtaining recommendations of BPA, designated officials at ESIC Hospital / SMC office will approve/ reject the bill partly or fully and can modify the claimed value of scrutinized bills approved by BPA, after capturing the reasons online, within Three (03) working days (subject to availability of server/application) . The official shall affix stamp on the hard copy/physical bill after completion of scrutiny and mention final amount due for the claim, both in BPA module and hardcopy/ physical bills.
 - 31) For claims which need further clarifications, "Need More Information" (NMI) status will be raised by the said official of the respective ESIC Hospital/SMC office to the empanelled hospital/diagnostic center immediately, but not later than Seven (07) working days (subject to availability of server/application) from receipt of recommendation from BPA with reasons captured on the module for viewing by the concerned users.
 - 32) Empanelled hospitals/diagnostic centers shall have to provide clarifications/information inter alia for all bills returned online by ESIC Hospital/SMC office under "Need More Info" category within a reasonable time but not later than 15 days failing which these claims, without any further intimation to empanelled hospital/diagnostic center will be processed by ESIC on the basis of available documents. These claims will be considered closed not to be opened by ESIC. BPA shall provide relevant validation of 15 days of NMI Disposal in the module. Any delay in payment owing to pending clarifications /information will be the sole responsibility of the empanelled hospital, with no responsibility on ESIC.
 - 33) Any delay in processing owing to non-submission/delayed submission of hard copies/physical bills/Information/Clarification will be the sole responsibility of the empanelled hospital, thereby meaning, ESIC or BPA shall not be held responsible for the same.
 - 34) Reconciliations (if any) needed by the tie up hospitals shall be done timely, preferably within the same financial year. All reconciliation matters of the empanelled hospitals/diagnostic centers shall be invariably closed within the next two months of the recommendation by BPA i.e., if a bill is recommended by BPA on 1st June or 10th June or 30th June, the reconciliation must be completed by 31st August in the same year. However, the efforts will be made to see that the reconciliations for the recommendations done during February and March are also completed by 31st March of that year.
- Decision of claims which are not approved (rejected) by ESIC Hospital /SMC office, with



निर्णय सभी प्रयोक्ताओं को अस्वीकृति के कारणों सहित, आगे की कार्रवाई के लिए विधिवत् दिखाई देगा। विवाद समाधान एक अलग प्रक्रिया होगी।

35) क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय में सीएफए द्वारा बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल का उपयोग करके जांचे गए बिलों को ऑनलाइन मंजूरी देने के बाद, बिलों की कागजी प्रति के साथ दावों को ईआरपी मॉड्यूल में प्रक्रिया और ऑनलाइन अनुमोदन के लिए रोकड और लेखा शाखा में भेजा जाएगा। संबंधित शाखाओं के प्राधिकृत और चुने हुए अधिकारी ईआरपी मॉड्यूल और बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल दोनों का उपयोग करके सीएफए द्वारा अनुशंसा की गई दावा राशि करों में कटौती, प्रक्रिया, सहमति और अनुमोदन/वापसी करेंगे, जब तक कि भविष्य में दोनों मॉड्यूल सिंक्रनाइज़ न हो जाएं। प्रासंगिक करों की कटौती और अंतिम भुगतान या वित्त अधिकारियों द्वारा वापसी प्रक्रिया सीएफए से दावों के लिए अनुमोदन प्राप्त करने के तीन (03) कार्य दिवसों (सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन) के भीतर पूरी की जाएगी। लेखा शाखा मूल अभिनिर्देशन को 'भुगतान और रद्द' स्टॉप के साथ विरूपित करेगी और बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल और हार्डकॉपी/भौतिक बिल दोनों में दावे के खिलाफ जारी अंतिम राशि को मान्य करेगी। समाधान के उद्देश्य से सभी भुगतान विवरण बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में दर्ज किए जाने चाहिए। यदि निर्विवाद सेवा शुल्क दावे की अनुशंसा की तारीख से 30 (तीस) दिनों से अधिक समय तक बकाया रहता है तो बि.प्र.एजेंसी ऐसे विलंबित भुगतान के लिए महानिदेशक क.रा.बी.निगम से अपील करने के लिए प्राधिकृत होगी। बि.प्र.एजेंसी को देय राशि की पुष्टि करने वाला पत्र संबंधित सीएफए द्वारा बि.प्र.एजेंसी द्वारा दावे की अंतिम सिफारिश की तारीख से 30 दिनों के भीतर जारी किया जाएगा।

यदि क.रा.बी.निगम संस्थाओं द्वारा बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में भुगतान विवरण अपडेट नहीं किया गया है, तो बि.प्र.एजेंसी द्वारा क.रा.बी.निगम मुख्यालय में एसपीओसी से अनुवर्ती कार्रवाई शुरू की जाएगी। क.रा.बी.निगम ऐसी बकाया प्रविष्टियों का समाधान 3 कार्य दिवसों के भीतर कर सकता है। अस्वीकृत दावों के लिए प्रक्रमण शुल्क भी उन्हीं नियमों और शर्तों के अनुसार संवितरित किया जाएगा।

36) इसके अलावा बि.प्र.एजेंसी और क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय द्वारा मिलकर यह सुनिश्चित किया जाएगा कि अस्पताल/नैदानिक केंद्र के नामिकागत होने की अवधि पूरी होने से तीन महीने (03 महीने) पहले या नामिका से बाहर करने (जैसा भी मामला हो), किसी भी वसूली को स्पष्ट करने के लिए बि.प्र.एजेंसी और क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय द्वारा खातों का एक विस्तृत विवरण तैयार किया जाएगा और अस्पताल/नैदानिक केंद्र को समापन निपटान को अंतिम रूप देने से पहले वसूली को मंजूरी देने की आवश्यकता होगी। इसके लिए प्रासंगिक सत्यापन सिस्टम में बि.प्र.एजेंसी द्वारा प्रदान किया जाएगा। इसके बाद, बि.प्र.एजेंसी को किसी भी बकाया देनदारी से मुक्त कर दिया जाएगा।

37) क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय से जानकारी प्राप्त होने के बाद, बि.प्र.एजेंसी यह भी सुनिश्चित करेगी कि सभी नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र, जिनकी वैधता समाप्त हो गई है, सिस्टम के ऑनलाइन अभिनिर्देशन सृजन टेम्पलेट में प्रतिबिंबित नहीं होते हैं, लेकिन भुगतान मॉड्यूल में तब तक मौजूद रहते हैं जब तक कि संबंधित नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को दोबारा वैध नहीं कर दिया जाता है या पहले के दावों/वसूली और सुलह को पूरा नहीं कर लिया जाता है या जैसा क.रा.बी.निगम द्वारा निर्देश दिया गया है, इस शर्त के साथ कि अस्पतालों/निदान केंद्र की स्थिति क.रा.बी.निगम द्वारा समय-समय पर अपडेट की जाती रहे।

38) संबंधित स्थानों पर नामिका के एमओए/सहमति ज्ञापन के अनुसार वैधता समाप्त होने पर, नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को सभी लंबित बिल जल्द से जल्द अपलोड करने चाहिए, लेकिन एमओए की समाप्ति की तारीख से तीन (03) महीने से अधिक के बाद में नहीं, ऐसा न होने पर नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को स्पष्टीकरण देना होगा और क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय के संबंधित सक्षम प्राधिकारी से ऐसे विलम्ब के लिए छूट प्राप्त करनी होगी।

IX. दावा प्रस्तुत करने हेतु दिशा- निर्देश :

1) बिल अतिविशिष्टता उपचार नियम-पुस्तक के अनुसार पीआई-पीवीआई प्रपत्र में दिया जाए। बिल शीट को क्रमांकित किया जाना चाहिए और कालानुक्रमिक रूप से क्लिनिकल शीट/जांच रिपोर्ट/रक्त बैंक नोट्स/भ.रो.विभाग नोट्स (यदि आवश्यक हो)/क्लिनिकल रिपोर्ट/एक्सटेंशन के लिए अनुमति/फिल्म/पाउच/चालान/मूल्य स्टिकर/उपयोग प्रमाण पत्र/ओटी नोट्स/प्रक्रियाओं/रैपर के लिए ऑपरेशन से पहले और बाद की रेडियोलॉजिकल इमेजेज और 5000/- रुपये से अधिक की लागत वाली दवाओं या किसी अन्य आवश्यकता के बिल के साथ रखा जाना चाहिए।

2) छुट्टी सारांश अस्पताल के पत्रशीर्ष पर होना चाहिए और इसमें निम्नलिखित विवरण होने चाहिए:

क) रोगी का नाम

reasons for rejections, will be duly visible to all users for further action. Dispute resolution shall be a separate process.

- 35) After approval of the scrutinized bills online by the CFA at ESIC Hospital/SMC Office, using BPA module, the claims along with hard copies of bills shall be sent to the Cash and Accounts branch for processing and online approval in the ERP module. The authorized and identified officials of respective branches shall deduct taxes, process, concur and approve/revert the recommended claim amount by the CFA, using both the ERP module as well as BPA module till such time that both modules are synchronized in the future. Deduction of relevant taxes and final payment or revert by Finance officials shall be completed within Three (03) working days (subject to availability of server/application) of getting the approval for claims from the CFA. Accounts branch shall deface the original referral with a "Paid and cancelled" stamp and validate the final amount released against the claim, in both in BPA module and hardcopy/ physical bills. All payment details need to be captured in the BPA module for the purpose of reconciliations. The BPA will be authorized to appeal to Director General ESIC for such delayed payments if the undisputed service fees remain in arrear for more than 30 (thirty) days from the date of recommendation of the claim. Letter confirming the amount due to BPA shall be issued by respective CFA within 30 days from date of last recommendation of claim by BPA.

If the payment details are not updated by ESI Institutions in the BPA module, a follow up will be initiated by the BPA to SPOC at ESIC Hqrs. ESIC may resolve such outstanding entries within 3 working days. Processing fee towards Rejected Claims shall also be disbursed as per same terms and conditions.

- 36) Further, it would be ensured by BPA and ESIC Hospital/SMC office together, that three months (03 months) before the completion of empanelment period of hospital/diagnostic center or de-empanelment (as the case maybe), a detailed statement of accounts would be prepared by BPA and ESIC Hospital/SMC office together to crystallize any recovery and the hospital/diagnostic center would be required to clear the recovery before closing settlements are finalized. Relevant validation for the same shall be provided by the BPA on the system. Thereafter, BPA shall be exonerated from any outstanding liability.
- 37) After receipt of the information from ESIC Hospital/SMC office, the BPA will also ensure that all empanelled hospitals/diagnostic centers, validity of which has expired, are not reflected in the Online Referral generation template of the system but still exists in the payment module till such time that the respective empanelled hospitals/diagnostic center is revalidated or completion of earlier claims/recovery and reconciliations or as directed

by ESIC provided the status of the hospitals/diagnostic center is updated by ESIC from time to time.

- 38) On expiry of validity as per MoA/MoU of empanelment at respective locations, empanelled hospitals/diagnostic centers should upload all pending bills at the earliest but not later than Three (03) months from the date of expiry of MoA failing which the empanelled hospitals/diagnostic centers shall have to give justification and seek waiver/condonation of delay from the respective competent Authority of ESIC Hospital/SMC office.

IX Claim submission guidelines:

- 1) Bill to be given in PI-PVI forms as per SST manual. Bill sheets to be numbered and chronologically placed with clinical sheets/investigation reports/Blood bank notes/IPD notes (if needed)/clinical reports/ Permissions for extensions/Films/pouches/invoices/price stickers/ Utilization certificates/OT Notes/pre and post operation radiological images for procedures/ wrappers and invoice for drugs costing more than Rs 5000/ or any other requirement.
- 2) Discharge summary should be on the hospital letterhead and must have the following details:
 - a) Patient name



- ख) आयु
ग) लिंग
घ) भर्ती और छुट्टी की तारीख और समय
ङ) निदान
च) शिकायतें प्रस्तुत करने की अवधि,
छ) पूर्व चिकित्सा विवरण
ज) नैदानिक जांच
झ) अस्पताल कोर्स
ञ) ऑपरेशन के बाद की किसी भी जटिलता, लंबे समय तक रहने और गैर जरूरी जांच और दवाओं पर टिप्पणी सहित।
ट) अभिनिर्देशन/आपातकालीन पत्र, उपचार की विधि, संबंधित जांच, प्रक्रियाओं/शल्य-क्रिया आदि के विवरण से संबंधित छुट्टी सलाह।
ठ) उपचार करने वाले विशेषज्ञ/अति विशेषज्ञ द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित
ड) मृत्यु के मामले में मृत्यु का कारण और समय के साथ विस्तृत मृत्यु सारांश निर्दिष्ट किया जाना चाहिए।
ढ) एलएएमए (चिकित्सा सलाह के विरुद्ध छोड़कर गया) और उच्च केंद्र में स्थानांतरण के मामले में इसका कारण निर्दिष्ट किया जाना चाहिए।
ण) संबंधित अति विशेषज्ञों को कीमोथेरेपी/डायलिसिस/रेडियोथेरेपी वाले मामलों के बिल दावों में छुट्टी सारांश पर प्रति हस्ताक्षर करना चाहिए। उपर्युक्त मामलों में नामिकागत अस्पताल द्वारा समेकित बिल जारी किया जाना चाहिए।
त) अस्पताल में पूर्व उपचार की तारीख।
- 3) अंतिम समेकित बिल अस्पताल के पत्रशीर्ष पर बिल संख्या, बिल की तारीख, भर्ती और छुट्टी की तारीख और समय, नाम, रोगी की उम्र के साथ अस्पताल की मुहर और निर्धारित संरूप में संबंधित प्राधिकारी के हस्ताक्षर के साथ होना चाहिए- (अ.वि. उपचार नियम-पुस्तक का पीआईआई-पीवीआई)। सभी सक्षम प्राधिकारी इन प्रारूपों को नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों में फिर से परिचालित करना सुनिश्चित करेंगे।
- 4) आवास/आइसीयू की जांच, पात्रता और ठहरने और क.रा.बी.निगम नीति के अनुसार की जानी चाहिए।
- 5) परामर्श - गैर जरूरी परामर्श और अधिक परामर्श, यदि कोई हो, की कटौती की जाएगी, जिसका भुगतान क.रा.बी.निगम नीति के अनुसार किया जाएगा।
- 6) प्रयोगशाला शुल्क को निर्धारित दरों के साथ संदर्भित किया जाना चाहिए और गैर जरूरी और अप्रासंगिक होने पर कटौती की जानी चाहिए।
- 7) गैर-पैकेज प्रक्रियाओं में फार्मैसी, उपभोग्य सामग्रियों आदि का भुगतान क.रा.बी.निगम नीति के अनुसार किया जाना है। गैर जरूरी और अप्रासंगिक खर्चों में कटौती की जाएगी।
- 8) शल्य-क्रिया शुल्क को क.रा.बी.निगम नीति और लागू पैकेज दरों के अंतर्गत संदर्भित किया जाना चाहिए।
- 9) प्रत्यारोपण : निर्धारित अधिकतम दरों तक सीमित होना चाहिए, यदि नामिकागत नहीं है तो भुगतान क.रा.बी.निगम नीति के अनुसार किया जाना चाहिए।
- 10) कोई विशेष जांच : के संबंध में नैदानिक निष्कर्षों पर समीक्षा की जानी चाहिए और उचित होने पर भर्ती किया जाना चाहिए।
- 11) अन्य (फिजियोथेरेपी, ड्रेसिंग, डायलिसिस, रक्त आधान, कीमोथेरेपी आदि) को औचित्य और क.रा.बी.निगम द्वारा निर्धारित नीति के अनुसार स्वीकार किया जाए।
- 12) विभिन्न श्रेणियों की शल्य-क्रिया के लिए पैकेज पर विचार हेतु दिनों की संख्या इस प्रकार है:
- ✓ विशेषज्ञ (अति विशिष्टता) उपचार के लिए 12 दिन
 - ✓ अन्य प्रमुख शल्य-क्रिया के लिए 7 दिन
 - ✓ लैप्रोस्कोपिक शल्य-क्रिया/सामान्य प्रसव के लिए 3 दिन
 - ✓ डे केयर/मामूली (बाह्य रोगी विभाग) शल्य-क्रिया के लिए 1 दिन

X प्रक्रमण शुल्क

दिशा-निर्देशों के अनुसार बि.प्र.एजेंसी द्वारा बिल-प्रक्रमण सेवाएं प्रदान करने के अधीन, नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र/दावेदार बि.प्र.एजेंसी को सेवा शुल्क और सेवा कर/जीएसटी/किसी भी नाम से किसी भी अन्य कर का भुगतान करेंगे, जो प्रति दावे के

- b) Age
 - c) Gender
 - d) Date and time of admission and discharge
 - e) Diagnosis
 - f) Presenting complaints duration,
 - g) Past medical history
 - h) Clinical examination
 - i) Hospital course
 - j) Any post-operation complications, prolonged stay and undue investigations and medications should be commented on.
 - k) Discharge advice correlated with the referral/ emergency letter, line of treatment, related investigations, details of procedures/ surgery etc.
 - l) Duly signed by the treating Specialist/Super specialist
 - m) In case of death detailed death summary with cause and time of death to be specified.
 - n) In case of LAMA (Left against medical advice) and transfer to higher centre the reason for the same to be specified.
 - o) Respective super specialists should countersign discharge summaries in cases of Chemotherapy/ Dialysis/ Radiotherapy bill claims. Consolidated bill should be raised by the empanelled hospital in above mentioned cases.
 - p) Date of earlier treatment in the hospital.
- 3) Final consolidated bill should be on the hospital letterhead with Bill number, Bill date, Date and time of admission and discharge, name, age of the patient with hospital seal and signature of the concerned authority in prescribed format- (PII-PVI of SST manual). All Competent Authorities shall ensure the circulation of these formats again to empanelled hospitals/ diagnostic centres.
 - 4) Accommodation/ ICU should be checked as per entitlement and stay and as per ESIC policy.
 - 5) Consultation - Undue consultation and excess consultation if any to be deducted, to be paid as per ESIC policy.
 - 6) Lab Charges should be referred with prescribed rates and undue and irrelevant to be deducted.
 - 7) Payment of Pharmacy, Consumables etc. in non-package procedures is to be done as per ESIC Policy. Undue and irrelevant expenses to be deducted.
 - 8) Surgery charges should be referred to under ESIC Policy and package rates as applicable.
 - 9) Implants: should be restricted to prescribed ceiling rates, if not listed then payment to be done as per ESIC Policy.
 - 10) Any specialized investigations: Needs to be reviewed on clinical findings and to be admitted if justified.
 - 11) Others (physiotherapy, dressing, dialysis, blood transfusion, chemo therapy etc) to be admitted as per justification and prescribed ESIC Policy.
 - 12) Numbers of days considered for package for different categories of surgeries are as follows:
 - ✓ 12 days for specialized (super specialties) treatment.
 - ✓ 7 days for other major surgeries.
 - ✓ 3 days for laparoscopic surgeries/normal deliveries.
 - ✓ 1 day for day care/minor (OPD) surgeries

X Processing Fees

Subject to BPA rendering bill-processing services as per the guidelines, the empanelled hospitals/ diagnostic centers/claimants shall pay to the BPA, the service fees and service tax/GST/any other tax by any name called as applicable on per claim basis, as detailed below, through ESIC.



आधार पर लागू हो, जैसा कि क.रा.बी.निगम के माध्यम से नीचे बताया गया है।
बि.प्र.एजेंसी को देय सेवा शुल्क और सेवा कर, जीएसटी या कोई भी अन्य कर, चाहे वह किसी भी नाम से जाना जाता हो, क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय द्वारा नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को देय राशि से काट लिया जाएगा और लागू आयकर जमा सेवा कर, जीएसटी या किसी भी अन्य कर की कटौती के बाद की राशि, चाहे वह किसी भी नाम से जाना जाता हो, ईसीएस के माध्यम से या अन्यथा, समय-समय पर तय किए गए अनुसार, नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्रों के लिए भुगतान के साथ बि.प्र.एजेंसी के खाते में स्थानांतरित कर दिया जाएगा। स्रोत पर काटा जाने वाला आयकर केवल प्रक्रमण शुल्क पर लागू होगा। **बि.प्र.एजेंसी और नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को जारी किए गए भुगतान को अनिवार्य रूप से यूटीआइ मांड्यूल में दर्ज किया जाना चाहिए। तीसरे पक्ष द्वारा भुगतान के समाधान में आसानी के लिए संबंधित बैंकों के माध्यम से किए गए एनईएफटी भुगतान लेनदेन पर लिंक के रूप में संबंधित क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय को जोड़ने में उचित सावधानी बरती जानी चाहिए।**

यदि दावा निरस्त कर दिया गया है या नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को भुगतान नहीं किया गया है, तो क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय संबंधित नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र (या समूह अस्पताल/कंपनियों) के बाद के दावों से बि.प्र.एजेंसी के कारण सेवा शुल्क और सेवा कर/जीएसटी/किसी भी अन्य कर की वसूली करेगा और बि.प्र.एजेंसी के खाते में भुगतान करेगा। यदि नामिकागत अस्पतालों/निदान केंद्रों से बाद में कोई दावा नहीं किया जाता है, तो उक्त शुल्क और सेवा कर/जीएसटी/किसी भी नाम से कोई अन्य प्रासंगिक कर क.रा.बी.निगम द्वारा नामिकागत अस्पताल से वसूल किया जाएगा और बि.प्र.एजेंसी को भुगतान किया जाएगा।

बि.प्र.एजेंसी दावे की प्राप्ति के बाद 10 (दस) कार्य दिवसों के प्रतिवर्तन (टीएटी) काल का पालन करने का प्रयास करेगी (जैसा कि परिभाषित है)/भौतिक बिल/स्पष्टीकरण की प्राप्ति या एनएमआइ निपटान की अवधि पूरी होने पर (जो भी बाद में हो)। क.रा.बी.निगम के पास नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्रों के संबंधित बिल के प्रतिवर्तन काल से परे लंबित दावों के लिए बि.प्र.एजेंसी को देय सेवा शुल्क पर 10% तक जुर्माना लगाने का अधिकार सुरक्षित है। यह जुर्माना संबंधित नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र की अनुमोदित राशि में जोड़ा जाएगा और विकसित किए जाने वाले सिस्टम द्वारा मान्य किया जाएगा और इसकी ऐसी प्रणाली द्वारा स्वचालित रूप से गणना की जाएगी और सिस्टम पर संबंधित क.रा.बी.निगम अस्पताल या राज्य चिकित्सा आयुक्त को सूचित किया जाएगा। दावे पर अंतिम अनुशंसा का समय पूर्ण विराम बाद में बि.प्र.एजेंसी के कारण राशि की पुष्टि संबंधित सीएफए द्वारा बि.प्र.एजेंसी द्वारा दावे की अंतिम अनुशंसा की तारीख से 30 दिनों के भीतर जारी की जाएगी।

कर्मचारी राज्य बीमा अस्पतालों/संस्थाओं और बि.प्र.एजेंसी से दी जाने वाली सेवाएँ सहमति समय सीमा सहित निम्नानुसार हैं :

क्र. सं	गतिविधियाँ	समय सीमा
1.	नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों द्वारा दावों की सूचना के लिए प्रतिवर्तन काल (टीएटी)	चार घंटे
2.	नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों द्वारा दावों को आवेदन रूप में अपलोड करने के लिए प्रतिवर्तन काल (टीएटी)	जांच/प्रक्रिया/स्वास्थ्य संबंधी व्यवधान/ओपी परामर्श/अस्पताल से छुट्टी होने के सात (7) कार्य दिवसों के भीतर
3.	नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों द्वारा फोल्डर का भौतिक रूप से प्रस्तुतीकरण	जांच/प्रक्रिया/स्वास्थ्य संबंधी व्यवधान/ओपी परामर्श/अस्पताल से छुट्टी होने के सात (7) कार्य दिवसों के भीतर लेकिन तीस (30) से बाद में नहीं
4.	संबंधित कर्मचारी राज्य बीमा अस्पताल/संस्था द्वारा ऑनलाइन और भौतिक दोनों तरीके से कागजी प्रतियों/भौतिक बिलों के सत्यापन और पावती के लिए प्रतिवर्तन काल (टीएटी)	सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन कागजी प्रतियों/भौतिक बिलों की प्राप्ति के 02 (दो) कार्य दिवसों के भीतर

The Service Fee and Service Tax, GST or any other taxes by whatever name called payable to BPA will be deducted by ESIC Hospital/SMC office from the amount payable to the empanelled hospital/diagnostic center and the amount after deduction of applicable income tax plus Service Tax, GST or any other taxes by whatever name called shall be transferred to the account of BPA through ECS, or otherwise, as decided from time to time, simultaneously along with the payment/s for empanelled hospital/diagnostic centers. The Income tax to be deducted at source shall be applicable only on the processing fee. **Payments released to BPA and empanelled hospitals/diagnostic centres should be mandatorily entered into the UTI module. Due care should be taken to append respective ESIC Hospital/SMC Office as links on NEFT payment transactions done through respective banks for ease of reconciliation of payments by third parties.**

If the claim was rejected or results into nonpayment to the empanelled hospital/diagnostic center, ESIC Hospital/SMC Office shall recover the service fee and service tax/GST/any other tax by any name due to the BPA from the subsequent claims of the respective empanelled hospital/diagnostic center (or the group hospitals / companies) and shall pay to the account of the BPA. If there are no subsequent claims from empanelled hospitals/diagnostic center, then said fee and service tax/GST/any other relevant tax by any name shall be recovered by ESIC from the empanelled hospital and paid to BPA.

BPA shall strive to adhere to the TAT of 10(ten) working days after the receipt of claim (as defined) / physical bills/ receipt of clarification or completion of period of NMI Disposal (whichever is later). ESIC reserves the right to levy a penalty upto 10% on the service fees payable to BPA for the claims pending beyond TAT of the respective bill of the empanelled hospital/s/diagnostic centers. This penalty shall be added to the approved amount of the respective empanelled hospital/diagnostic center and shall be validated by the system to be developed and shall be auto calculated by such

system and prompted to the respective ESIC Hospital/ SMC on the system at the time of final recommendation on the claim. Letter confirming the amount due to BPA shall be issued by respective CFA within 30 days from date of last recommendation of claim by BPA.

The Service deliverables from ESI Hospitals/Institutions and BPA with the agreed timelines are as follows:

S. No	Activities	Time Lines
1.	Turn Around Time (TAT) for claims Intimation by empanelled hospitals/diagnostic centers	4 hours
2.	Turn Around Time (TAT) for upload of claims into application by empanelled hospitals/diagnostic centers.	Within seven (7) working days of conduction of test/ procedure/ health intervention/OP consultation / discharge
3.	Submission of Physical folders by empanelled hospitals/diagnostic centers.	Within seven (7) days but not later than Thirty (30) working days from conduction of test/ procedure/ health intervention/OP consultation/discharge
4.	Turn Around Time (TAT) for acknowledgement and verification of hard copies/ physical bills both online and physically, by respective ESI Hospital/Institution.	Within 02 (two) working days of receipt of hard copies/physical bills subject to availability of Server/Application



5.	बि.प्र.एजेंसी द्वारा दावों का सत्यापन, संवीक्षा और अनुशंसा	नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों द्वारा दावा अपलोड करने के 10 (दस) कार्य दिवसों के भीतर तथा संबंधित कर्मचारी राज्य बीमा अस्पतालों/संस्थाओं से बिलों की भौतिक प्रतियां प्राप्त होने के बाद और सभी प्रश्नों के समाधान के बाद, जो भी बाद में हो
6.	चिकित्सा संवीक्षा पूर्ण करने और सीएफए द्वारा भुगतान जारी करने सहित संबंधित कर्मचारी राज्य बीमा अस्पताल/संस्था में ऑनलाइन भुगतान योग्य राशि के अंतिम अनुमोदन के लिए प्रतिवर्तन काल (टीएटी)	सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन 7 (सात) कार्य दिवसों के भीतर
7.	कर्मचारी राज्य बीमा अस्पताल/संस्था द्वारा उठाए गए प्रश्नों के लिए नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों द्वारा अन्य बातों के साथ-साथ स्पष्टीकरण/अतिरिक्त दस्तावेज जमा करने के लिए प्रतिवर्तन काल (टीएटी)	15 (पंद्रह) दिनों के भीतर
8.	कर्मचारी राज्य बीमा निगम चिकित्सा अधीक्षक एवं अधिकारियों को गुणवत्तापूर्ण डैश बोर्ड उपलब्ध कराना	ऑनलाइन यथासमय निपटान
9.	मेल/बातचीत के दौरान आवाज की स्पष्टता/कॉल केंद्र सक्षम बनाना	कार्यालय समय के दौरान (प्रातः 10 बजे से सायं 6 बजे तक)

5.	Verification, Scrutiny and Recommendation of Claims by BPA.	Within 10 (ten) working days after uploading of the claim by the empanelled hospitals/ diagnostic centers and after Physical copies of bills have been received at respective ESI Hospitals/Institutions and all queries resolved, whichever is later
6.	Turn Around Time (TAT) for completion of medical scrutiny and final approval of amount payable by CFA, online at respective ESI Hospital/Institution with release of payment	. Within 7(seven) working days subject to availability of Server/Application
7.	Turn Around Time (TAT) for submitting clarifications/additional documentation inter alia by empanelled hospitals/diagnostic centers for queries raised by ESI Hospital/Institution.	Within 15 (fifteen) days.
8.	Providing of Quality Dash Board to ESIC officials& MS	Online real-time
9.	Enabling Mail/Voice over communication/ Call center	During office hours (10 AM to 6 PM)

टाइ-अप अस्पताल के बिलों के प्रक्रमण के संबंध में अतिरिक्त निर्देश/दिशानिर्देश

1. टाइ-अप अस्पताल द्वारा बिल अपलोड करने के तुरंत बाद यूटीआइ-आइटीएसएल, कर्मचारी राज्य बीमा से बिलों की कागजी प्रति की प्राप्ति की प्रतीक्षा किए बिना बिलों का प्रक्रमण शुरू कर देगा। यूटीआइ-आइटीएसएल बिल की पूर्णतः (अधिक जानकारी के चरणों सहित) संवीक्षा करेगा और कर्मचारी राज्य बीमा को स्वीकार्य राशि की अनुशंसा करेगा। यह अनुशंसा टाइ-अप अस्पताल, कर्मचारी राज्य बीमा निगम अस्पतालों और कर्मचारी राज्य बीमा निगम के क्षेत्रीय कार्यालयों सहित अभिनिर्देशित स्थानों पर दिखाई देगी।
 2. एक बार जब टाइ-अप अस्पताल को यूटीआइ-आइटीएसएल द्वारा संवीक्षा किए गए बिलों के बारे में जानकारी प्राप्त हो जाती है तो टाइ-अप अस्पताल, कर्मचारी राज्य बीमा निगम अस्पतालों/क्षेत्रीय कार्यालयों को ऐसे बिलों की मूल कागजी प्रतियां जांच की तारीखों के अनुसार 4 अलग-अलग बंडलों में निम्नानुसार प्रस्तुत करेगा:-
 - 1) कें.स.स्वा.योजना कूट सहित बाह्य रोगी विभाग बिल
 - 2) कें.स.स्वा.योजना कूट के बिना बाह्य रोगी विभाग बिल
 - 3) कें.स.स्वा.योजना कूट सहित भर्ती रोगी विभाग बिल
 - 4) कें.स.स्वा.योजना कूट के बिना भर्ती रोगी विभाग बिल
 3. यूटीआइ मॉड्यूल में प्राप्ति और भुगतान की आगे की प्रक्रिया के लिए बिलों के ऐसे बंडलों को मात्रा के आधार पर सा-साहिक/पाक्षिक/मासिक आधार पर कर्मचारी राज्य बीमा निगम अस्पतालों/क्षेत्रीय कार्यालयों में जमा किया जाना चाहिए।
 4. (क) राज्य के कर्मचारी राज्य बीमा निगम ईकाइयों से अभिनिर्देशन के मामले में, टाइ-अप अस्पताल इन बिलों की प्रतिलिपि भी उसी तरीके से राज्य के कर्मचारी राज्य बीमा अभिनिर्देशित केंद्रों पर जमा करेगा और ऐसे बिल जमा करने के एवज में पावती रसीद (हार्ड कापी में) प्राप्त करेगा। इस प्रकार, राज्य स्थित कर्मचारी राज्य बीमा द्वारा अभिनिर्देशित केंद्रों को यूटीआइ-आइटीएसएल मॉड्यूल में पावती रसीद की आवश्यकता नहीं होगी।

(ख) इसके बाद टाइ-अप अस्पताल, यूटीआइ-आइटीएसएल मॉड्यूल में रसीद और भुगतान की आगे की प्रक्रिया के लिए कर्मचारी राज्य बीमा निगम के संबंधित क्षेत्रीय कार्यालयों में उपर्युक्त मॉड्यूल में राज्य की अभिनिर्देशन इकाई की विधिवत हस्ताक्षरित पावती रसीद के साथ, मूल बिल जमा करेगा।

(ग) बिलों की प्रति का बंडल प्राप्त होने पर, राज्य के अभिनिर्देशित केंद्र उसकी जांच कर सकते हैं और अपनी टिप्पणियां, यदि कोई हों, एक सप्ताह के भीतर संबंधित क्षेत्रीय कार्यालय को भेज सकते हैं। अन्यथा, यह माना जाएगा कि राज्य के अभिनिर्देशित केंद्रों का ऐसे बिलों के संबंध में आगे कोई पर्यवेक्षण किया जाना शेष नहीं है।
- मूल बिलों की प्राप्ति के बाद, कर्मचारी राज्य बीमा निगम अस्पताल/क्षेत्रीय कार्यालय मौजूदा दिशानिर्देशों के अनुसार टाइ-अप अस्पताल को भुगतान की जांच/प्रक्रिया पूरी करेंगे।

Additional instruction/guidelines regarding processing of bills of TUH

1. Immediately after uploading the bills by TUH, UTI-ITSL would start processing the bills without waiting for receipt of hard copy of bills by ESI location. UTI-ITSL would scrutinize the bill completely (including need more information steps) and recommend admissible amount to ESI. This recommendation would be visible to referring locations including TUH, ESIC Hospitals and Regional Offices of ESIC.
2. Once the TUH receives information regarding the bills that have been scrutinized by UTI-ITSL, the TUH will submit the original hard copies of such bills as per the dates of scrutiny in 4 district bundles to ESIC Hospitals/Regional Offices as under: -
 - a) OPD Bills with CGHS Codes
 - b) OPD Bills without CGHS Codes
 - c) IPD Bills with CGHS Code
 - d) IPD Bills without CGHS Code
3. Depending upon the quantum, such bundles of the bills be submitted to ESIC Hospitals/Regional Offices on weekly/fortnightly/monthly basis for receipt in UTI Module and further processing of payment.
4. (a) In case of referral from state ESIC Locations, the TUHs would also submit the duplicate copy of these bills in the same manner to the state ESI referring locations and obtain the acknowledgement receipt (in the hard copy) in lieu of submission of such bills. Thus, State ESI referring locations would not be required to acknowledged receipt in UTI-ITSL module.

(b) Thereafter, along with duly signed acknowledgement receipt of state referral unit, the TUH shall submit the original bills in above mentioned modules in the concerned Regional Offices of ESIC for receipt in UTI-ITSL module and further processing of payment.

(c) Upon receipt of the bundle of duplicate copy of bills, the state referring locations may examine the same and forward their comments, if any, to the concerned Regional office within a week. Else, it will be presumed that state referring locations has no further observation in r/o such bills.

After receipt of the original bills, the ESIC Hospitals/Regional Office(s) shall complete the scrutiny/process of payment to TUH as per the existing guidelines.



जांच सूची

निविदा आमंत्रण प्राधिकारी:			
“अति विशिष्टता सेवाओं और रक्त बैंक सेवाओं के लिए अस्पतालों और नैदानिक केंद्रों के नामिकायन के लिए ई-निविदा”			
बोलीदाता/बोली लगाने वाली फर्म का नाम:			
ऑनलाइन बोली संख्या			
क्र. सं.	दस्तावेज का नाम/विवरण (प्रयोज्यता के अनुसार)	दस्तावेज की उप-लब्धता के अनुसार “केवल हाँ/नहीं” का उल्लेख करें	अभ्युक्ति-याँ, यदि कोई हो
1.	प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित और मुहर लगी निविदा दस्तावेज की स्कैन प्रति		
2.	आरटीजीएस के माध्यम से जमा किए गए बयाना की लेन-देन रिपोर्ट की हस्ताक्षरित, मुहर लगी तथा स्कैन की गई प्रति		
3.	संलग्नक क1/क2/क3/क4, जो भी लागू हो, के संरूप के अनुसार आवेदन की हस्ताक्षरित, मुहर लगी तथा स्कैन की गई प्रति		
4.	संलग्नक ख के अनुसार वचनबंध प्रमाणपत्र की हस्ताक्षरित, मुहर लगी, प्रमाणित तथा स्कैन की गई प्रति		
5.	साझेदारी विलेख/स्वामित्व ज्ञापन/संस्था के अंतर्नियमों (जो लागू हो) की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति		
6.	1) राज्य पंजीकरण प्रमाणपत्र/स्थानीय निकायों के साथ पंजीकरण, जहां लागू हो, शामिल किया जाना चाहिए		
7.	प्राधिकृत व्यक्ति के पहचान प्रमाण सहित स्वा.दे.संगठन की ओर से आवेदन करने वाले व्यक्ति के पक्ष में स्वास्थ्य देखभाल संगठन के आधिकारिक पत्र शीर्ष पर वर्तमान प्राधिकारी के पत्र की तारीख सहित हस्ताक्षरित, मुहर लगी तथा स्कैन की गई प्रति		
8.	वैध खाता संख्या, आइएफएससी कूट और एमआइसीआर संख्या के उल्लेख के साथ रद्द किए गए चेक की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति		
9.	संबंधित स्थान के स्थानीय उपनियमों के अनुसार सरकारी अधिकारियों द्वारा जारी अग्नि सुरक्षा प्रमाणपत्र की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति		
10.	स्वास्थ्य देखभाल संगठन की पैन/जीएसटी संख्या की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति		
11.	वैध प्रदूषण नियंत्रण बोर्ड पंजीकरण और जैव चिकित्सा अपशिष्ट प्रबंधन एजेंसी के साथ करार की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति		

Annexure "C"

Checklist

Tender Inviting Authority:			
"E-Tender for Empanelment of Hospitals and Diagnostic Centres for Super Speciality Services & Blood Bank Services"			
Name of the Bidder/ Bidding Firm:			
Online bid No.			
Sr. No.	Document Name/Details (As per applicability)	Mention "Yes/ No only" as per availability of document	Remarks if any
1.	Scan copy of tender document duly signed and stamped by authorised signatory		
2.	Signed, stamped and scanned copy of transaction report of EMD deposited through RTGS.		
3.	Signed, Stamped & Scanned Copy of Application as per format in Annexure A1/A2/A3/A4, whichever is applicable.		
4.	Signed, Stamped, Certified & Scanned Copy of Certificate of undertaking as per Annexure B.		
5.	Signed, Stamped & Scanned Copy of Partnership deed/Ownership memorandum/ articles of association (As applicable).		
6.	1)State registration certificate/registration with local bodies should be included where applicable		
7.	Signed, stamped with date and scanned Copy of recent Authority Letter in favour of person applying on behalf of HCO on the official letter head of the HCO with date along with the ID proof of the authorized person.		
8.	Signed, Stamped & Scanned Copy of Cancelled Cheque with mention of valid Account No., IFSC Code & MICR No.		
9.	Signed, Stamped & Scanned copy of Fire Clearance Certificate issued by Govt authorities as per Local By-laws of the location concerned.		
10.	Signed, Stamped & Scanned Copy of PAN /GST No. of the HCO.		
11.	Signed, Stamped & Scanned Copy of valid pollution control board registration and agreement with Bio Medical waste management agency.		



12.	ब्याज जमा करने की अंतिम तिथि तक स्वास्थ्य देखभाल संगठन को कम से कम दो पूर्ण वर्षों के लिए प्रचालन में होना चाहिए। वित्त वर्ष (.....) के लिए लाभ और हानि खाता, लेखापरीक्षा किए हुए बैलेन्स शीट की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति, व्यवसाय में होने के प्रमाण के रूप में प्रस्तुत की जानी चाहिए। यदि, पिछले वित्त वर्ष से संबंधित लेखापरीक्षा किए हुए वित्तीय विवरण उपलब्ध नहीं है, तो वार्षिक कुल व्यवसाय के लिए सनदी लेखाकार का प्रमाणपत्र प्रस्तुत किया जाना चाहिए।		
13.	सेवाओं के दायरे और वैधता अवधि के साथ एनएबीएच/एनएबीएल द्वारा वैध मान्यता, जो लागू हो, की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति।		
14.	कें.स.स्वा.योजना/राज्य सरकार के साथ नामिकागत होने की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति। वैधता अवधि के साथ सेवाओं के दायरे, यदि लागू हो, का उल्लेख करें।		
15.	संलग्नक-घ के अनुसार सुविधाओं/जांचों की दर-सूची के साथ सभी उपलब्ध अस्पताल/नैदानिक सुविधाओं/प्रयोगशाला जांचों (एनएबीएच/एनएबीएल मान्यता प्राप्त) की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति।		
16.	निम्न को चलाने के लिए लाइसेंस (यदि लागू हो) की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति- एकाधिक दस्तावेजों को संलग्न किया जा सकता है और एकल फ़ाइल के रूप में अपलोड किया जा सकता है : रक्त बैंक इमेजिंग केंद्र अंग एवं ऊतक प्रत्यारोपण रेडियोथेरेपी केंद्र कोई अन्य (कृपया उल्लेख करें)		
17.	एईआरबी/बीएआरसी/पीसी पीएनडीटी आदि (जो भी लागू हो) द्वारा जारी प्रमाणपत्र की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति		
18.	किसी अन्य दस्तावेज (यदि आवश्यक हो) की हस्ताक्षरित, मुहर लगी और स्कैन की गई प्रति		

12.	The HCO should have been operational for at least two complete years as on last date of submission of interest Signed, stamped and scanned Copy of the audited balance sheet, profit and loss account for the financial year (.....) should be submitted as proof of being in business. In case, the audited financial statement pertaining to the previous financial year is not available, certificate of the chartered accountant for annual turnover to be submitted.		
13.	Signed, Stamped & Scanned Copy of valid Accreditation by NABH/NABL as applicable along with scope of services & validity period.		
14.	Signed, Stamped & Scanned Copy of Empanelment with CGHS/State Government. Mention the Scope of services with validity period, if applicable.		
15.	Signed, Stamped & Scanned Copy of all Hospital/Diagnostic facilities/laboratory investigations (NABH/NABL accredited) available in house along with rate list of facilities/investigations as per Annexure D.		
16.	Signed, Stamped & Scanned Copy of License for running (if applicable) - Multiple documents may be Joined & uploaded as single file: Blood Bank Imaging Centre Organ & Tissue Transplantation Radiotherapy Centre Any Other (please mention)		
17.	Signed, Stamped & Scanned Copy of Certificate issued by AERB/BARC/PC PNDT etc., (whichever applicable).		
18.	Signed, Stamped & Scanned Copy of Any Other Documents (If required).		



मानक सहमति ज्ञापन

यह करार, दि.....(तिथि शब्दों में), संकाय अध्यक्ष/चि.अधीक्षक/क्षे.निदेशक जिसका कार्यालय है (जिसे आगे कर्मचारी राज्य बीमा निगम/कर्मचारी राज्य बीमा योजना कहा जाएगा, जो अभिव्यक्ति, जब तक कि संदर्भ अथवा उसके अर्थ के प्रतिकूल न हो, और उसके उत्तराधिकारियों और नियुक्तियों को शामिल माना जाएगा) प्रथम पक्षकार है।

और

स्वास्थ्य देखभाल संगठन का नाम, जिसका कार्यालय और इकाई अर्थात् (पते के साथ स्वास्थ्य देखभाल संगठन का पूरा नाम) है, (प्राधिकृत व्यक्ति का नाम) द्वारा (प्राधिकृत व्यक्ति का नाम) के पक्ष में जारी संकल्प/प्राधिकार पत्र (दिनांक) द्वारा प्राधिकृत, केंद्र के (प्राधिकृत व्यक्ति का नाम) के माध्यम से करार को निष्पादित कर रहा है, दूसरा पक्ष/सेवा प्रदाता कहा जाएगा।

चि.अधीक्षक/संकाय अध्यक्ष/क्षे.निदेशक/नि.बी.चि.सेवाएं राज्य (ग्रहण क्षेत्र) में कर्मचारी राज्य बीमा निगम के पात्र कर्मचारियों सहित कर्मचारी राज्य बीमा निगम लाभार्थियों को नकद रहित आधार पर नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठन (स्वास्थ्य देखभाल संगठन का नाम) के माध्यम से तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने का प्रस्ताव करता है।

और जबकि स्वास्थ्य देखभाल संगठन नाम ने राज्य (ग्रहण क्षेत्र) में कर्मचारियों सहित कर्मचारी राज्य बीमा लाभार्थियों को निम्नलिखित सुविधाएं प्रदान करने की पेशकश की है:-

क्र.सं.	अति विशिष्टता सेवाएँ

Standard MoU

This agreement is made on the “date” (date in words) between the Dean/MS/RD having its office at (hereinafter called ESIC /ESIS, which expression shall, unless repugnant to the context or meaning thereof, be deemed to mean and include its successors and assigns) of the First party.

AND

Name of HCO, having its office and unit namely, (full name of HCO with address) executing the agreement through (Name of Authorised Person) of the centre, authorized vide Resolution/Authority letter (dated) issued by (Name of the Authority with Designation), in favour of (Name of the Authorized Person) the centre in this behalf thereafter called the second party/service provider.

MS/Dean/RD/DIMS proposes to provide tertiary health care through (Name of HCO) empanelled HCO's to the entitled ESIC beneficiaries including staff of ESIC in the State (catchment area) on the cashless basis.

And whereas name of HCO has offered to provide the following facilities to the ESI beneficiaries including staff in the State (catchment area)

S.No.	Super Speciality Services



निम्नलिखित निबंधन एवं शर्तों का पालन किया जाना है :-

सामान्य शर्तें :-

अस्पताल को एनएबीएच/एनएबीएल द्वारा मान्यता प्राप्त स्वास्थ्य देखभाल संगठन में उपलब्ध (I) में नामिकागत सभी अति विशिष्टता उपचार सुविधाओं/सेवाओं के लिए नामिकायन किया जाएगा।

आपातकालीन भर्ती के मामले में, कर्मचारी राज्य बीमा लाभार्थी किसी भी टाइ-अप अस्पताल में जा सकते हैं। इस प्रयोजन के लिए, कर्मचारी राज्य बीमा लाभार्थियों को संबंधित अस्पताल में अपना कर्मचारी राज्य बीमा निगम पहचान पत्र प्रस्तुत करना होगा। संबंधित अस्पताल इसके लिए "आपातकालीन पत्र" जारी करेगा और रोगी की प्रमाणित फोटो लगाएगा तथा उसके संबंध में ई-मेल के माध्यम से आपातकालीन भर्ती के 24 घंटे के भीतर संबंधित राज्य के चि.अधीक्षक/संकाय अध्यक्ष/क्षे.निदेशक/नि.बी.चि.सेवाएं से अनुमति प्राप्त करेगा साथ ही बि.प्र.एजेंसी दावा पहचान भी जेनरेट करेगा। चि.अधीक्षक/संकाय अध्यक्ष/क्षे.निदेशक कार्यालय सत्यापन के बाद अभिनिर्देशन पत्र जारी करेगा और बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में इसे मंजूरी देगा। हालाँकि, उपचार के लिए अभिनिर्देशन पत्र जारी होने का इंतजार नहीं किया जाएगा।

उचित अभिनिर्देशन पत्र के बिना नामिकागत अस्पताल में आने वाले रोगी आमतौर पर नकद रहित सेवाओं के लिए पात्र नहीं होंगे। यदि कोई कर्मचारी राज्य बीमा निगम लाभार्थी (वैध कर्मचारी राज्य बीमा निगम कार्ड और पात्रता के साथ) उचित अभिनिर्देशन दस्तावेजों के बिना अस्पताल जाता है और ऐसी सीधी भर्ती के लिए बाद में सक्षम प्राधिकारी से कवरिंग अभिनिर्देशन भी प्राप्त नहीं होता है, इस स्थिति में यदि यह गंभीर जीवन-घातक आपात स्थिति है और यदि वह अभिनिर्देशन के लिए कर्मचारी राज्य बीमा अस्पताल गया होता तो रोगी की स्थिति गंभीर रूप से खराब हो जाती तो उसे कें.स.स्वा.योजना दरों पर नकद आधार पर उपचार प्रदान किया जा सकता है।

कर्मचारी राज्य बीमा निगम ने कर्मचारी राज्य बीमा लाभार्थियों हेतु नामिकागत अस्पताल के बिलों की जांच और प्रक्रमण के लिए कर्मचारी राज्य बीमा निगम के सक्षम प्राधिकारी द्वारा अभिनिर्देशित एक बिल प्रक्रमण एजेंसी (बीपीए) को नियुक्त किया है। नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र/रक्त बैंक, बि.प्र.एजेंसी एप्लिकेशन में बिलों के प्रक्रमण और ऑनलाइन प्रस्तुतीकरण से संबंधित निबंधन एवं शर्तों को स्वीकार करेंगे अथवा बिल प्रक्रमण और भुगतान के लिए कर्मचारी राज्य बीमा द्वारा नियुक्त किसी अन्य एजेंसी को स्वीकार करेंगे। निविदा दस्तावेज के संलग्नक 'च' में उल्लिखित निबंधन एवं शर्तों का सख्ती से पालन किया जाएगा।

अस्पताल के पास कर्मचारी राज्य बीमा निगम सिस्टम में सभी दावों/बिलों को इलेक्ट्रॉनिक संरूप में प्रस्तुत करने की क्षमता होनी चाहिए और ऐसे इलेक्ट्रॉनिक प्रस्तुतीकरण के लिए संबंधित उपकरण, सॉफ्टवेयर और कनेक्टिविटी भी होनी चाहिए।

अभिनिर्देशन अस्पताल को छुट्टी के समय बिल जारी करना होगा और इसे रोगी/परिचारक की मोबाइल संख्या के साथ रोगी/परिचारक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित करवाना होगा और इसे अन्य दस्तावेजों के साथ बि.प्र.एजेंसी पोर्टल पर अपलोड करना होगा।

“अप्रत्याशित घटना” दोनों पक्षों पर लागू होगी।

इस नामिकायन के अंतर्गत रोगियों के उपचार से उत्पन्न किसी भी चिकित्सीय कानूनी मुद्दे का उत्तरदायित्व नामिकागत अस्पताल/स्वास्थ्य देखभाल संगठन/रक्त बैंक का होगा।

करार के अनुसार नामिकायन होने की अवधि के दौरान उत्पन्न किसी भी मतभेद या विवाद को मध्यस्थता के लिए प्रस्तुत किया जाएगा।

नामिकागत अस्पताल के कामकाज से उत्पन्न होने वाले कानूनी मुद्दों/विवादों से निपटने के लिए स्थानीय न्यायालयों के पास विशेष क्षेत्राधिकार होगा।

क) करार करने से पूर्व, स्वा.दे.संगठन को 03 वर्ष (यानी संविदा की समाप्ति से 01 वर्ष बाद तक) की वैधता वाले एक अनुसूचित वाणिज्यिक बैंक से बैंक गारंटी के रूप में निम्नलिखित कार्य-निष्पादन सुरक्षा राशि जमा करनी होगी।

अस्पताल - ₹10,00,000/- (केवल दस लाख रुपये)

Following Terms & Conditions are to be followed: -

GENERAL CONDITIONS: -

The Hospital shall be empanelled for all Super Speciality Treatment facilities/services as listed at (I) available in the health care organization as accredited by NABH/NABL.

In case of emergency admission, ESI Beneficiaries may attend any tie-up hospital. For this purpose, ESI beneficiaries should produce his/her ESIC identity Card to the concerned hospital. The concerned hospital will issue the "Emergency Letter" for the same and affix attested photograph of the patient and thereon obtain permission from MS/Dean/RD/DIMS of respective state of respective state within 24 hrs of emergency admission via email and generate BPA Claim Id also. The MS/Dean/RD Office will issue referral letter after verification and approve the same in BPA Module. However, treatment shall not await issue of referral letter.

Patients visiting the empanelled hospital without proper referral letter shall not be generally eligible for cashless services. In case, an ESIC beneficiary (with valid ESIC Card and eligibility) reports to the hospital without proper referral documents and subsequent covering referral is also not received from the competent authority for such direct admission, he / she may be provided treatment on Cash basis at CGHS Rates, in case it is a dire life-threatening emergency and the patient's condition would have severely deteriorated, if he/she had gone to ESI Hospital for referral.

ESIC has engaged a Bill Processing Agency (BPA) to scrutinize and process the bills of empanelled hospital for ESI beneficiaries referred by ESIC competent authority. Empanelled hospitals/ diagnostic centres/blood bank shall accept the terms and conditions related to online submission and processing of bills in the BPA application or any other agency ESI hires for bill processing and payment. Terms & Conditions mentioned at Annexure 'F' of the tender document will be strictly followed.

The hospital should have the capacity to submit all the claims/ bills in electronic format to the ESIC System and must also have dedicated equipment, software and connectivity for such electronic submission.

The referral hospital has to raise the bill at the time of discharge and get it countersigned by the Patient/attendant along with the mobile number of the Patient/attendant and upload it along with other documents on the BPA Portal.

"Force majeure" will be applicable to both the parties.

Any medico legal issue arising out of treatment of patients under this empanelment will be the responsibility of the empanelled hospital/HCO/Blood Bank.

Any difference or dispute arising during the period of empanelment will be submitted for arbitration as per agreement.

Local Courts shall have the exclusive jurisdiction to deal with legal issues / disputes arising out of the functioning of the empanelled hospital.

- a) Before entering into agreement, the HCOs shall have to furnish the following Performance Security Deposit in the form of Bank Guarantee from a scheduled commercial bank having validity of 03 years (i.e. 01 year beyond the expiry of contract).

Hospitals Rs. 10,00,000/- (Rupees Ten Lakhs Only)



स्वप्रबंधित/नैदानिक/नेत्र केंद्र - 2,00,000/- रुपये

रक्त बैंक - 1,00,000/- रुपये

बैंक गारंटी उन स्थितियों में तुरंत लागू की जाएगी जो इस करार के खंड परिसमापन हर्जानों के अंतर्गत उल्लिखित है और यहाँ उसकी पुनरावृत्ति नहीं की जा रही है।

उपचार, पैकेज और दरों से संबंधित नियम और शर्तें: -

- क) नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठनों को कें.स.स्वा.योजना दरों, क.रा.बी.निगम मुख्यालय द्वारा समय-समय पर अपनाए गए निबंधन एवं शर्तों के आधार पर ही भुगतान किया जाएगा। क.रा.बी.निगम मुख्यालय द्वारा समय-समय पर जारी किए गए कोई भी अतिरिक्त दिशानिर्देश/परिपत्र, इस नामिकायन के अंतर्गत स्वास्थ्य देखभाल संगठन द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए भी लागू होंगे।
- ख) बीमाकृत व्यक्ति एवं लाभार्थी सामान्य वार्ड के हकदार होंगे। स्टाफ (सेवारत और सेवानिवृत्त) और उनके आश्रितों को उनकी पात्रता (सामान्य वार्ड/सेमी प्राइवेट/प्राइवेट वार्ड) के अनुसार उपचार/सेवाएं प्रदान की जानी हैं।
- ग) “पैकेज दर” का अर्थ एवं इसमें रोगी के उपचार/डे केयर/नैदानिक प्रक्रिया की एकमुश्त लागत शामिल होगी, जिसके लिए क.रा.बी.निगम लाभार्थी को दाखिले के समय से छुट्टी के समय तक अनुमति दी गई है, जिसमें (i) पंजीकरण शुल्क (ii) प्रवेश शुल्क (iii) रोगी के आहार सहित आवास शुल्क (iv) ऑपरेशन शुल्क (v) इंजेक्शन शुल्क (vi) ड्रेसिंग शुल्क (vii) चिकित्सक/परामर्शदाता यात्रा शुल्क (viii) आइसीयू/आइसीसीयू शुल्क (ix) निगरानी शुल्क (x) आधान शुल्क (xi) एनेस्थीसिया शुल्क (xii) आपरेशन थियेटर शुल्क (xiii) प्रक्रियात्मक शुल्क/सर्जन शुल्क/सर्जन शुल्क (xiv) सर्जिकल डिस्पोजेबल लागत एवं अस्पताल में दाखिले के दौरान उपयोग की जाने वाली सभी दवाएँ (xv) दवाइयों की लागत (xvi) संबंधित दिनचर्या तथा आवश्यक जांच (xvii) फिजियोथेरेपी शुल्क आदि (xviii) नर्सिंग परिचर्या एवं इसकी सेवाओं के लिए प्रभार तथा इससे संबंधित अन्य सभी प्रासंगिक प्रभार भी शामिल हैं।
- घ) पैकेज दरों में दो पूर्व-प्रचालक परामर्श एवं दो पोस्ट-ऑपरेटिव परामर्श भी शामिल हैं।
- ङ) सर्जिकल प्रक्रियाओं के मामले में, जहां उसका नाम कें.स.स्वा.योजना दर-सूची के अंतर्गत नामिकागत नहीं है, प्रत्येक विशिष्टता मामले के अंतर्गत अन्य समान ही छोटी/बड़ी शल्य-क्रिया के अंतर्गत दी गई दरें लागू होंगी।
- च) प्रत्यारोपण/स्टेंट/ग्राफ्ट की लागत की प्रतिपूर्ति कें.स.स्वा.योजना की उच्चतम दरों के अनुसार अथवा वास्तविक खर्च के अनुसार, जो भी कम हो, पैकेज दरों के अतिरिक्त की जाती है।
- छ) यदि किसी भी इम्प्लांट प्रतिपूर्ति के लिए कें.स.स्वा.योजना निर्धारित उच्चतम सीमा नहीं है, तो प्रतिपूर्ति जीएसटी सहित अधिकतम मूल्य के 60% तक सीमित होगी तथा स्वास्थ्य देखभाल संगठन क.रा.बी.निगम एवं इसके लाभार्थियों से उस राशि से अधिक शुल्क नहीं ले सकते हैं। संलग्न प्रस्तुत पाउच/स्टिकर आदि को उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा विधिवत सत्यापित किया जाना चाहिए एवं इन्हें छुट्टी पर्ची एवं मूल रसीद/चालान में उल्लिखितों के साथ मेल खाना चाहिए या थोक खरीद के मामले में रसीद/चालान की सत्यापित छायाप्रति होनी चाहिए।
- ज) क.रा.बी.निगम लाभार्थी के उपचार के दौरान अस्पताल, लाभार्थी या उसके परिचारक को अलग से दवाएं/विविध/उपकरण या सामान बाहर से खरीदने के लिए नहीं कहेगा एवं कें.स.स्वा.योजना द्वारा निर्धारित पैकेज दर के अंतर्गत ही उपचार प्रदान करेगा जिसमें सभी वस्तुओं की लागत शामिल है। तथापि, प्रसाधन सामग्री, सैनिटरी नैपकिन, टैल्कम पाउडर, माउथ फ्रेशनर देय/प्रतिपूर्ति योग्य नहीं हैं।
- झ) कंज़रवेटिव उपचार के मामलों में, जहां कें.स.स्वा.योजना पैकेज दर नहीं है, स्वीकार्य राशि की गणना कें.स.स्वा.योजना/एम्स दरों के अनुसार मदवार की जाएगी। यदि किसी प्रक्रिया/जांच/उपचार के लिए कें.स.स्वा.योजना/एम्स की दर निर्धारित नहीं है,

Standalone/Diagnostic/Eye Centre – Rs.2,00,000/-

Blood Bank Rs.1,00,000/-

The bank guarantee will be invoked immediately in situations as mentioned under clause liquidated damages of this agreement and is not being repeated here.

TERMS AND CONDITIONS RELATED TO TREATMENT, PACKAGES AND RATES: -

- a) The empanelled Health Care Organizations would be paid at CGHS rates, terms and conditions as adopted by ESIC Headquarters Office from time to time. Any additional guidelines/ circulars issued by ESIC Headquarters Office from time to time shall also be applicable for the services provided by HCOs under this empanelment.
- b) Insured Persons and beneficiaries are entitled for General Ward. The staff (serving & retired) and their dependents are to be provided treatment/ services as per their entitlement (General Ward/Semi private/Private Ward).
- c) "Package rate" shall mean and include lump sum cost of in-patient treatment /day care/diagnostic procedure for which ESIC beneficiary has been permitted from time of admission to the time of discharge, including (but not limited to)(i) registration charges (ii) admission charges(iii) accommodation charges including patient's diet (iv) operation charges (v) injection charges.(vi) Dressing charges (vii) Doctor/ consultant visit charges(viii) ICU/ICCU charges (ix) monitoring charges (x) transfusion charges (xi) anaesthesia charges(xii) Operation Theatre charges (xiii) procedural charges/ surgeon's charges/ surgeon's fee (xiv) cost of surgical disposable and all sundries used during hospitalization (xv)cost of medicines (xvi) related routine and essential investigations (xvii) Physiotherapy charges etc.(xviii) nursing care and charges for its services and all other incidental charges related thereto.
- d) Package rates also include two pre-operative consultations and two post-operative consultations.
- e) In case of surgical procedures, where its name is not listed under CGHS rate list, the rates given under other similar minor/major surgery under each specialty shall be applicable.
- f) Cost of implants/stents/grafts is reimbursable in addition to package rates as per CGHS ceiling rates or as per actual, whichever is lower.
- g) **If there is no CGHS prescribed ceiling rate for any implant reimbursement shall be limited to 60% of the MRP including GST & HCOs cannot charge more than that amount from ESIC & its beneficiaries. The pouches/stickers etc. attached should be duly verified by the treating doctor and the specifications should match with those mentioned in Discharge Slip and original receipt/invoice or duly attested photocopy of receipt/invoice in case of bulk purchase.**
- h) During in-patient treatment of the ESIC beneficiary, the hospital will not ask the beneficiary or his/her attendant to purchase separately the medicines / sundries / equipment or accessories from outside and will provide the treatment within the package rate, fixed by the CGHS which includes the cost of all the items, However, toiletries, sanitary napkins, talcum powder, mouth fresheners are not payable/ reimbursable.
- i) **In cases of conservative treatment, where there is no CGHS package rate, calculation**

तो नामिकागत स्वा.दे.संगठन की निविदा के साथ प्रस्तुत दर-सूची पर स्वीकार्य राशि पर 15% तक की छूट होगी। हालांकि, खाद्य पूरक, प्रसाधन सामग्री एवं कॉस्मेटिक वस्तुओं की प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी।

ज) पैकेज दरों में आंतरिक उपचार की अधिकतम अवधि तक की परिकल्पना निम्नानुसार है:

- विशिष्ट (अति विशिष्टता) उपचार के लिए 12 दिनों तक
- अन्य मुख्य शल्य-चिकित्साओं (अति विशिष्टता के अलावा) के लिए 07 दिनों तक
- लैप्रोस्कोपिक शल्य-चिकित्सा/इलेक्ट्रिक एंजियोप्लास्टी/सामान्य प्रसव के लिए 03 दिनों तक एवं डे केयर/माइनर (बा.रो.विभाग) शल्य-चिकित्सा के लिए 01 दिन तक। सभी श्रेणियों के लाभार्थियों के लिए शॉर्ट एडमिशन/इंजेक्शन, इन्फ्यूजन आदि के लिए बा.रो.विभाग उपचार हेतु रुपये 500/- की राशि देय/प्रतिपूर्ति योग्य होगा। हालांकि, यदि लाभार्थी को अपने स्वास्थ्य लाभ के लिए पैकेज दर में शामिल अवधि से अधिक समय तक अस्पताल में रहना पड़ता है, तो असाधारण मामलों में, प्रासंगिक चिकित्सा अभिलेख द्वारा समर्थित और अस्पताल द्वारा प्रमाणित, अतिरिक्त आवधिक की अनुमति दी जा सकती है, जो पात्रता के अनुसार आवास शुल्क, अनुमोदित दरों पर जांच शुल्क, चिकित्सकों के दौरे के शुल्क (प्रति विशेषज्ञ/सलाहकार प्रति दिन 2 दौरे से अधिक नहीं) अतिरिक्त अवधि तक रुकने के लिए दवाओं की लागत दरों तक सीमित की जाएगी। यदि उपचार के लिए एक से अधिक विशेषज्ञों से परामर्श लेने की आवश्यकता है तो बिल केवल विभिन्न विशेषज्ञों के दौरे के उचित औचित्य के साथ ही स्वीकार किए जाएंगे।

ट) पैकेज दर के अंतर्गत आंतरिक उपचार की अधिकतम अवधि कें.स.स्वा.योजना दरों के अनुसार होगी। तथापि, यदि पैकेज दर में शामिल अवधि से अधिक समय तक रहने की आवश्यकता होती है, तो असाधारण मामलों में, यदि पूर्व में प्राधिकारी द्वारा अनुमति ली गई हो तो, संबंधित चिकित्सा दस्तावेजों द्वारा समर्थित एवं अस्पताल द्वारा प्रमाणित, आवास शुल्क (पात्रता के अनुसार), जांच शुल्क (अनुमोदित दरों पर), चिकित्सक के दौरे शुल्क (विशेषज्ञों द्वारा प्रति दिन दो से अधिक दौरे नहीं) दवा की लागत (एमआरपी पर 10% छूट) और उपभोग्य के लिए अतिरिक्त प्रतिपूर्ति की अनुमति दी जाएगी। यदि यह विस्तार दोषपूर्ण जांच प्रक्रिया आदि की किसी जटिलता/परिणामों के कारण होता है तो ठहरने की विस्तारित अवधि के कारण कोई अतिरिक्त प्रभार लगाने की अनुमति नहीं दी जाएगी।

ठ) ऐसी सेवाओं में से कोई भी कानूनी दायित्व पूर्णरूपेण संबंधित नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र/रक्त बैंक द्वारा निपटाया जाएगा।

ड) जब किसी मरीज को पूर्व अनुमति के साथ या आपातकालीन स्थिति में वैध क.रा.बी.निगम कार्ड के साथ भर्ती कराया जाता है तब सूची में शामिल स्वास्थ्य परिचर्या संगठन कें.स.स्वा.योजना/अ.भा.आ.अ.संस्थान अनुमोदित दरों से अधिक शुल्क नहीं ले सकते।

ढ) यदि कोई नामिकागत स्वास्थ्य संगठन संबंधित अस्पताल के उपचारकर्ता चिकित्सक/कर्मचारियों के विशिष्ट प्राधिकार के आधार पर बाह्य स्रोतों से खरीदे गए दवा, उपभोग्य सामग्रियों, विविध उपकरणों एवं सहायक उपकरणों आदि के संबंध में पैकेज दरों से अधिक किए गए किसी भी व्यय के लिए क.रा.बी.निगम लाभार्थी से शुल्क लेता है एवं यदि वे गैर-स्वीकृत मदों की सूची में नहीं आते हैं, ऐसी स्थिति में उक्त राशि अस्पतालों के लंबित बिलों से वसूल की जाएगी।

ण) यदि निविदा के साथ प्रस्तुत उपचार प्रक्रिया/परीक्षण के लिए अस्पताल की दरें कें.स.स्वा.योजना दरों से कम हैं, तो शुल्क का भुगतान वास्तविक दरों के अनुसार किया जाएगा।

त) यदि एक या एक से अधिक छोटी प्रक्रियाएं प्रमुख उपचार प्रक्रिया का हिस्सा बनती हैं, तो बड़ी प्रक्रियाओं के लिए पैकेज शुल्क की अनुमति होगी एवं मामूली प्रक्रिया के लिए स्वीकार्य प्रभारों का केवल 50% होगा।

थ) नामिकागत अस्पताल आवश्यकता होने पर, क.रा.बी.निगम वेबसाइट www.esic.gov.in के बीमाकृत व्यक्ति/स्टाफ पोर्टल से अभिनिर्देशित किए गए मरीजों की पात्रता की जांच कर सकते हैं। शंका होने पर अभिनिर्देशित करने

of admissible amount would be done item wise as per CGHS/AIIMS rates. If there is no CGHS/AIIMS rate for a particular item, admissible amount would be 15% discount on empanelled HCO's rate-list submitted with the tender. However, food supplements, toiletries and cosmetic items shall not be reimbursed.

- j) Package rates envisage up to a maximum duration of indoor treatment as follows:
- Upto 12 days for specialized (Super Specialties) treatment
 - Upto 07 days for other major surgeries excluding super speciality surgeries
 - Upto 03 days for /Laparoscopic surgeries/elective angioplasty/normal deliveries and 01 for day care/ minor (OPD) surgeries. Short admission/OPD treatment for injections, infusion, etc. Rs. 500/- would be payable/reimbursable for all categories of beneficiaries. However, if the beneficiary has to stay in the hospital for his/ her recovery for a period more than the period covered in package rate, in exceptional cases, supported by relevant medical records and certified as such by hospital, the additional permission may be allowed, which shall be limited to accommodation charges as per entitlement, investigations charges at approved rates, doctors visit charges (not more than 2 visits per day per specialists / consultants) cost of medicines for additional stay). If more than one specialist is required to be consulted for treatment then the bills would be accepted only with proper justification of visits of different specialist.
- k) Maximum duration of indoor treatment under package rate shall be as per CGHS. However if additional stay beyond the period covered in package rate is required for recovery, in exceptional cases, supported by relevant medical records and certified as such by the hospital, additional reimbursement shall be allowed for accommodation charges (as per entitlement), investigation charges (at approved rates), doctor's visit charges (not more than two visits per day by specialists/consultation and cost of medicine (10% discount on MRP) and consumables if prior permission has been taken from the referring authority. No additional charge on account of extended period of stay shall be allowed if that extension is due to any complication/consequences of faulty surgical procedure/ faulty investigation procedure etc.
- l) Any legal liability out of such services shall be the sole responsibility of and shall be dealt with by the concerned empanelled hospital/diagnostic centre/blood bank.
- m) The empanelled health care organization cannot charge more than CGHS/AIIMS approved rates when a patient is admitted with valid ESIC card with prior permission or under emergency.
- n) If any empanelled health organization charges from ESIC beneficiaries for any expenses incurred over and above the package rates vis-à-vis medicine, consumables, sundry equipment and accessories etc., which are purchased from external sources, based on specific authorization of treating doctor/staff of the concerned hospital and if they are not falling under the list of admissible items, that amount shall be recovered from the pending bills of hospitals.
- o) In case, the hospital rates for treatment procedure/ test provided with the tender submission are lower than CGHS rates, the charges will be paid as per actual.
- p) If one or more minor procedures forms a part of major treatment procedure, then package charges would be permissible for major procedure and only 50% of charges admissible for minor procedure.
- q) **If required, the empanelled hospitals should check the eligibility of the referred patients on the IP portal www.esic.gov.in.** In case of doubt, the advice from referring authority can

वाले प्राधिकारी द्वारा सुझाव लिए जा सकते हैं। अभिनिर्देशन पत्र, जारी किए जाने की तिथि से सात दिनों तक मान्य होगी। किसी मरीज के वैध अवधि के पश्चात् अस्पताल जाने की स्थिति में उन्हें जारी किए गए अभिनिर्देशन पत्र का नवीकरण/पुनः विधिमान्यकरण करवाना होगा।

- द) मरीज के उपचार के दौरान उपयोग की जाने वाली सभी दवाएं/ड्रेसिंग, जहां तक संभव हो, जेनेरिक होनी चाहिए एवं आइपी/बीपी/यूएसपी/एफडीए फार्माकोपिया या महानिदेशक क.रा.बी.निगम या कें.स.स्वा.योजना दर संविदा के अंतर्गत अनुमोदित होनी चाहिए। इनमें से किसी भी फार्माकोपिया के अंतर्गत नहीं आने वाली किसी भी दवा/ड्रेसिंग की प्रतिपूर्ति नहीं की जाएगी।
- ध) क.रा.बी.निगम एवं बि.प्र.एजेंसी के निबंधन एवं शर्तों के अनुसार टाइ-अप अस्पतालों को अपने अस्पताल के पत्र-शीर्ष पर बिल तैयार करना होगा। बि.प्र.एजेंसी द्वारा बिलों को दोषमुक्त किए जाने एवं प्राप्त बिलों की कागजी प्रति के सही क्रम में होने के पश्चात् क.रा.बी.निगम द्वारा, निर्धारित समय सीमा के भीतर, भुगतान करने का प्रयास किया जाएगा। अपूर्ण बिलों पर किसी भी हाल में कोई प्रक्रिया नहीं की जाएगी एवं इन्हें सुधार हेतु वापस भेजा जा सकता है। टाइ-अप अस्पतालों को बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में निर्दिष्ट समय सीमा के भीतर बि.प्र.एजेंसी द्वारा उठाए गए प्रश्नों का जवाब देना होगा। देर से जवाब देने या कोई प्रतिक्रिया नहीं मिलने की स्थिति में भुगतान न होने की जिम्मेदारी पूरी तरह से संबंधित टाइ-अप अस्पताल की होगी।
- न) नामिकागत अस्पताल सक्षम प्राधिकारी (क.रा.बी.निगम अस्पताल, रोहिणी/बसईदारापुर/ओखला/झिलमिल/साहिबाबाद/गुरुग्राम/मानेसर/फरीदाबाद के चि.अधीक्षक, निदेशक (चिकित्सा)-दिल्ली/निदेशक (चिकित्सा)- नोएडा/क्षे.निदेशक हरियाणा/उत्तर प्रदेश) द्वारा जारी अनुमति/अभिनिर्देशन पत्र (पी1) का सम्मान करेगा एवं बिना देरी किए प्राथमिकता के आधार पर अभिनिर्देशन संरूप के अनुसार उपचार/जांच सुविधाएं प्रदान करेगा। टाइ-अप अस्पताल अभिनिर्देशन पत्र में विनिर्दिष्ट नकदरहित आधार पर चिकित्सा प्रदान करेगा; उपचार/प्रक्रिया/जांच आदि जिसका उल्लेख अभिनिर्देशन पत्र में नहीं किया गया है, के लिए टाइ-अप अस्पताल को किसी भी प्रकार का भुगतान नहीं किया जाएगा। जिस प्रक्रिया हेतु मरीज को अभिनिर्देशित किया गया है, उसे सुविधाजनक बनाने के लिए यदि अस्पताल को कोई अतिरिक्त उपचार/प्रक्रिया/जांच करने की आवश्यकता महसूस होती है, तो इसके लिए अपेक्षित अनुमति अभिनिर्देशित करने वाले प्राधिकारी से ई-मेल, फैंक्स या दूरभाष के माध्यम से ली जानी चाहिए (यथाशीघ्र लिखित रूप में भी पुष्टि कर ली जानी चाहिए)
- प) टाइ-अप अस्पतालों को भर्ती हुए मामलों की एक ऑनलाइन रिपोर्ट निर्धारित संरूप पर संबंधित प्राधिकारी (चि.अधीक्षक/संकाय अध्यक्ष/क्षे.निदेशक/नि.बी.चि.सेवाएं) को उसी दिन या अभिनिर्देशन प्राप्त होने के बाद अगले कार्य दिवस पर भेजना अनिवार्य होगा।
- फ) सक्षम प्राधिकारी द्वारा विधिवत प्रमाणित प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता (नामिकागत अस्पताल द्वारा नामित नोडल अधिकारी) के नमूना हस्ताक्षर संबंधित प्राधिकारी (चि.अधीक्षक/संकाय अध्यक्ष/क्षे.निदेशक/नि.बी.चि.सेवाएं) और बि.प्र.एजेंसी को प्रस्तुत किए जाएंगे। नामिकागत अस्पताल के रिसेप्शन पर नोडल अधिकारी का नाम और मोबाइल संख्या प्रदर्शित किए जाने चाहिए। प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता में किसी भी प्रकार के बदलाव को टाइअप- अस्पतालों द्वारा सभी अभिनिर्देशित करने वाले अस्पतालों (चि.अधीक्षक/संकाय अध्यक्ष/क्षे.निदेशक/नि.बी.चि.सेवाएं) और बि.प्र.एजेंसी को तत्काल सूचित किया जाएगा।
- भ) चि.अधीक्षक/संकाय अध्यक्ष/क्षे.निदेशक/नि.बी.चि.सेवाएं या चि.अधीक्षक/संकाय अध्यक्ष/क्षे.निदेशक/नि.बी.चि.सेवाएं द्वारा प्राधिकृत व्यक्ति सेवाओं की गुणवत्ता एवं अन्य आवश्यक प्रमाणीकरण की जांच हेतु नामिकागत अस्पतालों का दौरा कर सकता है। टाइ-अप अस्पताल के प्राधिकारी द्वारा निरीक्षण करने में सहयोग किया जाएगा।
- म) आंतरिक मरीजों के लिए जो आइपी/बीपी/यूएस/एफडीए फार्माकोपिया में उपलब्ध हैं एवं भारत के औषधि महानियंत्रक द्वारा अनुमोदित हो, केवल उन्हीं दवाइयों का उपयोग किया जाएगा। अधिमानतः महानिदेशक क.रा.बी.निगम/कें.स.स्वा.योजना दर संविदा में उपलब्ध औषधियों का उपयोग किया जाएगा। डे केयर उपचार पर रोगियों के लिए कैंसर-निरोधक दवाएं क.रा.बी.निगम (अभिनिर्देशित प्राधिकरण) द्वारा प्रदान की जाएगी। क.रा.बी.निगम लाभार्थी के माध्यम से इसके लिए उचित मांग अग्रिम रूप से उठाई जाएगी। यदि आवश्यक हो, तो मांग/पर्चे में विशिष्ट शर्तों का भी उल्लेख किया जाए। कीमोथेरेपी दवाइयों की राशि का भुगतान कें.स.स्वा.योजना की जीवन रक्षक औषधि दर सूची के अनुसार किया जाएगा। भारतीय दवाएं उपलब्ध होने की स्थिति में आयातित ब्रांडों का उपयोग नहीं किया जाएगा।
- य) अस्पताल को स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा अधिसूचित मानकों के अनुसार ईएमआर (इलेक्ट्रॉनिक चिकित्सा दस्तावेजों)/ईएचआर (इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य दस्तावेजों) के कार्यान्वयन के लिए उनके नामिकायन में शामिल होने के एक वर्ष के भीतर (यदि पहले से लागू नहीं किया गया है) सहमत होना होगा।

be taken. The validity of the referral letter is for seven days from the date of issue. Patient attending the hospital beyond validity period should be asked to get the referral letter renewed/revalidated.

- r) All the drugs/dressings used during the treatment of the patient should be of generic nature as far as possible, and approved under IP/BP/USP/FDA Pharmacopoeia or on DGESIC or CGHS rate contract. Any drug/dressings not covered under any of these pharmacopoeias will not be reimbursed.
- s) The tie-up hospital shall raise the bills on their hospital letter heads as per the terms and conditions of ESIC and BPA. Efforts will be made by ESIC to make payments within prescribed time limit, once the bills are cleared by BPA and hard copies of the bills received are in order. Incomplete bills in any form shall not be processed and may be returned for correction. Tie-up Hospital shall respond to queries raised by BPA within the time frame as specified in BPA module. The responsibility of nonpayment due to late response or no response will solely lie on the concerned tie-up hospital.
- t) The empanelled hospital shall honor permission/referral letter(P1) issued by competent authority (MS of ESIC Hospital Rohini/Basaidarapur/Okhla/Jhilmil/ Sahibabad/ Gurugram/ Manesar / Faridabad / Director (Medical) Delhi / Director (Medical) Noida/ RD-Haryana/UP, without delay and provide treatment/investigation facilities as per referral format on priority basis. The tie up hospital will provide medical care on cashless basis as specified in the referral letter; no payment shall be made to tie-up hospital for treatment/procedure/investigations which are not mentioned in the referral letter. If the tie up hospital feels the necessity of carrying out any additional treatment/ procedure/investigation in order to facilitate the procedure for which the patient was referred, the requisite permission for the same is to be taken from the referring authority either through e-mail, fax or telephonically (to be confirmed in writing at the earliest).
- u) It shall be mandatory for tie-up hospital to send a report online of the cases admitted, as per the prescribed format to concerned authority (MS/Dean/RD/DIMS) on the same day or the next working day after receipt of referral.
- v) The specimen signatures of the authorized signatory (Nodal Officer nominated by the empanelled hospital) duly certified by the competent authority shall be submitted to concerned authority (MS/Dean/RD/DIMS) and BPA. The name and mobile number of the Nodal Officer should be displayed at the reception of the empanelled hospital. Any change in authorized signatory, shall be promptly intimated by the tie-up hospitals to all referring hospitals (MS/Dean/RD/DIMS) and BPA.
- w) The MS/Dean/RD/DIMS /Authorized Person by MS/Dean/RD/DIMS may visit the empanelled Hospitals to check the quality of services and other necessary certification. The Tie-Up Hospital authorities shall co-operate in carrying out the inspection.
- x) Only the drugs which are available in IP/BP/US Pharmacopoeia and approved by Drug Controller General of India shall be used for indoor patients. Preferably the drugs which are available in DGESIC contract shall be used. The anticancer drugs, for patients on day care treatment may be provided by ESIC (referring authority). Due demand for the same shall be raised through ESIC beneficiary well in advance. Specific conditions, if required, be also mentioned in the demand/ prescription. The chemotherapy drugs amount shall be paid as per Life Saving Drugs rate-list of CGHS. Imported brands shall not be used if Indian drugs are available.
- y) The hospital must agree for implementation of EMR (electronic medical record) / EHR (electronic health record) as per standards notified by Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of India within one year of their empanelment (if not already implemented).

नामिकायन से हटाने (डी-एम्पैनलमेंट) के लिए मानदंड

निम्नलिखित कारणों में से किसी एक के कारण नामिकागत स्वास्थ्य देखभाल संगठन(नों) को नामिका से हटाया जा सकता है:

- 1) तीन महीने की पूरी नोटिस अवधि को पूरा किए बिना नामिकायन से इस्तीफा देना/लिखित अनिच्छा।
- 2) अनाचार/कदाचार के सिद्ध मामले के कारण।
- 3) कर्मचारी राज्य बीमा लाभार्थियों को सेवा प्रदान करने से इनकार।
- 4) अंतरंग रोगी विभाग (अंतरंग विभाग)/ बाह्य रोगी विभाग (बाह्य रोगी विभाग) में अभिनिर्देशित रोगियों के लिए अनावश्यक प्रक्रियाएं अपनाना।
- 5) रोगी के उपचार के दौरान अनावश्यक दवाओं/परीक्षणों और नैदानिक परीक्षण लिखना।
- 6) की गई प्रक्रियाओं/उपचार/जांचों का बढ़ा हुआ बिल बनाना।
- 7) अस्पताल को नामिकागत किए जाने के बाद स्टाफ/अवसंरचना/उपस्कर आदि में कमी।
- 8) रिपोर्ट प्रस्तुत न करना, आदतन रिपोर्ट देर से प्रस्तुत करना या रिपोर्ट में गलत आंकड़े प्रस्तुत करना।
- 9) पात्र लाभार्थियों को नकद रहित उपचार देने से इंकार करना और इसकी बजाय उन्हें भुगतान करने के लिए कहना।
- 10) यदि टाइ-अप के दौरान किसी भी स्तर पर एनएबीएच/एनएबीएल की मान्यता रद्द कर दी जाती है।
- 11) क.रा.बी. लाभार्थियों के साथ अन्य रोगियों की तुलना में भेदभाव।
- 12) मालिक की मृत्यु/स्वामित्व में परिवर्तन, व्यापार स्थल या कार्य स्थान में परिवर्तन, जैसा भी मामला हो, यदि सक्षम प्राधिकारी द्वारा अनुमोदित नहीं है।
- 13) सक्षम प्राधिकारी द्वारा अनुमोदन लिए बिना यदि मालिक प्रतिष्ठान को किसी अन्य एजेंसी को पट्टे पर देता है, नामिकायन रद्द किया जा सकता है।
- 14) केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना या किसी अन्य सरकारी संगठन से स्वास्थ्य देखभाल संगठनों के नामिकायन के रद्द होने/काली सूची में डालने की सूचना प्राप्त होने पर।

ध्यान दें: एक बार जब कोई अस्पताल नामिका से बाहर हो जाता है, तो उस अस्पताल के साथ करार नामिका से बाहर होने की तारीख से समाप्त हो जाएगा। ऐसे अस्पताल को एक वर्ष की अवधि के लिए नामिकागत होने से रोक दिया जाएगा। यदि अस्पताल को काली सूची में डाला जाता है, तो उसे दो साल की अवधि के लिए नामिकायन से वंचित कर दिया जाएगा।

प्रयोगशाला सेवाओं/रेडियोलॉजी सेवाओं के लिए विशेष निबंधन एवं शर्तें:

- क) आपात स्थिति में, केंद्र को दूरभाष/ई-मेल पर रिपोर्ट सूचित करने के लिए तैयार रहना चाहिए।
- ख) क.रा.बी.निगम अस्पतालों से नमूने एकत्र करने की व्यवस्था की जानी चाहिए।

अभिनिर्देशन के लिए प्रक्रिया:-

क.रा.बी.निगम ने बि.प्र.एजेंसी द्वारा प्रबंधित ऑनलाइन इंटरनेट मॉड्यूल के माध्यम से क.रा.बी.निगम संस्था से अभिनिर्देशित लाभार्थियों के लिए नामिकागत अस्पताल के सभी बिलों की जांच और प्रक्रमण के लिए बिल प्रक्रमण एजेंसी (बीपीए) के रूप में यूटीआइ इन्फ्रास्ट्रक्चर टेक्नोलॉजी एंड सर्विसेज लिमिटेड (बि.प्र.एजेंसी) को नियुक्त किया है। रुचि की अभिव्यक्ति के समय अभिनिर्देशन के लिए विस्तृत प्रक्रिया बिल प्रक्रमण एजेंसी की मानक प्रचालन प्रक्रिया में निर्धारित की गई है। समय-समय पर संशोधित मानक प्रचालन प्रक्रिया इस निविदा के अंतर्गत निष्पादित करार पर लागू होगी।

भुगतान अनुसूची:

- 1) नामिकागत अस्पताल आवश्यक सहायक दस्तावेजों (संलग्नक-एफ के अनुसार प्रपत्र पी1, पीआईआई, पी III और पीवीआई) के साथ बिलों की मुद्रित प्रतियां बि.प्र.एजेंसी द्वारा उचित जांच के बाद भुगतान के लिए अभिनिर्देशित करने

CRITERIA FOR DE-EMPANELEMENT

De-empanelment of the empanelled Health Care Organization(s) could be made due to any one of the following reasons:

- (a) Rendering resignation/ written unwillingness to continue in the panel without serving the complete notice period of 3 months.
- (b) Due to proven case of malpractice misconduct.
- (c) Refusal of services to ESI beneficiaries.
- (d) Undertaking unnecessary procedures in patients referred for IPD/OPD management.
- (e) Prescribing unnecessary drugs/tests and clinical trial while the patient is under treatment.
- (f) Over billing of the procedures/ treatment/ investigations undertaken.
- (g) Reduction in staff/ infrastructure/ equipment etc. after the hospital has been empanelled.
- (h) Non-submission of the report, habitual late submission or submission of incorrect data in the report.
- (i) Refusal of cashless treatment to eligible beneficiaries and instead asking them to pay.
- (j) If accreditation of NABH/NABL is revoked, at any stage during the contract
- (k) Discrimination against ESI beneficiaries vis-à-vis other patients.
- (l) Death of owner/ Change of ownership, location of business place or the practice place, as the case may be, if not approved by Competent Authority.
- (m) If the owner leases the establishment to other agency, they will be liable for de-empanelment, if not approved by Competent Authority.
- (n) On receiving information of de-empanelment/ blacklisting of Health Care Organization(s) from the CGHS or any other Govt. Organization.

Note: Once any Hospital is de-empanelled, the Agreement with that hospital shall stand terminated from the date of de-empanelment. Such hospital will be debarred for empanelment for a period of one year. If the hospital is blacklisted, it will be debarred from empanelment for a period of two years.

SPECIAL TERMS & CONDITIONS FOR LABORATORY SERVICES/RADIOLOGY SERVICES:

- a) In emergencies, the centre should be prepared to inform reports over the telephone/ e-mail.
- b) Arrangement may be made for collection of samples from ESIC hospitals.

PROCEDURE FOR REFERRAL: -

ESI Corporation has engaged UTI Infrastructure Technology and Services Limited (BPA) as a Bill Processing Agency (BPA) for scrutiny and processing of all bills of empanelled hospital for beneficiaries referred from ESIC Institution through the Online internet module, managed by BPA. The detailed procedure for referral has been laid down in the Standard Operating Procedures (SoP) of the bill processing agency at the time of expression of interest. The SoP as amended from time to time shall be applicable to Agreement executed under this Tender.

PAYMENT SCHEDULE:

- i) The Empanelled Hospital will send hard copies of bills along with necessary supportive documents (Form P1, PII, PIII & PVI as per Annexure-F to the referring center

वाले केंद्र को भेजेंगे, जिसमें प्रत्येक रोगी के चिकित्सा अभिलेख की प्रति, मामले का संक्षिप्त इतिहास, निदान, विवरण (की गई प्रक्रिया, रक्त बैंक नोट, दी गई दवाओं का उपचार आदि), रिपोर्ट और की गई जाँच की प्रतियाँ रोगी की पहचान, पात्रता प्रमाण पत्र, अभिनिर्देशन पत्र शामिल होंगे। संबंधित क.रा.बी.निगम संस्थाओं से, मूल खरीद चालान, इम्प्लान्ट के स्टिकर और लिफाफे, ₹ 5000 से अधिक लागत वाली दवाओं के रैपर और चालान और दिए गए उपचार/प्रक्रिया की सीडी बिल के साथ अस्पताल द्वारा प्रस्तुत की जाएगी।

इसके अतिरिक्त, आवश्यकता पड़ने पर कालानुक्रमिक रूप से रखे गए भ.रो.विभाग नोट्स/फिल्म्स (एक्सरे, एमआरआइ, सीटी स्कैन आदि)/ओटी नोट्स/ऑपरेशन से पहले और बाद की रेडियोलॉजिकल छवियाँ या आवश्यकतानुसार कोई अन्य दस्तावेज मांगे जा सकते हैं।

- II) प्रक्रिया में प्रयुक्त स्टेंट/प्रत्यारोपण/उपकरणों के मूल खरीद चालान, उनकी बाहरी पैकिंग और स्टिकर के साथ उपचार विशेषज्ञ और अस्पताल के प्राधिकृत प्रतिनिधि द्वारा विधिवत सत्यापित कर भुगतान के लिए प्रस्तुत बिल के साथ संलग्न किया जाना चाहिए।
- III) अतिविशिष्ट/विशेषज्ञ द्वारा प्रक्रिया में प्रयुक्त स्टेंट/इम्प्लान्ट/उपकरण की खरीद का मूल चालान, उसकी बाहरी पैकिंग और स्टिकर के साथ, उपचार विशेषज्ञ और अस्पताल के प्राधिकृत प्रतिनिधि द्वारा विधिवत सत्यापित कराकर भुगतान के लिए प्रस्तुत बिल के साथ संलग्न किया जाना चाहिए।
- IV) क.रा.बी.निगम के बिलों के साथ संलग्न प्रत्येक कागज/अभिलेख पर अस्पताल के प्राधिकृत प्रतिनिधि द्वारा हस्ताक्षर किए जाने चाहिए।
- V) उपर्युक्त दस्तावेज दावे के समर्थन में 7 (सात) कार्य दिवसों के भीतर सिस्टम में अपलोड किए जाएंगे। टाइ-अप अस्पताल द्वारा बिल अपलोड करने के तुरंत बाद, बि.प्र.एजेंसी क.रा.बी. स्थानों से बिलों की संपठनीय प्रति की प्राप्ति की प्रतीक्षा किए बिना बिलों का प्रक्रमण शुरू कर देगा, बि.प्र.एजेंसी बिल की पूरी तरह से जांच करेगी (अधिक सूचना चरणों की आवश्यकता सहित) और क.रा.बी.निगम को स्वीकार्य राशि की सिफारिश करेगी। यह अनुशंसा टाइ-अप अस्पताल, निदेशालय (चिकित्सा) दिल्ली/क्षे.निदेशक कार्यालय सहित अभिनिर्देशित स्थानों पर दिखाई देगी।
- VI) एक बार नामिकागत स्वा.दे.संगठन को बि.प्र.एजेंसी द्वारा जांच किए गए बिलों के बारे में जानकारी प्राप्त हो जाती है, तो नामिकागत स्वा.दे.संगठन जांच की तारीखों के अनुसार ऐसे बिलों की मूल संपठनीय प्रतियाँ 4 अलग-अलग बंडलों में संकाय अध्यक्ष/चि.अधीक्षक/क्षे.निदेशक/नि.बी.चि.सेवाएं/निदेशालय (चिकित्सा) दिल्ली को जमा करेगा।
 - क) कें.स.स्वा.योजना कूट के साथ बाह्य रोगी विभाग बिल।
 - ख) कें.स.स्वा.योजना कूट के बिना बाह्य रोगी विभाग बिल।
 - ग) कें.स.स्वा.योजना कूट के साथ भर्ती रोगी विभाग बिल।
 - घ) कें.स.स्वा.योजना कूट के बिना भर्ती रोगी विभाग बिल।
- VII) मात्रा के आधार पर, बिलों के ऐसे बंडलों को बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में रसीद और भुगतान की आगे की प्रक्रिया के लिए साप्ताहिक/पाक्षिक/मासिक आधार पर संबंधित निदेशालय (चिकित्सा) दिल्ली कार्यालय/क्षे.निदेशक कार्यालय/क.रा.बी.निगम और क.रा.बी.योजना अस्पतालों में जमा किया जाना चाहिए।
- VIII) मूल बिलों की प्राप्ति के बाद, निदेशालय (चिकित्सा) दिल्ली/क्षे.निदेशक कार्यालय/क.रा.बी.निगम और क.रा.बी.योजना अस्पताल मौजूदा दिशानिर्देशों के अनुसार टाइ-अप अस्पताल को भुगतान की जांच/प्रक्रिया पूरी करेंगे।
- IX) बि.प्र.एजेंसी को स्वीकार्य प्रक्रमण शुल्क नामिकागत अस्पताल द्वारा प्रस्तुत बिल की दावा की गई राशि के 2% की दर से होगा (और अनुमोदित राशि पर नहीं) और सेवा कर/जीएसटी/किसी भी नाम से कोई अन्य कर। न्यूनतम स्वीकार्य राशि ₹12.50 होगी (सेवा कर/जीएसटी/किसी भी नाम का कोई अन्य कर, जो अतिरिक्त देय होगा) और अधिकतम ₹750/- (सेवा कर/जीएसटी/किसी भी नाम का कोई अन्य कर, जो अतिरिक्त देय होगा) प्रति व्यक्तिगत

after due scrutiny by BPA for payment enclosing therewith copy of the medical record of every patient, discharge slip incorporating brief history of the case, diagnosis, details of (procedure done, blood bank notes, treatment of Medicines given etc.), reports and copies of investigation done, identification of the patient, entitlement certificate, referral letter from concerned ESIC Institutions, original purchase invoice, stickers and envelopes of implants, wrapper and invoice of drugs costing more than 5000 ₹ and CD of treatment/procedure given shall be submitted by the Hospital along with the bill. Additionally, chronologically placed IPD notes/ Films (X-ray, MRI, CT Scan etc.)/ OT notes/ Pre and Post operation radiological images or any other documentary requirement can be sought if required.

- II) Original procurement invoice of the stents/implant/device used in the procedure along with its outer packing and sticker must be enclosed with the bills submitted for payment duly verified by treating specialist and authorized representative of Hospital.
- III) The procedures/ treatment/ investigation provided by the Super specialist/Specialist should be duly signed by the treating Super Specialist/specialist along with their stamp & Registration No.
- IV) Each and every paper/ record, attached with the bills so meant for ESIC should be signed by the authorized representative of the Hospital.
- V) Above said documents shall be uploaded in the system in support of the claim, within 7 (seven) working days. Immediately after uploading the bills by TUH, BPA would start processing the bills without waiting for receipt of hard copy of bills by ESI locations BPA would scrutinize the bill completely (including need more information steps) and recommended admissible amount to ESIC. This recommendation would be visible to referring locations including TUH's, D(M)D/RD office.
- VI) Once the empanelled HCO receives information regarding the bills that have been scrutinized by BPA, the empanelled HCO will submit the original hard copies of such bills as per the dates of scrutiny in 4 distinct bundles to Dean/MS/RD/DIMS/D(M)D.
 - a) OPD Bills with CGHS Codes.
 - b) OPD Bills without CGHS Codes.
 - c) IPD Bills with CGHS Codes.
 - d) IPD Bills without CGHS Codes.
- VII) Depending upon the quantum, such bundles of bills be submitted to concerned referring D(M)D Office/RD Office/ESIC & ESIS Hospitals on weekly/ fortnightly/ monthly basis for receipt in BPA Module and further processing of payment.
- VIII) After receipt of original bills, the D(M)D /RD Office/ESIC & ESIS Hospitals shall complete the scrutiny/ process of payment to TUH as per the existing guidelines.
- IX) The processing fee admissible to BPA will be at the rate of 2% of the claimed amount of the bill submitted by the empanelled hospital (and not on the approved amount) and service tax/GST/any other tax by any name thereon. The minimum admissible amount shall be Rs. 12.50 (exclusive of service tax/GST /any other tax by any name, which will be payable extra) and maximum of Rs. 750/- (exclusive of service tax/GST/any other tax by any name, which will be payable extra) per individual bill/claim. The fee shall be auto-calculated by the software and prompted to the ESIC Hospital by the system at the time of generation of settlement ID. The BPA

बिल/दावा। शुल्क की गणना सॉफ्टवेयर द्वारा स्वतः की जाएगी और निपटान पहचान के सृजन के समय सिस्टम द्वारा क.रा.बी.निगम अस्पताल को सूचित किया जाएगा। बि.प्र.ए.जे.सी प्रक्रमण शुल्क का वहन नामिकागत स्वा.दे.संगठन द्वारा उनके दावों के लिए स्वीकार्य राशि से कटौती के माध्यम से किया जाएगा।

नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों और रक्त बैंक के कर्तव्य एवं उत्तरदायित्व

- 1) अस्पताल/निदान केंद्र और रक्त बैंक का कर्तव्य और हमेशा की जिम्मेदारी होगी कि वे मौजूदा कानूनों के अनुसार संबंधित अधिकारियों की मंजूरी सहित वैध पंजीकरण और अपनी सेवाओं और स्वास्थ्य देखभाल की उच्च गुणवत्ता और मानक को प्राप्त करें, और बनाए रखें और सभी वैधानिक/अनिवार्य लाइसेंस, परमिट या अनुमोदन प्राप्त करें।
- 2) निम्नलिखित शब्द क.रा.बी.निगम लोगों के साथ प्रमुखता से प्रदर्शित होना चाहिए “हम क.रा.बी.निगम द्वारा अभिनिर्देशन पर क.रा.बी. लाभार्थियों को नकदरहित उपचार प्रदान करते हैं। कठिनाई के मामले में कृपया नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्र द्वारा ___ नाम ___ (नोडल अधिकारियों) से संपर्क करें।” क.रा.बी. रोगियों/परिचर द्वारा साथ लाने के लिए आवश्यक दस्तावेजों की सूची भी प्रदर्शित की जानी चाहिए।
- 3) अस्पताल/नैदानिक केंद्र प्रदर्शन बोर्ड पर क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.निगम का नाम दिखाकर कोई व्यावसायिक प्रचार नहीं करेगा।

परिनिर्धारित नुकसानी

- 1) नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र और रक्त बैंक इस करार के प्रावधानों के अनुसार क.रा.बी. द्वारा निर्दिष्ट आवश्यकताओं के अनुसार सेवाएं प्रदान करेंगे। अस्पताल द्वारा संविदा के प्रावधानों के उल्लंघन के मामले में जैसे कि सेवा से इनकार करना या क.रा.बी.निगम लाभार्थियों से सीधे शुल्क लेना या दोषपूर्ण सेवा और लापरवाही आदि के लिए जमा निष्पादन प्रदर्शन की राशि का 15% तक की राशि क.रा.बी.निगम द्वारा सहमत परिसमापन क्षति के रूप में लिया जाएगा। हालाँकि, जमा निष्पादन की कुल राशि एक परिक्रामी गारंटी के रूप में बरकरार रखी जाएगी।
- 2) नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र और रक्त बैंक द्वारा बार-बार चूक करने की स्थिति में, प्रदर्शन सुरक्षा की कुल राशि जब्त कर ली जाएगी और स्वास्थ्य देखभाल संगठन को क.रा.बी. के नामिका से हटाने के साथ-साथ इस करार को समाप्त करने की कार्रवाई की जाएगी।
- 3) अधिक बिल और अनावश्यक प्रक्रियाओं के लिए, ली गई अतिरिक्त राशि लंबित/भविष्य के बिलों से काट ली जाएगी और क.रा.बी.निगम को भविष्य में ऐसा न करने के लिए स्वास्थ्य देखभाल संगठन/निदान केंद्र/रक्त बैंक को लिखित चेतावनी जारी करने का अधिकार होगा। पुनरावृत्ति, यदि कोई हो, तो उस विशेष स्वास्थ्य देखभाल संगठन/नैदानिक केंद्र/रक्त बैंक को अभिनिर्देशित करने पर रोक लगाई जाएगी या क.रा.बी. से पैन्ल नामिकायन रद्द किया जाएगा।

शास्ति खंड :

- 1) करार को किसी भी पक्ष द्वारा एक महीने के नोटिस के साथ समाप्त किया जा सकता है।
- 2) एक महीने के नोटिस की आवश्यक अवधि दिए बिना नामिकागत केंद्र द्वारा संविदा/करार को समय से पहले समाप्त करने के मामले में, निष्पादन बैंक गारंटी जब्त कर ली जाएगी।

processing fee will be borne by the empanelled HCO by way of deductions from the admissible amount against their claims.

DUTIES & RESPONSIBILITIES OF EMPANELLED HOSPITALS/ DIAGNOSTIC CENTRES & BLOOD BANK

- a) It shall be the duty and responsibility of the hospital/ Diagnostic Centres & Blood Bank at all times, to obtain, maintain and sustain the valid registration and high quality and standard of its services and healthcare and to have all statutory/mandatory licenses, permits or approvals of the concerned authorities as per the existing laws.
- b) There must be a prominent display with ESIC Logo with the words "We provide Cashless Treatment to ESI Beneficiaries on referral by ESIC. In case of difficulty please contact ____Name__ (Nodal officers) by the empanelled Hospitals/Diagnostics centre. The list of documents required to be carried by ESI patients/attendant must also be displayed.
- c) The Hospital/Diagnostics centre will not make any commercial publicity projecting the name of ESIC / ESIS on Display board.

LIQUIDATED DAMAGES:

- a) The empanelled hospital/ Diagnostic Centres & Blood Bank shall provide the services as per the requirements specified by the ESI in terms of the provisions of this Agreement. In case of violation of the provisions of the Agreement by the Hospital such as refusal of service or direct charging from the ESI Beneficiaries or defective service and negligence etc. the amount up to 15% of the amount of Performance Security will be charged as agreed Liquidated Damages by the ESIC. However, the total amount of the Performance Security will be maintained intact being a revolving Guarantee.
- b) In case of repeated defaults by the empanelled hospital/ Diagnostic Centres & Blood Bank, the total amount of Performance Security will be forfeited and action will be taken for removing the Health Care Organization from the empanelment of ESI as well as termination of this Agreement.
- c) For over-billing and unnecessary procedures, the extra amount so charged will be deducted from the pending / future bills and the ESIC shall have the right to issue a written warning to the health Care Organization/Diagnostic Centres/Blood Bank not to do so in future. The recurrence, if any, will lead to the stoppage of referral to that particular Health care Organization/diagnostic centre/blood bank or De-empanellment from ESI.

PENALTY CLAUSE:

- a) The agreement may be terminated by either party with one-month notice on either side.
- b) In case of premature termination of contract/agreement by the empanelled centre without giving the required notice period of one month notice, PBG will be forfeited



क्षतिपूर्ति:

स्वा.दे.संगठन/निदान/केंद्र/रक्त बैंक हर समय, इस करार के अंतर्गत सेवाओं के निष्पादन में या उसके संबंध में अस्पताल द्वारा किए गए या किए जाने वाले किसी भी कार्य के संबंध में लाए गए या किए गए सभी कार्यों, मुकदमों, दावों और मांगों के खिलाफ क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना को क्षतिपूर्ति देगा और क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना के खिलाफ लाए गए किसी भी कार्रवाई या मुकदमे के परिणामस्वरूप क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना को किसी भी नुकसान या क्षति के खिलाफ, साथ ही (या अन्यथा), अस्पताल को एक पक्ष के रूप में रखेगा। इस संविदा के निष्पादन के दौरान कुछ भी किया गया या किया जाना कथित है। अस्पताल हर समय भारत में प्रचलित नौकरी सुरक्षा उपायों और अन्य वैधानिक आवश्यकताओं का पालन करेगा और दुर्घटनाओं या जीवन की हानि से उत्पन्न होने वाली सभी मांगों या जिम्मेदारियों से क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना को मुक्त रखेगा और क्षतिपूर्ति करेगा, जिसका कारण या परिणाम अस्पताल की लापरवाही या कदाचार है। अस्पताल ऐसी घटनाओं से उत्पन्न होने वाली सभी क्षतिपूर्तियों का भुगतान क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना को बिना किसी अतिरिक्त लागत के करेगा और क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना को जिम्मेदार या बाध्य नहीं रखेगा। क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अपने विवेक पर और हमेशा पूरी तरह से टाइ-अप अस्पताल की कीमत पर ऐसे मुकदमे का बचाव कर सकता है, या तो टाइ-अप अस्पताल के साथ संयुक्त रूप से या अलग से, यदि बाद वाला मामले का बचाव नहीं करना चाहता है।

मध्यस्थता :

यदि क.रा.बी.निगम और नामिकागत केंद्र के बीच किसी भी प्रकार का कोई विवाद या मतभेद (जिसका निर्णय अन्यथा प्रदान नहीं किया गया है) करार के संबंध में या उसके संबंध में उत्पन्न होता है, तो उसे किसी मध्यस्थ को अभिनिर्देशित किया जाएगा जो मध्यस्थता के लिए पार्टियों को अपना निर्णय लिखित रूप से देगा। मध्यस्थ की नियुक्ति क.रा.बी.निगम, मुख्यालय द्वारा की जाएगी। मध्यस्थ का निर्णय अंतिम एवं बाध्यकारी होगा। समय-समय पर संशोधित मध्यस्थता और सुलह अधिनियम, 1996 के उपबंध मध्यस्थता कार्यवाही पर लागू होंगे। किसी भी कानूनी विवाद के निपटारे के लिए न्याय-क्षेत्र केवल दिल्ली होगा।

विविध :-

- क) रोगी को आपातकालीन चिकित्सा स्थितियों में, स्वा.दे.संगठन को दूरभाष/ई-मेल पर रिपोर्ट सूचित करने के लिए तैयार रहना चाहिए।
- ख) इस करार के अंतर्गत कुछ भी ऐसा नहीं समझा जाएगा कि दोनों पार्टियों क.रा.बी.निगम एवं नामिकागत अस्पताल के बीच मालिक और नौकर, प्रमुख या एजेण्ट जैसा कोई संबंध स्थापित किया जा रहा या बनाया जा रहा है।
- ग) नामिकागत स्वा.दे.संगठन/निदान/केंद्र/रक्त बैंक की किसी लापरवाही या कदाचार के लिए/या इसके किसी कर्मचारी के कारण किसी दुर्घटना, चोट अथवा क.रा.बी.निगम लाभार्थी को हुई क्षति अथवा कष्ट या अस्पताल या उसकी ओर से किए गए किसी भी ऑपरेशन या उसके परिणामस्वरूप किसी तीसरे पक्ष से या इस करार के अंतर्गत अपना काम करने वाले या अन्यथा अपने कर्तव्यों का पालन करने के दौरान हुए नुकसान के लिए क.रा.बी.निगम उत्तरदायी नहीं होगा।
- घ) इस करार को केवल दोनों पक्षों द्वारा हस्ताक्षरित लिखित करार पर ही संशोधित या बदला जा सकता है।
- ड) नामिकागत केंद्र क.रा.बी.निगम को उनकी स्थिति और उनकी शेयरधारिता या विशेष रूप से नामिकागत स्वा.दे.संगठन/निदान केंद्र/रक्त बैंक के किसी गारंटीदाता की स्थिति में किसी भी महत्वपूर्ण बदलाव के बारे में सूचित करेगा, जहां इस तरह के बदलाव से इस करार या अन्यथा के अंतर्गत दायित्व के प्रदर्शन पर असर पड़ता होगा। नामिकागत अस्पताल इससे संबंधित समस्त दस्तावेज उपलब्ध कराएगा।

INDEMNITY:

The HCO/Diagnostic/ Centres/Blood Bank shall at all times, indemnify and keep indemnified ESIC/ESIS against all actions, suits, claims and demands brought or made against in respect of anything done or purported to be done by the Hospital in execution of or in connection with the services under this Agreement and against any loss or damage to ESIC/ESIS in consequence to any Action or suit being brought against the ESIC/ESIS, along with (or otherwise), Hospital as a party for anything done or purported to be done in the course of the execution of this Agreement. The Hospital will at all times abide by the job safety measures and other Statutory requirements prevalent in India and will keep free and indemnify the ESIC/ESIS from all demands or responsibilities arising from accidents or loss of life, the cause or result of which is the Hospital negligence or misconduct. The Hospital will pay all the indemnities arising from such incidents without any extra cost to ESIC/ESIS and will not hold the ESIC/ESIS responsible or obligated. ESIC/ESIS may at its discretion and shall always be entirely at the cost of the tie up Hospital defends such suit, either jointly with the tie up Hospital or separately in case the latter chooses not to defend the case.

ARBITRATION:

If any dispute or difference of any kind what so ever (the decision whereof is not being otherwise provided for) shall arise between the ESIC and the Empanelled Center upon or relation to or in connection with or arising out of the Agreement, shall be referred to for arbitration who will give written award of his decision to the Parties. Arbitrator will be appointed by ESIC, Hqrs. Office. The decision of the Arbitrator will be final and binding. The provision of Arbitration and Conciliation Act, 1996 as amended from time to time shall apply to the arbitration proceedings. Any legal dispute to be settled in Delhi, Jurisdiction only.

MISCELLANEOUS: -

- a) In emergency medical conditions of the patient, the HCOs should be prepared to inform reports over the telephone/email.
- b) Nothing under this agreement shall be construed as establishing or creating between the Parties any relationship of Master & Servant or Principle and Agent between the ESIC and Empanelled Centre.
- c) The Empanelled HCO/Diagnostic Centres/Blood Bank shall not represent or hold itself out as an agent of the ESIC. The ESIC will not be responsible in any way for any negligence or misconduct of the Empanelled HCO and/or its employees for any accident, injury or damage sustained or suffered by any ESIC beneficiary or any third party resulting from or by any operation conducted by and behalf of the hospital or in the course of doing its work or perform their duties under this agreement of otherwise.
- d) This agreement can be modified or altered only on written agreement signed by both the parties.
- e) The empanelled Centre shall notify ESIC of any material change in their status and their shareholdings or that of any Guarantor of the empanelled HCO/Diagnostic Centres/Blood



च) यदि नामिकागत केंद्र (स्वा.दे.संगठन/निदान केंद्र/रक्त बैंक) समाप्त हो जाता है या साझेदारी भंग हो जाती है, तो क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना को करार को समाप्त करने का अधिकार होगा। करार की समाप्ति से नामिकागत केंद्र या उनके उत्तराधिकारियों और कानूनी प्रतिनिधियों को उस अवधि जब करार लागू था, के दौरान नामिकागत केंद्र द्वारा प्रदान की गई सेवाओं के संबंध में दायित्व से राहत नहीं मिलेगी।

छ) नामिकागत केंद्र इस करार की तैयारी और मुद्रांकन से संबंधित सभी खर्च वहन करेगा।

नोटिस:

इस संविदा के अनुसरण में एक पक्ष द्वारा दूसरे पक्ष को दिया गया कोई भी नोटिस दूसरे पक्ष को पंजीकृत डाक/स्पीड पोस्ट या फैक्स/मेल द्वारा लिखित रूप में भेजा जाएगा और नीचे दिए गए दूसरे पक्ष के पते पर डाक द्वारा मूल प्रति द्वारा पुष्टि की जाएगी।

प्रथम पक्ष:

पते के साथ

द्वितीय पक्ष:.....

अब, इसलिए, दोनों पक्षों के बीच यह सहमति हुई है कि:-

Bank in particular where such change would have an impact on the performance of obligation under this Agreement or otherwise. The empanelled centre shall provide all relevant documents thereof.

- f) Should the empanelled centre (HCO/Diagnostic Centre/Blood Bank) get wound up or partnership is dissolved, the ESIC/ESIS shall have the right to terminate the Agreement. The termination of Agreement shall not relieve the empanelled centre or their heirs and legal representatives from the liability in respect of the services provided by the empanelled centre during the period when the Agreement was in force.

- g) The empanelled centre shall bear all expenses incidental to the preparation and stamping of this agreement.

NOTICES:

Any notice given by one party to the other pursuant to this Agreement shall be sent to other party in writing by registered post /Speed post or by fax/mail and confirmed by original copy by post to the other Party's address as below.

First Party.....

With address

Second party.....



- 1.1 इस संविदा की वैधता दिनांक..... से दो वर्ष के लिए है जो सेवा प्रदाता द्वारा संतोषजनक सेवा और आपसी सहमति के आधार पर समान नियम व शर्तों पर अगले दो वर्ष के लिए बढ़ायी जा सकेगी।
- 1.2 दोनों पक्ष निविदा पहचान संख्या..... में उल्लिखित और अब विधिवत हस्ताक्षरित और मुहर इस करार के साथ पठित नियमों और शर्तों का पालन करेंगे।
- 1.3 नोटिस तामील होने या नोटिस की प्रभावी तिथि, जो भी बाद में हो से प्रभावी होगा। नोटिस को पंजीकृत पत्राचार के माध्यम से ही तामील किया जाएगा भले इसे लेने से इनकार, नहीं रहते, परिसर बंद था इत्यादि टिप्पणी के साथ लौटा दिया जाए।
गवाहों के समक्ष, पार्टियों ने इस करार को लागू किया है, जो कि उपर्युक्तानुसार (करार पर हस्ताक्षर की तारीख) हस्ताक्षरित एवं निष्पादित किया जाना है।

हस्ताक्षर

(क.रा.बी.निगम के सक्षम प्राधिकारी)

की उपस्थिति में

(साक्षी)(प्रथम पक्ष)

1.

2.

.....(स्वा.दे.संगठन का नाम पते के साथ) के लिए और उसकी ओर से संकल्प/प्राधिकरण पत्र द्वारा विधिवत प्राधिकृत दिनांक (प्राधिकार पत्र की तिथि)।

की उपस्थिति में

(साक्षी) (द्वितीय पक्ष)

1.

2.

श्रीमान/श्रीमती/सुश्री

पदनाम :

NOW, THEREFORE, IT IS HEREBY AGREED between both the Parties that :-

1.1 The validity of the contract is for two years w.e.f. _____

(.....) extendable by two years on same terms & conditions subject to satisfactory performance of service provider and mutual consent of both parties.

1.2 Both the parties will abide by terms and conditions as envisaged in Tender ID No. and now read with this agreement duly signed & stamped by both the parties.

1.3 A notice shall be effective when served or on the notice's effective date, whichever is later. Communication to be registered shall be deemed to have been served even if it returned with remarks like refused, left, premises locked etc.

IN WITNESSES WHEREOF, the parties have caused this Agreement to be signed and executed on **(date of signing agreement)** as above mentioned.

Signed by

(Competent Authority of ESI)

In the Presence of

(Witnesses)(First Party)

1.

2.

For and on behalf of **(Name of HCO with Address)** duly authorized vide Resolution/Authority letter dated **(Date of Authority Letter)**.

In the presence of

(Witnesses) (Second party)

Mr./Mrs./Ms.

Designation :

1.

2.



क.रा.बी.निगम- ऑनलाइन बिल प्रक्रमण के लिए मानक प्रचालन प्रक्रिया

परिचय

क.रा.बी.निगम अपने लाभार्थियों और उनके आश्रितों को व्यापक चिकित्सा देखभाल सुविधा क.रा.बी.नि./क.रा.बी.रा. अस्पतालों और औषधालयों के साथ-साथ नामिकागत अस्पतालों और नैदानिक केंद्रों के माध्यम से प्रदान कर रहा है।

क.रा.बी.निगम ने यूटीआइ-आइटीएसएल को बिल प्रक्रमण एजेंसी (बीपीए) के रूप में नियुक्त करने का निर्णय लिया है। यह नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र के दावों का प्रक्रमण करेगी और जारी किए जाने वाले भुगतान की सिफारिश करेगी। क.रा.बी.निगम द्वारा नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र द्वारा प्रदान की गई चिकित्सा सेवाओं पर होने वाले व्यय का भुगतान, बि.प्र.एजेंसी द्वारा बिल प्रक्रमण के बाद, क.रा.बी.निगम द्वारा सीधे उन्हें किया जाएगा।

यूटीआइ-आइटीएसएल/बि.प्र.एजेंसी ने ऑनलाइन अभिनिर्देशन सृजन और बिलों के प्रक्रमण की जांच के लिए एक पारदर्शी व्यवस्था बनाने के लिए सहमति प्रदान की है और जिसमें सभी प्रकार के बिलों (अतिविशिष्ट चिकित्सा/द्वितीयक/जांच आदि) जो क.रा.बी.निगम अस्तापलों द्वारा लाभार्थियों के अभिनिर्देशित नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र से जुड़े हैं और क.रा.बी.योजना अस्पतालों द्वारा केवल अतिविशिष्ट चिकित्सा से जुड़े हैं, के प्रक्रमण हेतु एक पारदर्शी व्यवस्था प्रदान करने के लिए सहमति प्रदान की है। (सहमति ज्ञापन के अनुसार)

इसके पश्चात क.रा.बी.निगम अस्पतालों के चिकित्सा अधीक्षक और राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय संबंधित नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों के साथ सहमति ज्ञापन/सहमति ज्ञापन का अनुशेष (जैसा भी मामला हो) करेंगे ताकि ऑनलाइन अभिनिर्देशन सृजन और बिलिंग आदि यूटीआइ मॉड्यूल के माध्यम से हो सके। बि.प्र.एजेंसी सॉफ्टवेयर के माध्यम से एक फ्रंट एंड प्रयोक्ता इंटरफेस प्रदान करेगा, जहां क.रा.बी.निगम अस्पतालों/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालयों के नामित अधिकारी/प्रयोक्ता सभी आवश्यक विवरणों यथा- नामिकायन, वैधता/एमओए की वैधता के विस्तार सहित सभी आवश्यक विवरण, प्रत्यायन विवरण (एनएबीएच/एनएबीएल), अस्पताल का वर्गीकरण और किसी भी अन्य प्राचलों/मानदंडों जिसे क.रा.बी.निगम द्वारा समय-समय पर निर्दिष्ट किया गया है और साथ ही ऐसे अस्पताल/नैदानिक केंद्र नामिका से हटाने के बारे में कोई भी जानकारी, जिनका नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र से संबंधित ऐसे प्राचलों पर बि.प्र.एजेंसी के बिना कोई नियंत्रण है, को अद्यतन करने में सक्षम होंगे।

बि.प्र.एजेंसी क.रा.बी.निगम के सभी नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को सहमति ज्ञापन के अनुसार इस प्रक्रिया को चलाने के लिए आवश्यक सॉफ्टवेयर प्रदान करेगा।

यह दस्तावेज क.रा.बीमा संस्थाओं द्वारा अभिनिर्देशन सृजन और नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों से संबंधित बिलों का ऑनलाइन संसाधन पर मानक प्रचालन प्रक्रिया निर्धारित करता है।

परिभाषाएं और निर्वचन :

1. “करार” का अर्थ, यह करार और सभी अनुसूचियों, संलग्नक, अनुपूरक, परिशिष्ट और संशोधन इस करार की शर्तों के अनुसार किए गए करार, लिखित रूप में और जैसा कि दोनों पक्षों द्वारा सहमति व्यक्त की गई है। इसमें आशय पत्र, मानक प्रचालन प्रक्रिया, काम देने की अधिसूचना आदि यदि कोई भी परिवर्तन, क.रा.बी.निगम और यूटीआइ-आइटीएसएल के बीच लिखित रूप में पारस्परिक रूप से सहमत होने पर होता है तो भी यह इस करार का हिस्सा होगा।
2. “बि.प्र.एजेंसी” का अर्थ होगा बिल प्रक्रमण एजेंसी और यूटीआइ-आइटीएसएल इस करार में बि.प्र.एजेंसी के रूप में कार्य कर रहा है।
3. “क.रा.बीमा लाभार्थी” का अर्थ उस व्यक्ति से होगा जो क.रा.बीमा अधिनियम के अंतर्गत हितलाभ का हकदार है और क.रा.बी.निगम के कर्मचारी जिनके पास क.रा.बी.निगम कार्ड या कर्मचारी स्वास्थ्य कार्ड है या हितलाभ पाने के लिए पेंशनभोगी कार्ड है।
4. “हितलाभ” का अर्थ चिकित्सा सेवा की सीमा या डिग्री होगा जैसा कि बि.प्र.एजेंसी को सूचित किया गया है, जिसको लाभार्थी क.रा.बी.निगम के नियमों/अनुदेशों के अनुरूप पाने का हकदार है।
- 5 “व्याप्ति” का अर्थ उन व्यक्तियों से है जो क.रा.बी.निगम के लाभार्थी होने के कारण, क.रा.बी.निगम के चिकित्सा सेवाओं के हकदार हैं, बशर्ते क.रा.बी.निगम द्वारा बि.प्र.एजेंसी को लिखित में दिए गए नियम, शर्तों, सीमाओं की सूचना के अनुसार होगा।

ESIC- SOP for Online Bill Processing

Introduction

ESIC is providing comprehensive medical care facility to its beneficiaries and their dependents through ESIC/ESIS Hospitals & Dispensaries as well as empanelled hospitals & diagnostic centers.

ESIC has decided to appoint UTI-ITSL as a Bill Processing Agency (BPA) for processing the claims of empanelled hospitals/diagnostic centres and recommending the payment to be released. Expenditure incurred on medical services provided by empanelled hospital/diagnostic center shall be paid by ESIC directly to the empanelled facility after the bill is processed by BPA.

UTI-ITSL/BPA has agreed to provide a transparent system for online referral generation and bill processing for scrutiny and **processing of all bills (SST/Secondary/Investigations etc) of Empanelled Hospitals/Diagnostic Centers for beneficiaries referred from ESIC Hospitals and bills for only super specialty treatment in case of ESIS Hospitals. (As per MoU)**

Here after respective MS's-ESIC Hospitals & SMC Offices will enter into MOU/Addendum to MoU (as the case maybe) with empanelled hospitals/diagnostic centres to enable online referral generation and billing through UTI Module. BPA will provide a front end user interface through the software where in the designated officials/users of ESIC Hospitals/SMC Offices will be able to update all necessary details including empanelment, validity/extension of validity of MOA, details of accreditation (NABH/NABL), classification of hospital and any other parameters/criteria as specified by ESIC from time to time as also any information on de-empanelment of the hospital/diagnostic centers, without the BPA having any control on such parameters relating to the empanelled hospitals/diagnostic centers.

BPA shall be providing the required software as per MoU to all empanelled hospitals/diagnostic centers of ESIC to run the process.

This document lays down Standard Operating Procedure on referral generation by ESI Institutions and online processing of bills pertaining to empanelled hospitals/diagnostic centres.

DEFINITIONS & INTERPRETATIONS:

1. **“Agreement”** shall mean this agreement and all Schedules, Annexure, Supplements, Appendices and Modifications thereof made in accordance under the terms of this agreement, in writing and as agreed to by both the parties. It shall also include Letter of Intent, Standard Operating Process (SOP), Notification of award, etc. Any changes, if mutually agreed between ESIC and UTI-ITSL in writing, shall also form the part of the agreement.
2. **“BPA”** shall mean Bill Processing Agency and UTI-ITSL is acting as BPA while performing this agreement.
3. **“ESI Beneficiary”** shall mean a person who is entitled for benefit under ESI Act and employees of ESI Corporation who holds an ESIC Card or employee health card or pensioner card for availing benefit.
4. **“Benefit”** shall mean the extent or degree of medical service; the beneficiaries are entitled to receive as per the rules/instructions of ESIC on the subject, as conveyed to BPA in writing.
5. **“Coverage”** shall mean the types of persons eligible as beneficiary of ESIC to health services provided under the corporation, subject to the terms conditions, limitations and exclusions of the corporation as indicated in writing by ESIC to BPA.



- 6 “चि.अधीक्षक” का अर्थ क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पतालों के चिकित्सा अधीक्षकों से होगा।
7. किसी राज्य के “व.रा.चि.आयुक्त/रा.चि.आयुक्त” का अर्थ क.रा.बी.निगम के संबंधित राज्य के वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्त/राज्य चिकित्सा आयुक्त से होगा।
8. “नि.बी.चि.सेवाएं/निदेशक-क.रा.बी.योजना” का अर्थ संबंधित क.रा.बी. योजना के निदेशक, बीमा चिकित्सा सेवाएँ होगा।
9. “सक्षम वित्तीय प्राधिकार” (सीएफए) का अर्थ उस क.रा.बी.निगम आधिकारिक से है जिसके पास बि.प्र.एजेंसी से सिफारिशें प्राप्त होने के बाद ऑनलाइन बिलों को मंजूरी देने की शक्तियां प्रत्यायोजित हैं।
10. “कार्य दिवस” का अर्थ, रविवार और सार्वजनिक छुट्टियों के अलावा, उन दिनों से होगा जिस दिन क.रा.बी.निगम अस्पताल/संस्था कार्य हेतु खुले हैं।
11. “सेवा क्षेत्र” का अर्थ उस क्षेत्र से होगा जिस क्षेत्र में क.रा.बी.निगम ने बि.प्र.एजेंसी को सेवा प्रदान करने के लिए प्राधिकृत किया है ,वर्तमान में यह पूरे भारत में सभी क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था हैं।
12. “दावा” का अर्थ क.रा.बी.निगम नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्र द्वारा प्रस्तुत बिलों से होगा, जिसमें क.रा.बी.निगम द्वारा समय-समय पर निर्धारित सभी आवश्यक सहायक दस्तावेज शामिल होंगे ताकि बि.प्र.एजेंसी को बिल प्रक्रमण के लिए किसी अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता न हो। इसमें बिलों की मूल कागजी प्रति की भौतिक प्रस्तुति शामिल है और साथ ही सभी नैदानिक रिपोर्ट/फिल्म्स/पाउच/बिल/मूल्य स्टिकर आदि, जो इलेक्ट्रॉनिक रूप में नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्र द्वारा अपलोड किए गए थे, शामिल हैं जहां से अभिनिर्देशन किया गया और किसी भी प्रकार की किसी “अन्य अधिक जानकारी” भी शामिल है।
- 13 “शुल्क” का अर्थ नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र द्वारा प्रस्तुत बिल की दावा राशि पर समय-समय पर गणना की गई या बि.प्र.एजेंसी द्वारा प्रदान की गई सेवाओं के लिए क.रा.बी.निगम या क.रा.बी.निगम के नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र द्वारा सहमत देय राशि से होगा। इसका अर्थ सेवा कर, जीएसटी या बि.प्र.एजेंसी को ऐसी फीस पर लागू किसी अन्य कर का अतिरिक्त भुगतान (या उस पर वृद्धि) भी होगा। बि.प्र.एजेंसी को देय शुल्क की पुष्टि करने वाला पत्र संबंधित सक्षम वित्तीय प्राधिकारी (सीएफए) द्वारा बि.प्र.एजेंसी द्वारा दावे की अंतिम सिफारिश की तारीख से 30 दिनों के भीतर जारी किया जाएगा यदि उक्त शुल्क राशि बि.प्र.एजेंसी को भुगतान नहीं की गई हो तो बि.प्र.एजेंसी को उल्लेखित शुल्क के भुगतान में देरी होने पर अर्जित ब्याज पर कें.स.स्वा.योजना के निर्देशों के अनुरूप नियम, जहां भी प्रयोज्य हो, लागू होगा।
- 14 “सेवाओं” का अर्थ इस संविदा/करार के अनुसार बि.प्र.एजेंसी द्वारा किए गए कार्य से होगा।
- 15 “पक्ष” का अर्थ क.रा.बी.निगम या बि.प्र.एजेंसी और “पक्षों” का अर्थ क.रा.बी.निगम, क.रा.बी.योजना, बि.प्र.एजेंसी और नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों से होगा।
- 16 “सीधे भर्ती” का अर्थ है नामिकागत अस्पतालों में जाने वाले रोगी और प्रक्रिया/स्वास्थ्य परीक्षण/बाह्य रोगी परामर्श आदि का लाभ उठाने से जिसके लिए किसी क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पतालों/संस्थाओं द्वारा कोई अभिनिर्देशन नहीं किया गया है। इन बिलों का मूल्यांकन ऑफ़लाइन माध्यम से क.रा.बी.निगम द्वारा अप्रेषित (मा.प्र.प्रक्रिया) मानदंडों के अनुसार क.रा.बी.निगम द्वारा निर्धारित प्रक्रिया के अनुसार किया जाएगा।
- 17 “सॉफ्टवेयर” का अर्थ है संपूर्ण एप्लिकेशन सॉफ्टवेयर जो कॉन्सेप्ट के प्रमाण के दौरान प्रदर्शित किया गया था जिसे यूटीआई-आइटीएसएल/बि.प्र.एजेंसी द्वारा प्रदान किया जाएगा। सॉफ्टवेयर और इसके संशोधनों पर मालिकाना अधिकार, कॉपीराइट, एकस्व और ऐसे कोई भी अधिकार हमेशा यूटीआई-आइटीएसएल/बि.प्र.एजेंसी के पास होंगे।
- 18 “दरें” का अर्थ क.रा.बी.निगम नीति/मानक प्रचालन प्रक्रिया/कें.स.स्वा.योजना/अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान द्वारा अधिसूचित परिपत्रों के अनुसार दरें हैं, जिन्हें क.रा.बी.निगम द्वारा विधिवत अपनाया और अनुशंसित किया गया है या क.रा.बी.निगम द्वारा समय-समय पर वेबसाइट www.esic.nic.in और बि.प्र.एजेंसी पोर्टल www.esicbpa.UTI-ITSL.com/ESIC पर अपलोड किया गया है। दर में कोई भी परिवर्तन क.रा.बी.निगम द्वारा उल्लिखित और अधिसूचित तिथि से अधिकतम 7 (सात) दिनों के भीतर बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल पर प्रभावी होगा। इसमें इसके संशोधन शामिल होंगे।
19. “अभिनिर्देशन” का अर्थ उस दस्तावेज से है जो लाभार्थी को नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों पर नकदरहित उपचार/सुविधाओं का लाभ उठाने के लिए, ऑनलाइन/ऑफ़लाइन द्वारा जारी किया गया है और जिसमें सभी प्रासंगिक विवरण उल्लेखित हैं और वह क.रा.बी.निगम के निदेशनसुनार संबंधित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था के संबंधित सक्षम/नामित प्राधिकारी द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित है।
20. “नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र” का अर्थ क.रा.बी.निगम द्वारा उपचार/सुविधाएं/चिकित्सा प्रक्रिया/स्वास्थ्य देखभाल/परीक्षण/बाह्य रोगी/परामर्श या कोई अन्य चिकित्सा गतिविधि प्रदान करने और प्रदान करने के लिए नामिकागत सुविधा से है। इन सुविधाओं का नामिकायन/विस्तार/ग्रेडेशन/पंजीकरण सभी केवल क.रा.बी.निगम के दायरे में आते हैं। नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्रों का पंजीकरण, वैधता का विस्तार, मान्यता का विवरण (एनएबीएच/एनएबीएल), अस्पताल को नामिका से बाहर करने,

6. **"MS"** shall mean Medical Superintendents of ESIC/ESIS Hospitals.
7. **"SSMC/SMC"** of a state, shall mean Senior State Medical Commissioners /State Medical Commissioners of ESI Corporation, in the respective states.
8. **"DIMS/Director-ESIS"** shall mean Director Insurance Medical Services, of ESI State Scheme of respective states.
9. **"Competent Financial Authority"** (CFA) shall mean ESIC officials delegated with financial powers to clear on-line bills after receipt of the recommendations from BPA.
10. **"Working Day"** shall mean days on which ESIC/ESIS Hospitals/Institutions are open for business other than Sunday and public holidays.
11. **"Service Area"** shall mean the area with in which ESIC has authorized BPA to provide services, presently being all ESIC/ESIS hospitals/institutions, all over India.
12. **"Claim"** shall mean the bills submitted by the ESIC empanelled Hospitals/Diagnostic Centre with all necessary supporting documents as prescribed by ESIC from time to time so that no additional information, in the opinion of BPA, whatsoever, is further required to process the bill. This includes the physical submission of original hard copies of bills and required clinical reports/films/pouches/invoices/price stickers etc, which were electronically uploaded in the system by the empanelled hospitals to the place from where the referral was generated and any other "Need More Information" of any sort.
13. **"Fees"** shall mean the agreed payable amount by empanelled hospital/diagnostic center of ESIC or ESIC for services rendered by the BPA from time to time calculated on the claimed amount of the bill submitted by the empanelled hospital/diagnostic center. It shall also mean additional payment (or increase there on) of Service Tax, GST or any other taxes applicable on such fees to BPA. Letter confirming the fees due to BPA shall be issued by respective CFA within 30 days from date of last recommendation of claim by BPA if the said fee amount remains unpaid to BPA. CGHS directives on interest accrued for delay in payments to BPA shall be followed as and when applicable.
14. **"Services"** shall mean the work performed by the BPA pursuant to this contract/agreement.
15. **"Party"** shall mean either ESIC or BPA and "Parties" shall mean ESIC, ESIS, BPA and empanelled hospitals/diagnostic centers.
16. **"Direct admission"** means patients going to empanelled hospitals and availing procedure/ Health intervention/Test/OP consultation, etc. for which no referral has been made by any ESIC/ESIS Hospitals/Institutions. These bills shall be evaluated offline, as per prescribed procedure of ESIC as per the SOP forwarded by ESIC.
17. **"Software"** means the entire application software which was demonstrated during the Proof of Concept which will be deployed by UTI-ITSL/BPA. The Proprietary Rights, Copyrights, Patents and any such Rights over the software and its modifications shall always be with UTI-ITSL/BPA.
18. **"Rates"** means the rates as per ESIC policy/SOP/CGHS/AIIMS notified circulars duly adopted and recommended by ESIC or uploaded on the website www.esic.nic.in and BPA portal www.esicbpa.UTI-ITSL.com/esic from time to time by ESIC. Any change in rate shall be effective on BPA module within a maximum of 7 (seven) days from the date mentioned and notified by ESIC. It will include modifications thereof.
19. **"Referral"** means a document issued either online/offline for a beneficiary to avail cashless treatment/facilities at the respective empanelled hospitals/diagnostic centers bearing all relevant details and duly signed by respective competent/designated authority of respective ESIC/ESIS Hospital/institution as advised by ESIC.
20. **"Empanelled hospital/diagnostic center"** means the facility empanelled by ESIC to extend and provide treatment/facilities/medical procedure/Health intervention/Test/OP/ consultation or any other medical activity. The empanelment/extension/gradation/registration of these facilities all solely coming under the purview of ESIC only. The registration of empanelled hospital/diagnostic centers with validity, extension of validity, details of ac-



अस्पताल का वर्गीकरण और नामिकागत करने के लिए कोई अन्य प्राचल/मानदंड क.रा.बी.निगम का एकमात्र अधिकार क्षेत्र होगा। इन मामलों पर नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को संपर्क, क.रा.बी.निगम का एकमात्र विशेषाधिकार होगा। इस क्षेत्र में बि.प्र. एजेंसी का कोई भी हस्तक्षेप स्वतः अमान्य होगा।

पूर्वापेक्षाएं:

ग) हार्डवेयर और नेटवर्क अवसंरचना:

आवश्यक सू.प्रौ.अवसंरचना (विंडोज पीसी के साथ निरंतर नेट कनेक्शन, मॉडेम, प्रिंटर के साथ और लगातार पावर बैक-अप) सभी स्थानों (क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पतालों/नामिकागत अस्पतालों और नामिकागत नैदानिक केंद्रों) पर अनिवार्य है, जहां इस यूटीआइ-आइटीएसएल एप्लिकेशन सॉफ्टवेयर का उपयोग किया जाना है। संबंधित सक्षम प्राधिकारी उक्त उद्देश्य के लिए नामित मानित अधिकारियों को इंटरनेट सुविधा के साथ कंप्यूटर उपलब्ध कराएंगे।

क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पतालों/संस्था और रा.चि.आ कार्यालय मौजूदा विप्रो कंप्यूटर और नेट कनेक्शन/मोडेम का उपयोग इसके लिए कर सकते हैं जिनका उपयोग बायोमेट्रिक उपस्थिति के उद्देश्य से किया जा रहा है।

घ) **अनुप्रयोग:** यूटीआइ-आइटीएसएल एप्लिकेशन सॉफ्टवेयर इंटरनेट आधारित पंचदीप एप्लिकेशन सॉफ्टवेयर के विपरीत, वेब आधारित है और इसलिए किसी भी स्थान से, कभी भी उपयोग किया जा सकता है। सॉफ्टवेयर (यूटीआइ-आइटीएसएल मॉड्यूल) नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों द्वारा प्रस्तुत दावों के लिए भुगतान हेतु दावा राशि पर अनुमोदन, चिकित्सा जांच और सिफारिशों से अवगत कराने वाले ऑनलाइन अभिनिर्देशन पत्र तैयार करने में सक्षम होगा।

I सुविधाएं

देश भर में फैले क.रा.बी.निगम संस्थाओं के नेटवर्क के माध्यम से चिकित्सा सुविधाएं प्रदान की जानी हैं। यदि आगे के उपचार की आवश्यकता है, तो क.रा.बी.निगम संस्था से नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को एक अभिनिर्देशन जारी करेगा।

केवल क.रा.बी.निगम द्वारा प्राधिकृत कर्मचारी ही अभिनिर्देशन (सामान्य/आपातकालीन) जारी कर सकते हैं। नामित अधिकारियों के नामों की सूची संविदा की शुरुआत के समय प्रत्येक स्थान पर संबंधित सक्षम प्राधिकारी द्वारा बि.प्र.एजेंसी को दी जाएगी।

क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था के चिकित्सा अधीक्षक, अभिनिर्देशन की ऑनलाइन और कागजी प्रति दोनों को विधिवत अनुमोदित और प्रमाणित करेंगे।

II सॉफ्टवेयर का परिनियोजन

बि.प्र.एजेंसी - बिल प्रक्रमण समनुदेशन जो क.रा.बी.निगम द्वारा पहले से स्वीकार्य हैं और प्रयोग किए जा रहे हैं, के लिए अनुकूलित अनुप्रयोग (सॉफ्टवेयर) को स्थापित और परिनियोजित करेगा।

III प्रशिक्षण

बि.प्र.एजेंसी ने संविदा पर हस्ताक्षर करने से पहले क.रा.बी.निगम और नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को प्रारंभ मे निःशुल्क प्रशिक्षण प्रदान किया है। हालांकि, बि.प्र.एजेंसी फिर से सहमति ज्ञापन पर हस्ताक्षर करने के बाद सभी स्थानों पर निःशुल्क पुनश्चर्या ऑनसाइट प्रशिक्षण प्रदान करेगा। साथ ही, बि.प्र.एजेंसी सम्पूर्ण प्रशिक्षण उद्देश्य को ध्यान में रखकर एक वीडियो फिल्म भी क.रा.बी.निगम आधिकारिकों के लिए निःशुल्क तैयार करेगी।

यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त 3 (तीन) प्रशिक्षण क.रा.बी.निगम/अस्पतालों को बिना किसी लागत के स्काइप, टीम व्यूअर, वीडियो कॉन्फ्रेंस, वीडियो आदि जैसे इलेक्ट्रॉनिक प्लेटफॉर्म के माध्यम से दिए जाएंगे।

बि.प्र.एजेंसी तदुपरांत भी, सूची में शामिल होने वाले नए नामिकागत अस्पतालों को प्रशिक्षण प्रदान करेगी जब भी उस संबंधित स्थान के लिए नई नामिका बनाई जाती है और क.रा.बी.निगम द्वारा किसी नई इकाई के नई नामिका पर इस तरह के प्रशिक्षण के लिए कोई अतिरिक्त शुल्क का भुगतान नहीं किया जाएगा। ऐसे मामलों में भी 3 (तीन) प्रशिक्षण क.रा. बी.निगम/अस्पतालों को बिना किसी लागत के स्काइप, टीम व्यूअर, वीडियो कॉन्फ्रेंस, वीडियो आदि जैसे इलेक्ट्रॉनिक प्लेटफॉर्म के माध्यम से दिए जाएंगे।

creditation (NABH/NABL), de-empanelment of hospital, classification of hospital and any other parameters/criteria for empanelment would be the sole jurisdiction of ESI Corporation. The communication to the empanelled hospitals /diagnostic centers on these matters will be the sole prerogative of ESIC.

Any intervention of BPA in this area will be automatically invalid.

Pre-requisites:

(C) Hardware & Network Infrastructure:

Necessary IT infrastructure (Windows PC with continuous net connection, modem, Printer with power back-up) is mandatory at all places (ESIC/ESIS Hospitals/ empanelled hospitals and empanelled diagnostic centers) where this UTI-ITSL application software is to be used. Respective Competent Authorities will make available computers with internet facility to the deemed officials nominated for the said purpose.

ESIC/ESIS Hospitals/Institutions & SMC Offices can use the existing Wipro computers and net connections/modems taken for the purpose of Biometric Attendance for facilitation of the same.

(D) Application: UTI-ITSL application software is web based unlike the Intranet based Panch-deep application software and hence can be used from any location, anytime. The software (UTI-ITSL Module) shall enable generation of online referral letter conveying the approval, medical scrutiny and recommendations on the claim amount for the payment against the claims submitted by the empanelled hospitals / diagnostic centers.

I Facilities

Medical facilities are to be provided through a network of ESI institutions spread across the country. In case further treatment is required, a referral will be issued from ESI Institution to the empanelled hospital/diagnostic center.

Only the staff authorized by ESIC can issue (Normal/Emergency) referrals. **The list of names of designated officers shall be given to BPA by the respective Competent Authority at each of the location at the time of start of the Contract.**

The Medical Superintendent of ESIC/ESIS Hospital/Institution shall duly approve and authenticate both the online and the hard copy of the referral.

II Deployment of software

BPA shall set up and deploy the customized application (software) as already being used and accepted by ESIC for the bill processing assignment.

III Training

BPA has imparted initial free of cost training to ESIC and empanelled hospitals/diagnostic centers before signing of the contract. However, the BPA shall again impart refresher onsite training, free of cost at all locations after the MoU is signed. In addition, BPA will prepare a video film, free of cost along with ESIC Officials for complete training purposes.

Additional 3 (three) trainings if required, shall be given through electronic platforms like Skype, Team Viewer, Video Conference, Videos etc without any cost to ESIC / hospitals.

BPA shall further impart training to newly empanelled hospitals at any point later whenever fresh empanelment is undertaken for that respective location and no extra charges will be paid by ESIC for such training on fresh empanelment of a new entity. In such cases also, additional 3 (three) trainings shall be given through electronic platforms like Skype, Team Viewer, Video Conference, Videos etc without any cost to ESIC / hospitals.



उपर्युक्त प्रशिक्षण दिए जाने के बाद भी यदि किसी और अतिरिक्त प्रशिक्षण की आवश्यकता है, तो यह बि.प्र.एजेंसी द्वारा तय की जाने वाली लागत पर होगा, जिसका खर्च नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र द्वारा वहन किया जाएगा।

IV प्रयोक्ता पहचान (यूजर आइडी) का सृजन (सक्रियकरण/निष्क्रियकरण)

अधोलिखित प्रक्रिया के अनुसार क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना के प्रयोक्ताओं के लिए प्रयोक्ता पहचान बनाई जाएगी:

- 1) भविष्यलक्षी प्रयोक्ता द्वारा प्रयोक्ता सृजन प्रपत्र का भरा जाना।
- 2) प्रपत्र में यथापरिभाषित प्रयोक्ता की भूमिका (यथा : पंजीकरण, अभिनिर्देशन प्राप्तकर्ता, सत्यापनकर्ता, स्तर 1 अधिप्रमाणनकर्ता, स्तर 2 अनुमोदक, वित्तीय अनुमोदक, लेखा आदि)
- 3) प्रपत्र पर प्रयोक्ता द्वारा हस्ताक्षर किए जाने चाहिए और संबंधित क.रा.बी.निगम/करबीयो अस्पतालों/संस्थाओं के चिकित्सा अधीक्षक/राज्य चिकित्सा आयुक्त द्वारा आधिकारिक मुहर और हस्ताक्षर के साथ प्राधिकृत किया जाना चाहिए।
- 4) एक्सेल संरूप में प्रयोक्ता निर्माण टेम्पलेट भरना।
- 5) इन दस्तावेजों की स्कैन की गई प्रतियां .XLS संरूप में प्रयोक्ता निर्माण टेम्पलेट के साथ ESICBPA@UTI-ITSL.com को अप्रेषित की जानी हैं।
- 6) यदि किसी भी कारण से किसी भी प्रयोक्ता को हटा/रोक दिया जाता है, तो यह अनिवार्य रूप से आवश्यक है कि नकली/धोखाधड़ीपूर्ण/डुप्लीकेट बिलिंग और भुगतान को रोकने के लिए, उपर्युक्त प्रक्रिया का पालन करके पुराने आइडी को निष्क्रिय करने और नए प्रयोक्ता पहचान के निर्माण के लिए क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पतालों/संस्थाओं के संबंधित चिकित्सा अधीक्षक/राज्य चिकित्सा आयुक्त द्वारा बि.प्र.एजेंसी को सूचित किया जाना चाहिए।

V प्रश्न :

बि.प्र.एजेंसी इस प्रणाली के सभी प्रयोक्ताओं यथा क.रा.बी.अस्पताल/संस्था और नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों के लिए प्रश्नोत्तर और पूछ-ताछ की सुविधा ई-मेल (बि.प्र.एजेंसी - आइटी और प्रशिक्षण हेल्पडेस्क) के माध्यम से प्रदान करेगा ई-मेलस और एस्केलेशन (बढ़ते क्रम) मैट्रिक्स निम्नानुसार हैं:

प्रभागीय प्रबंधक

सहायक उपाध्यक्ष

उप उपाध्यक्ष

वरिष्ठ उपाध्यक्ष

सभी प्रश्नों को बि.प्र.एजेंसी द्वारा 24 घंटे के भीतर तुरंत संबंधित किया जाएगा। बि.प्र.एजेंसी द्वारा ई-मेल समाधान एमआइएस प्रदान किया जाएगा। बि.प्र.एजेंसी अपने वेबपेज www.esicbpa.UTI-ITSL.com/ESIC पर प्रक्रिया प्रवाह और पालन की जाने वाली प्रक्रियाओं को भी प्रकाशित करेगी, ताकि प्रयोक्ता को बि.प्र.एजेंसी के साथ लगातार संपर्क नहीं करना पड़े।

बि.प्र.एजेंसी अस्पताल के स्टाफ के साथ कर्मचारियों की सीधी व्यक्तिगत चर्चा को प्रोत्साहित नहीं करेगा।

VI संसाधन

क.रा.बी.योजना अस्पतालों के लिए : क.रा.बीमा राज्य अस्पतालों/औषधालयों में बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल के माध्यम से कर्मचारी/नामिकागत अस्पतालों में प्रशिक्षण और विभिन्न गतिविधियों (ऑनलाइन अभिनिर्देशन सृजन, दस्तावेज के सत्यापन आदि) के कार्यान्वयन के लिए संबंधित वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्त/राज्य चिकित्सा आयुक्त अपने राज्य में नि.बी.चि.सेवाएं (निदेशक, बीमा चिकित्सा सेवाएं) के साथ समन्वय करने के लिए नोडल अधिकारी के रूप में कार्य करेंगे। संबंधित क.रा.बीमा अस्पतालों के चिकित्सा अधीक्षक विधिवत मान्य प्रपत्रों को वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्त/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय को विशिष्ट भूमिका/मैपिंग के लिए अप्रेषित करेंगे। यह प्रपत्र और वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय में विशिष्ट भूमिका/मैपिंग के लिए प्रपत्र संबंधित वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्त/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय से बि.प्र.एजेंसी को प्रयोक्ता पहचान (यूजर आइडी) और संकेत शब्द (पासवर्ड) के सृजन के लिए अप्रेषित किया जाएगा। यह क.रा.बी.अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक और वरिष्ठ राज्य चिकित्सा आयुक्त/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय की जिम्मेदारी होगी कि वे किसी अधिकारी/प्रयोक्ता की स्थिति में परिवर्तन की सूचना, विशिष्ट प्रयोक्ता पहचान को ब्लॉक करने के लिए बि.प्र.एजेंसी को सूचित करें। बि.प्र.एजेंसी इस हेतु एक लेखापरीक्षा ट्रेल का रख-रखाव करेगी।

क.रा.बी.निगम अस्पतालों के लिए : चिकित्सा अधीक्षक, क.रा.बी.निगम अस्पताल कर्मचारियों/नामिकागत अस्पतालों

After the above trainings have been given and still there is a requirement of any further additional training, then it would be at a cost to be decided by BPA which shall be borne by the empanelled hospital/diagnostic centre.

IV Creation of User ID (Activation/ Deactivation)

User IDs will be created for users of ESIC/ESIS as per the procedure mentioned below:

- a) Filling the User ID creation form by prospective user.
- b) The role of the user to be mentioned, as defined in the form. (E.g.: Registration, Referral, Receiver, Verifier, Level 1 Validator, Level 2 Approver, Financial Approver, Accounts etc.)
- c) The form should be signed by the user and authorized by respective MS's/SMC's at ESIS/ ESIC Hospitals/Institutions along with official seal and signature
- d) Filling of the user creation template in the Excel format.
- e) Scanned copies of these documents to be forwarded to esicbpa@UTI-ITSL.com along with User Creation Template in .XLS format.
- f) If any user is discontinued by whatsoever reason, it is imperative that to prevent fake/ fraudulent/duplicate billing and payments, the same should be communicated to BPA by respective MS's/SMC's at ESIS/ ESIC Hospitals/Institutions for deactivation of old IDs and creation of fresh user IDs by following the above procedure.

V Queries:

BPA shall facilitate the replies to the queries for all users of the system i.e. ESI Hospitals/Institutions and empanelled hospitals/diagnostic centers through e-mails (BPA - IT & Training Helpdesk) and escalation matrix as under:

Divisional Manager

Assistant Vice President

Dy Vice President Vice President

Senior Vice President

All queries will be addressed by the BPA promptly within 24 hrs. E-mail resolution MIS will be provided by the BPA. The BPA shall also publish on its webpage www.esicbpa.UTI-ITSL.com/esic the process flow and the procedures followed, so that the user does not have to constantly interact with BPA.

BPA shall discourage direct personal discussions of employees with the hospital staff.

VI Resources

For ESIS hospitals -Respective SSMC/SMC shall act as Nodal officer to coordinate with DIMS (Director Insurance Medical Services) in the State, for training of staff/empanelled hospitals and implementation of various activities (online referral generation, verification of document etc) through BPA module in the ESIS Hospitals/Dispensaries. MS of respective ESIS Hospitals shall duly forward the validated forms for specific role/s mapping to SSMC/SMC Office. These forms along with forms for designated roles within SSMC office shall be forwarded by SSMC/SMC for creation of user ID's & passwords to BPA. It will be the responsibility of MS ESIS Hospital & SSMC/SMC to intimate BPA to block specific user ID in event of change in status of any official/ user. BPA shall maintain an Audit trail for the same.

For ESIC Hospitals - MS ESIC Hospitals shall identify a Nodal Officer in respective ESIC Hospitals to coordinate training of staff/empanelled hospitals and implementation of various activities

के प्रशिक्षण और बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल के माध्यम से विभिन्न गतिविधियों के कार्यान्वयन के समन्वय के लिए संबंधित क.रा.बी.निगम अस्पतालों में एक नोडल अधिकारी को चिह्नित करेंगे। संबंधित नोडल अधिकारी इन विषयों पर मुख्यालय के साथ समन्वय करने के लिए जिम्मेदार होंगे। संबंधित क.रा.बी.निगम अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक प्रयोक्ता पहचान और संकेत शब्द (पासवर्ड) के निर्माण के लिए मानचित्रण के साथ विशिष्ट भूमिका/ओं के लिए मान्य प्रपत्रों को बि.प्र.एजेंसी को विधिवत अग्रेषित करेंगे। चिकित्सा अधीक्षक, क.रा.बी.निगम अस्पताल की जिम्मेदारी होगी कि वह किसी भी अधिकारी/प्रयोक्ता की स्थिति में परिवर्तन की स्थिति में, विशिष्ट प्रयोक्ता पहचान को ब्लॉक करने के लिए बि.प्र.एजेंसी को सूचित करें। बि.प्र.एजेंसी इस हेतु एक लेखापरीक्षा ट्रेल का रख-रखाव करेगी।

VII नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों का पंजीकरण :

नामिकायन/विस्तार/ग्रेडेशन/नामिकागत सुविधाओं का पंजीकरण सभी केवल क.रा.बी.निगम के पूर्ण अधिकार क्षेत्र में रहेगा। नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्रों का पंजीकरण, दर सूचियों, वैधता, वैधता का विस्तार, प्रत्यायन का विवरण (एनएबीएच/एनएबीएल), अस्पताल को नामिका से बाहर करने, अस्पताल का वर्गीकरण और नामिकागत होने के लिए किसी भी अन्य प्राचल/मानदंडों के साथ संबंधित क.रा.बी.अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय में किया जाएगा।

VIII प्रक्रियाएं

- 1) अभिनिर्देशन : क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था क.रा.बीमा लाभार्थी को अस्पतालों के सामान्य कार्य समयों के दौरान या सामान्य कार्य समयों के उपरांत आपातकाल के रूप में नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र में अभिनिर्देशित करेंगे।

सामान्य कामकाजी समय में क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था उपर्युक्त खंड-1 के अंतर्गत विनिर्दिष्ट सक्षम प्राधिकारी/निर्दिष्ट प्रयोक्ता द्वारा बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल या अन्य के माध्यम से ऑनलाइन अभिनिर्देशन शुरू करेंगे (जैसा कि समय-समय पर क.रा.बी.निगम द्वारा निर्दिष्ट किया गया है) और रोगी को अभिनिर्देशन पत्र की भौतिक प्रति सौंपेंगे।

ऐसी स्थिति में जहां संबंधित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था सर्वर के कारण/एप्लिकेशन समस्याएँ के कारण ऑनलाइन अभिनिर्देशन उत्पन्न करने में असमर्थ हैं, तो बि.प्र.एजेंसी समस्या की अवधि और समय दर्ज करेगी

और बाद में प्रणाली पर ऐसे अभिनिर्देशन के प्रवेश की सुविधा प्रदान करना और लेखापरीक्षा ट्रेल के लिए इसे बनाए रखेगा।

सामान्य परिस्थितियों में अभिनिर्देशन की वैधता तिथि अभिनिर्देशन से केवल 7 दिनों के लिए होगी (अभिनिर्देशन की तारीख को छोड़कर) कें.स.स्वा.योजना पैकेज के अंतर्गत न आने वाले मामलों के संबंध में प्रवेश की अवधि का उल्लेख अभिनिर्देशन पर होना चाहिए। यदि विनिर्दिष्ट नहीं है तो, प्रवेश केवल तीन (03) दिनों के लिए वैध होगा, जिसके अनुसार टाइ-अप अस्पताल (नामिकागत अस्पताल) भर्ती रहने की अवधि में विस्तार हेतु अनुमति प्राप्त करेगा।

पुराने अभिनिर्देशन के पुनर्वैधीकरण की कोई संभावना नहीं होगी और ऐसे सभी मामलों में जहां वैधता समाप्त हो गई है, प्रणाली में एक नया अभिनिर्देशन तैयार करना होगा।

विशेष परिस्थितियाँ में, जैसे कीमोथेरेपी, डायलिसिस आदि, में वैधता क.रा.बी.निगम के निर्देशानुसार, समय-समय पर सूचित, प्रचलित होगी।

- कीमोथेरेपी - दिनों के समुचित उल्लेख के साथ चक्रवार अभिनिर्देशन, जैसे चक्र 1- दिन 1, 3 या 5 या जैसा भी मामला हो। क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल को अभिनिर्देशित करने के लिए निर्दिष्ट दिनों की संख्या को मॉड्यूल में अनिवार्य रूप से शामिल किया जाना चाहिए।
- रेडियोथेरेपी- कुल सिटिंग और कुल खुराक जैसे, 5 सत्रों में 25 जीवाइ. क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल को अभिनिर्देशित करके निर्दिष्ट सत्रों की संख्या को मॉड्यूल में अनिवार्य रूप से शामिल किया जाना चाहिए।
- डायलिसिस - डायलिसिस की आवृत्ति/सत्र के उचित उल्लेख के साथ 30 दिनों के लिए अभिनिर्देशन। क.रा.बी.निगम/द्वारा निर्दिष्ट किए जाने वाले दिनों की संख्या जैसे एक महीने के लिए प्रति सप्ताह एक सत्र, एक महीने के लिए प्रति सप्ताह चार सत्र से अधिक नहीं। क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल को अभिनिर्देशित करके निर्दिष्ट सत्रों की संख्या को मॉड्यूल में अनिवार्य रूप से शामिल किया जाना चाहिए।
- यदि लाभार्थी को प्रदान किए गए सत्रों की संख्या मॉड्यूल में उल्लिखित संख्या से कम है, तो बि.प्र.एजेंसी कें.स.स्वा. योजना दर सूची के अनुसार आनुपातिक आधार पर नामिकागत अस्पताल के भुगतान की प्रक्रिया करेगी।

2) आपातकालीन समय के दौरान अर्थात सामान्य कामकाजी घंटों के बाद या छुट्टियों के दौरान अभिनिर्देशित किए गए रोगियों के लिए, प्राधिकृत अधिकारी, खंड-1 के अनुसार, नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र के लिए एक कागजी प्रति/ऑनलाइन अभिनिर्देशन

through BPA module. Respective nodal officers shall be responsible to coordinate with Headquarters' office on the same. MS of respective ESIC Hospital shall duly forward the validated forms for specific role/s with mapping for creation of user ID's and passwords to BPA.

It will be the responsibility of MS ESIC Hospital to intimate BPA to block specific user ID in event of change in status of any official/user. BPA shall maintain an Audit trail for the same.

VII Registration of Empanelled hospitals/Diagnostic centres:

The empanelment/extension/gradation/registration of empanelled facilities, all solely coming under the purview of ESIC only. The registration of empanelled hospital/diagnostic centers with rate lists, validity, extension of validity, details of accreditation (NABH/NABL), de-empanelment of hospital, classification of hospital and any other parameters/criteria for empanelment shall be done at respective ESIC Hospital/SMC Office.

VIII Procedures

- 1) Referrals: ESIC/ESIS Hospitals/Institutions will refer an ESI beneficiary to empanelled hospital /diagnostic center either during normal working hours of the Hospitals or as an emergency after the normal working hours.

In normal working hours ESIC/ESIS Hospitals/Institutions will initiate referral by the competent authority/ specified user as specified under Clause I above, online through BPA

module or otherwise (as specified by ESIC from time to time) and handover hard copy of referral letter to patient.

In the event where the respective ESIC/ESIS Hospitals/Institutions are unable to generate online referral on account of Server/Application issues, BPA shall record the time & duration of the problem and facilitate the entry of such referrals on the system at a later stage and maintain an audit trail for the same.

The validity of referral in normal circumstances shall be for 7 days only from the date of referral (excluding the date of referral). Duration of admission should be mentioned on the referral for cases not covered under CGHS package. If not specified, the admission shall be valid for Three days (03) only, pursuant to which the tie up hospital (the empanelled hospital) shall seek further permission for extension of stay.

There will be no scope of revalidation of old referrals and in all such cases where the validity has elapsed; a new referral will have to be generated in the system.

In special circumstances for e.g Chemotherapy, Dialysis etc. the validity shall prevail as per instructions of ESIC, as intimated from time to time.

- Chemotherapy - Cycle wise referrals with due mention of days e.g Cycle 1- Day 1, 3 or 5 or as the case may be. The number of days as specified by referring ESIC/ESIS Hospital needs to be mandatorily captured in the module.
 - Radiotherapy- Total sittings and total dose e.g. 25 Gy in 5 sessions. The number of sessions as specified by referring ESIC/ESIS Hospital needs to be mandatorily captured in the module.
 - Dialysis – Referral for 30 days with due mention of the frequency/session of dialysis. Number of days as specified by ESIC to be specified e.g. one session per week for a month, not exceeding four sessions per week for a month. Number of sessions as specified by referring ESIC/ESIS Hospital needs to be mandatorily captured in the module.
 - In case numbers of sessions provided to the beneficiary are less than the number mentioned in the module, BPA shall process the payment of empanelled hospital on pro rata basis as per CGHS Rate List.
- 2) For patients referred during emergency hour i.e. after normal working hours or on holidays, the Authorized officer, as per Clause I, shall generate a hard copy/ online referral for

तैयार करेगा। सामान्य परिस्थितियों में, लाभार्थी के लिए बि.प्र.एजेंसी दावा पहचान अगले कार्य दिवस पर तैयार की जाएगी (यदि सक्षम प्राधिकारी द्वारा उसी दिन अनुमोदित नहीं किया गया है) और ऑनलाइन तथा अभिनिर्देशन की भौतिक प्रति दोनों को खंड-1 के अनुसार क.रा.बी अस्पताल/संस्था के नामित प्राधिकारी द्वारा विधिवत अनुमोदित और प्रमाणित किया जाएगा।

जब तक अन्यथा उल्लेख न किया जाए, आपातकालीन समय या छुट्टियों के दौरान अभिनिर्देशन की वैधता केवल तीन दिन होगी (अभिनिर्देशन की तारीख को छोड़कर)। प्रणाली में अभिनिर्देशन की वैधता के लिए बाद के सत्यापन को मॉड्यूल में बि.प्र.एजेंसी द्वारा शामिल किया जाएगा।

3) क.रा.बी.निगम द्वारा इसे पुनः दोहराया जाता है कि रोगियों को केवल उन्हीं सेवाओं के लिए अभिनिर्देशित किया जाए, जो सामान्य रूप से संबंधित अस्पतालों में, क.रा.बी.निगम द्वारा निर्धारित मानदंडों अनुसार, उपलब्ध नहीं होती हैं।

4) सभी संबंधित अस्पतालों के बीच सामान्य परिस्थितियों में, अभिनिर्देशन मामलों का वितरण औचित्यपूर्ण, समान रूप से और उचित रूप से किया जाना चाहिए तथा पारदर्शिता बनाए रखने के लिए निर्धारित दिशा निर्देशों और निर्धारित प्रक्रिया का पालन किया जाना चाहिए।

5) क.रा.बी.निगम एक अभिनिर्देशन प्रपत्र जारी करेगा, जिसमें विशिष्ट प्रक्रिया/स्वास्थ्य हस्तक्षेप/परीक्षण/ओपी परामर्श आदि के साथ-साथ नैदानिक जानकारी, निदान और समय-समय पर विनिर्दिष्ट किसी भी अन्य प्रासंगिक जानकारी का विवरण का उल्लेख होगा।, जिसके लिए अभिनिर्देशन किया जा रहा है। अभिनिर्देशन में अधिमानतः कें.स.स्वा.योजना कूट का भी उल्लेख किया जाना चाहिए जिसके अंतर्गत रोगी को नामिकागत अस्पताल में अभिनिर्देशित किया जा रहा है। कें.स.स्वा.योजना पैकेज के अंतर्गत व्याप्त नहीं किए गए मामलों के लिए अभिनिर्देशन पर प्रवेश की अवधि का उल्लेख किया जाना चाहिए। यह बि.प्र.एजेंसी संवीक्षा/जांच का आधार बनेगा।

उपचार जारी रखने के लिए के,भर्ती रहने की अवधि विस्तार बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल-एक्सटेंशन टेम्पलेट में दर्ज किया जाएगा, इसे पुराने अभिनिर्देशन संख्या/यूनिक क्लेम पहचान के साथ विधिवत जोड़ा जाएगा। इस आशय का प्रासंगिक सत्यापन बि.प्र.एजेंसी द्वारा मॉड्यूल में शामिल किया जाएगा। इस विस्तारित अवधि अनुमोदन दस्तावेज़, बिल प्रस्तुत करने का एक हिस्सा होना चाहिए। (जैसा कि ईसीएचएस में है)

6) यह दोहराया जाता है कि अति विशिष्टता उपचार की आवश्यकता पर केवल तभी विचार किया जाना चाहिए, जब उपचार में संबंधित चिकित्सा क्षेत्र के अति विशेषज्ञ का अनिवार्य हस्तक्षेप शामिल हो।

7) सभी अभिनिर्देशन जहां अभिनिर्देशन पत्र पर अति विशिष्टता प्रक्रियाएं निर्दिष्ट नहीं हैं और यदि रोगियों को केवल किसी भी चिकित्सा हेतु सहायक देखभाल/टर्मिनल देखभाल के लिए अभिनिर्देशित किया जाता है और जहां रोगी को अति विशेषज्ञ द्वारा किसी सक्रिय हस्तक्षेप की आवश्यकता नहीं है, तो इसे 'द्वितीयक देखभाल' माना जाना चाहिए। तदनुसार इन बिलों के संबंध में संबंधित सीएफए द्वारा भुगतान किया जाना चाहिए, अर्थात् चिकित्सा अधीक्षक क.रा.बी.निगम अस्पताल द्वारा/नि.बी.चि.सेवाएं द्वारा (या यदि रा.चि.आयुक्त द्वारा भुगतान किया जाता है तो व्यय के लिए कटौती राज्य को देय भविष्य के 'खाते में' भुगतान राशि से की जानी चाहिए)।

8) ऑन्कोलॉजी अति विशिष्टता उपचार में केवल ऑन्को शल्य-क्रिया/कीमोथेरेपी/रेडियोथेरेपी पैकेज शामिल किए जाने चाहिए। टाइ-अप अस्पतालों को परीक्षाधीन दवाओं/या भारत में उपयोग के लिए डीसीजीआई द्वारा गैर अनुमोदित नहीं की गई दवाओं/या ऐसी दवाओं का उपयोग नहीं करना चाहिए जिनका लाभकारी प्रभाव क.रा.बी.निगम लाभार्थियों पर संदिग्ध हो। सभी कीमोथेराप्यूटिक दवाएं, यदि डीजीईएसआई-आरसी में उपलब्ध हैं, रोगी को अभिनिर्देशित करने वाले अस्पताल द्वारा जारी की जानी चाहिए जैसा कि कें.स.स्वा.योजना में किया जा रहा है।

यदि इसे अभिनिर्देशित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल द्वारा प्रदान किया जा रहा है तो इसे बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में विधिवत दर्ज किया जाना चाहिए।

संबंधित ऑन्कोलॉजी अभिनिर्देशन के लिए टाइ-अप अस्पताल से कीमो/रेडियो-थेरेपी अनुसूची और दवा प्रोटोकॉल सलाह संलग्न करना अनिवार्य है। इसे बिल प्रक्रमण के समय बि.प्र.एजेंसी द्वारा मान्य किया जाना चाहिए।

9) किसी भी असूचीबद्ध प्रक्रिया/प्रत्यारोपण आदि, जो कें.स.स्वा.योजना या एम्स में नामिकागत नहीं हैं, के लिए क.रा.बी.निगम में सक्षम प्राधिकारी से पूर्व अनुमोदित और अधिमानतः बजट आकलन होना चाहिए। बि.प्र.एजेंसी को विधिवत सूचित किए जाने पर क.रा.बी.निगम नीति के अनुसार बि.प्र.एजेंसी गैर-नामिकागत प्रत्यारोपण, जांच और गैर-नामिकागत प्रक्रियाओं पर कटौती लागू करेगा। बि.प्र.एजेंसी क.रा.बी.निगम के निर्देशानुसार जहां भी लागू हो कें.स.स्वा.योजना प्रमुख और छोटी प्रक्रिया दरें लागू करेगा।

10) जहां तक संभव हो नामिकागत अस्पतालों को कें.स.स्वा.योजना फॉर्मूलरी में अनुमोदित दवाओं का उपयोग करने की सलाह दी जाती है। आवश्यक जीवन रक्षक दवाओं के लिए कें.स.स्वा.योजना द्वारा अनुमोदित दर सूची का उपयोग बिल प्रक्रमण के दौरान किया जाना चाहिए।

यदि बाजार में भारतीय ब्रांड उपलब्ध है तो आयातित ब्रांडों का उपयोग नहीं किया जाना चाहिए। नामिकागत अस्पतालों को इन मुद्दों पर कें.स.स्वा.योजना द्वारा जारी सभी दिशानिर्देशों का सख्ती से पालन करना होगा।

the empanelled hospital/diagnostic center. Under normal circumstances, BPA claim ID for the beneficiary shall be generated on the next working day (if not approved by the competent authority on the same day) and both the online and the hard copy of referral will be duly approved and authenticated by the designated authority of ESI Hospital/Institution, as per Clause I.

Unless mentioned otherwise, the validity of referral generated during emergency hours or on holidays will be three days only (excluding the date of referral). Subsequent validations for validity of referrals in the system shall be incorporated by BPA in the module.

- 3) It is again reiterated by ESIC to refer patients only for those services, which normally are not available in respective hospitals as per the prescribed ESIC norms.
- 4) Under normal circumstances, referrals should be justified, equally and fairly distributed amongst all tie up hospitals and due care should be exercised in maintaining transparency and adherence to prescribed guidelines and laid down procedure.
- 5) ESIC will issue referral form, which shall indicate specific procedure /Health Intervention/Test/OP consultation, etc. along with clinical information, diagnosis and any other relevant information as specified from time to time, for which referral is being made. Referrals should also preferably carry the CGHS code under which the patient is being referred to the empanelled hospital. Duration of admission should be mentioned on the referral for cases not covered under CGHS package. This will form the basis for BPA scrutiny. The extension of stay for ongoing treatment shall be captured in the BPA Module –Extension Template, duly linking it with the old referral number/Unique claim ID. Relevant validation to this effect shall be incorporated in the module by the BPA. This extended stay approval document should be a part of the bill submission. (As in ECHS)
- 6) It is reiterated that the super specialty treatment requirement should be considered only if the treatment involves mandatory intervention by the Super specialist of the concerned field.
- 7) All referrals where Super specialty procedures are not specified on the referral letter and if patients are referred only for supportive care/terminal care in any discipline and where patient does not need any active intervention by the super specialist, it should be considered as 'Secondary Care'. Payment in respect of these bills by respective CFA's should be done accordingly i.e by M.S ESIC Hospital / by DIMS (or if paid by SMC then deduction for the expenditure should be done from the future 'On Account' payments, due to the State).
- 8) Only Onco Surgery/Chemotherapy/Radiotherapy Packages should be included in Oncology Super specialty Treatment. The tie up hospitals should not use drugs under trial/ or those not approved by DCGI for use in India/ or drugs whose beneficial effects are doubtful on ESI beneficiaries. All Chemotherapeutic drugs, if available in DGESI -RC should be issued to the patient by the referring hospital as is being done in CGHS.
If the same are being provided by the referring ESIC/ESIS Hospital this should be duly captured in the BPA module.
It is mandatory to attach the Chemo/Radio-therapy Schedule and drug protocol advice from the tie up hospital for respective Oncology referrals. This should be validated by BPA at the time of bill processing.
- 9) Any unlisted procedures/ implants etc, which are not listed in CGHS or AIIMS, should have prior approval and preferably budget estimation from the Competent Authority in ESIC. BPA shall implement deductions on unlisted implants, investigations and unlisted procedures as per ESIC policy, duly intimated to BPA. BPA shall apply CGHS major and minor procedure rates where ever applicable as instructed by ESIC.
- 10) As far as possible the empanelled hospitals are advised to use the drugs approved in CGHS formulary. The rate list approved by CGHS for essential life saving medicines should be used during bill processing.

Imported brands should not be used if the Indian brand for the same is available in the market. The empanelled hospitals must strictly follow all guidelines issued by CGHS on these issues.

11) नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र, क.रा.बी.निगम लाभार्थी की अभिनिर्देशन/प्रवेश सलाह प्राप्त होने पर 4 घंटे के भीतर बि.प्र. एजेंसी को एक ऑनलाइन सूचना भेजेगा, जिसमें रोगी का पूरा विवरण, उपचार का प्रस्तावित विवरण, लागत और अवधि के साथ-साथ क्लिनिकल इतिहास और क.रा.बी.निगम द्वारा समय-समय पर विनिर्दिष्ट कोई अन्य जानकारी की एक प्रति क.रा.बी.निगम को भेजी जाएगी। यदि सूचना 4 घंटे के भीतर नहीं भेजी जाती है तो यह क.रा.बी.निगम से सूचना प्राप्त करने के बाद भी रोगी के स्वास्थ्य की देखभाल के लिए प्रवेश के लिए मान्य होगी। नामिकागत अस्पताल द्वारा सूचना प्राप्त होने के 4 कार्य घंटों के भीतर बि.प्र.एजेंसी सूचना स्वीकार करेगी।

12) भर्ती/उपचार के लिए नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र द्वारा अभिनिर्देशन की प्राप्ति की सूचना मिलने पर बि.प्र.एजेंसी विवरण स्वीकार करेगी और उसकी जांच करेगी। बि.प्र.एजेंसी संबंधित नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को निर्धारित परीक्षण/उपचार/प्रबंधन के लिए अभिनिर्देशन को तुरंत नोट करेगी।

अभिनिर्देशन को बि.प्र.एजेंसी द्वारा निम्नलिखित मानदंडों पर मान्य किया जाएगा: -

1. नाम बेमेल होने पर
2. बीमा संख्या बेमेल होने पर
3. दिनांक बेमेल होने पर
4. अभिनिर्देशन की वैधता समाप्त होने पर
5. विस्तार की निरंतरता (यदि कोई हो)
6. मेपिंग किए गए नामिकागत अस्पतालों से संबंधित स्थान
7. पी-1 प्रपत्र (अभिनिर्देशन पत्र) पर चि.अधीक्षक/डीएमएस/अ.वि.उपचार प्रभारी/अभिनिर्देशन समिति/नामित प्राधिकारी की मुहर और हस्ताक्षर होने चाहिए।

13) नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र परीक्षण/प्रक्रिया/स्वास्थ्य हस्तक्षेप/ओपी परामर्श के पूरा होने के बाद 7 (सात) कार्य दिवसों के भीतर सिस्टम में सभी रिपोर्ट और बिल अपलोड करेंगे, अर्थात् क.रा.बी.निगम द्वारा अभिनिर्देशन पर बताए अनुसार अंतिम छुट्टी के बाद बिल प्रक्रमण करने का आधार बनेगा। नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र परीक्षण/प्रक्रिया/स्वास्थ्य हस्तक्षेप/ओपी परामर्श पूरा होने अर्थात् अंतिम छुट्टी के बाद 7 (सात) कार्य दिवसों के भीतर सभी रिपोर्ट और बिल सिस्टम में अपलोड करेंगे। बि.प्र.एजेंसी इस आशय के लिए अपने मॉड्यूल में आवश्यक 7 दिनों का सत्यापन करेगी। सात दिनों के बाद नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र को देरी के लिए उचित कारण बताना होगा और क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था के संबंधित सीएफए से आगे विस्तार की मांग करनी होगी। बीएफए मॉड्यूल में इस आशय के लिए अंतर्निहित प्रासंगिक सत्यापन शामिल करेगा।

14) नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र विधिवत हस्ताक्षरित विस्तृत छुट्टी सारांश और कालानुक्रमिक रूप से रखे गए क्लिनिकल शीट/जांच रिपोर्ट/रक्त बैंक नोट्स/भ.रो.विभाग नोट्स (यदि आवश्यक हो)/क्लिनिकल रिपोर्ट/फिल्म्स/पाउच/चालान/मूल्य स्टिकर/उपयोगिता प्रमाण पत्र/ओटी नोट्स/प्रक्रियाओं/रैपर के लिए शल्य-क्रिया से पहले और बाद की रेडियोलॉजिकल ईमेजज और 5000/- रुपये से अधिक की लागत वाली दवाओं के बिल या किसी अन्य आवश्यकता के साथ बिलों की मूल भौतिक प्रतियां जमा करेगा। एमओए के नियम और शर्तों के अनुसार, जो अस्पतालों और निदान केंद्रों का क.रा.बी.निगम के साथ है) आदि, जो दावे के समर्थन में सिस्टम में 7 (सात) कार्य दिवसों के अन्दर अपलोड किए गए थे और 30 दिनों से अधिक नहीं, क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पतालों/संस्थाओं में जहां से अभिनिर्देशन उत्पन्न हुआ था। 30 दिनों के बाद जमा किया गया कोई भी बिल/दावा क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था से ऑनलाइन/ऑफलाइन छूट (जैसा लागू हो) के साथ होना चाहिए और बि.प्र.एजेंसी ऐसे दावों को प्रक्रमित करते समय प्रतिवर्तन काल का पालन नहीं करेगी।

दावे को बि.प्र.एजेंसी द्वारा प्रक्रिया के लिए तब तक पूरा नहीं माना जा सकता जब तक कि इस तरह की भौतिक प्रस्तुतियां नहीं की जाती हैं।

15) बि.प्र.एजेंसी, बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में ऑनलाइन छूट के लिए प्रासंगिक सत्यापन प्रदान करेगी। कागजी प्रति/भौतिक बिल जमा न करने/विलंबित रूप से जमा करने के कारण प्रक्रिया में होने वाली किसी भी देरी की जिम्मेदारी नामिकागत अस्पताल की होगी, अर्थात्, वहीं बि.प्र.एजेंसी को इसके लिए जिम्मेदार नहीं ठहराया जाएगा।

16) क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था अपने परिसर में विनिर्दिष्ट/निर्दिष्ट स्थान पर नामित/निर्दिष्ट प्रयोक्ताओं द्वारा इन कागजी प्रति दस्तावेजों की प्राप्ति और सत्यापन/प्रमाणीकरण के लिए व्यवस्था करेगा। प्राप्त करने वाले और स्वीकार करने वाले अधिकारी का नाम और स्थान प्रमुख स्थान पर प्रकाशित किया जाना चाहिए और समय-समय पर संबंधित अधिकारियों द्वारा नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को भी सूचित किया जाना चाहिए।

- 11) The empanelled hospital/diagnostic center, on receipt of referral/admission advice of ESIC beneficiary will send an on-line intimation to the BPA within 4 hours with complete details of the patient, proposed line of treatment, cost and duration along with clinical history and any other information as specified by ESI Corporation from time to time with a copy to ESIC. If the intimation is not send within 4 hours it will still be valid for admission caring for the patient's health after getting intimation from ESIC. BPA shall acknowledge the intimation within 4 working hours of receipt of intimation done by empanelled hospital.
- 12) BPA on receipt of intimation of receipt of referral by empanelled hospital/diagnostic center for admission/treatment will acknowledge and scrutinize the details. BPA shall promptly note the referrals for the prescribed test/treatment/management to the concerned empanelled hospital/diagnostic center.
- The referral shall be validated by BPA on the following criteria: -
- Name mismatch
 - Insurance Number mismatch
 - Date mismatch
 - Expired Validity of referral
 - Continuity of Extension (if any)
 - Mapped empanelled hospital with respective location
 - The P1 form (referral letter) should bear the seal and signature of MS/DMS/SST in charge / Referral Committee/Designated authority.
- 13) The empanelled hospitals/diagnostic centers shall upload all the reports and bills in the system within 7 (seven) working days after completion of test/procedure/health intervention/OP consultation i.e. after final discharge as indicated on the referral by ESI Corporation forming the basis of bill Processing.
- The empanelled hospitals/diagnostic centers shall upload all the reports and bills in the system within 7 (seven) working days after completion of test/procedure/health intervention/OP consultation i.e. after final discharge.
- BPA shall make the necessary 7 days validation in its module to this effect. After seven days the empanelled hospital/diagnostic center would have to give justified reasons for delay and seek further extension from respective CFA of ESIC/ESIS hospital/Institution. BPA shall include inbuilt relevant validation to this effect in the module.
- 14) Empanelled hospital/diagnostic center shall submit original hard copies of bills along with duly signed detailed discharge summary and chronologically placed clinical sheets/investigation reports/Blood bank notes/IPD notes (if needed)/clinical reports/Films/pouches/invoices/price stickers/ Utilization certificates/OT Notes/pre and post operation radiological images for procedures/wrappers and invoice for drugs costing more than Rs 5000/ or any other requirement (as per T&C of MoA which the hospitals and diagnostic centers have with ESIC) etc, which were uploaded in the system in support of the claim, within 7 (seven) working days and not beyond 30 days to the ESIC/ESIS Hospitals/Institutions from where referral was generated. Any bill/claim submitted beyond 30 days should be accompanied with online/offline waiver (as applicable) from ESIC/ESIS Hospital/institution and BPA shall not adhere to TAT while processing such claims.
- The claim cannot be considered as complete for processing by BPA until such physical submissions are carried out.
- 15) BPA shall provide relevant validation for an online waiver in the BPA module. Any delay in processing owing to non-submission/delayed submission of hard copies/physical bills will be the sole responsibility of the empanelled hospital, thereby meaning, BPA shall not be held responsible for the same.
- 16) ESIC/ESIS Hospital/Institution shall make provisions for receipt and verification/ attestation of these hard copy documents by identified/ specified user(s) at a designated/specified place in its premises. The name and location of the receiving and acknowledging official is to be published in a prominent place and also communicated to the empanelled hospital/diagnostic center by respective authorities from time to time.



17) भौतिक रूप से बिल प्राप्त होने पर संबंधित अभिनिर्देशित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था दावे के समर्थन में ऑनलाइन बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में अपलोड की गई स्कैन प्रतियों का सत्यापन और परीक्षण करेगा और प्रमाणित करेगा कि प्राप्त भौतिक प्रतियां नामिकागत अस्पतालों द्वारा अपलोड की गई स्कैन प्रतियों के समान हैं। भौतिक प्रति प्राप्त होने पर संबंधित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था द्वारा बिलों का सत्यापन इस प्रकार से किया जाएगा कि किसी रोगी के दावे के खिलाफ नामिकागत अस्पताल द्वारा अपलोड की गई स्कैन प्रतियां बिल्कुल वैसी ही होनी चाहिए जैसी भौतिक प्रति/भौतिक बिल में जमा की गई हैं अर्थात् रोगी का नाम, अभिनिर्देशन संख्या, बिल संख्या, दावा किया गया मूल्य आदि और प्राप्त भौतिक प्रति क.रा.बी.निगम बिलिंग नीति (अनिवार्य पीआइ-पीवीआइ और अ.वि.उपचार नियम-पुस्तक के अनुसार अन्य प्रासंगिक संलग्नक) के अनुसार हैं।

क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना से यह मंजूरी बि.प्र.एजेंसी के लिए बिल को सामान्य तरीके से प्रक्रमित करने का आधार बनेगी। भौतिक प्रति में प्राप्त बिलों और दस्तावेजों के भौतिक सत्यापन/जांच के बाद, संबंधित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था ऐसे दावे दस्तावेजों को 3 (तीन) कार्य दिवसों के भीतर ऑनलाइन मान्य करेगा (साइट/नोटिस बोर्ड पर विधिवत दर्ज सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन), जो बि.प्र.एजेंसी को जांच और आगे की प्रक्रिया करने में सक्षम करेगा। इस तरह के सत्यापन के बाद अस्पताल/निदान केंद्र की ओर से किसी भी देरी को क.रा.बी.निगम द्वारा छूट प्रदान नहीं की जाएगी और बि.प्र.एजेंसी इन मामलों को हमेशा की तरह प्रक्रमित करेगी।

18) कुछ भौतिक दस्तावेजों की अनुपस्थिति के मामले में, संबंधित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल के सत्यापनकर्ता द्वारा "अधिक जानकारी की आवश्यकता" (एनएमआइ) स्थिति को गायब/अस्पष्ट भौतिक दस्तावेज के लिए नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र में तुरंत उठाया जाएगा, लेकिन सात (07) कार्य दिवसों के बाद नहीं, (सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन) और कारणों को संबंधित प्रयोक्ताओं द्वारा देखने के लिए मॉड्यूल पर दर्ज किया जाएगा। नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को अन्य बातों के साथ-साथ "अधिक जानकारी की आवश्यकता" श्रेणी (एनएमआइ) के अंतर्गत ऑनलाइन लौटाए गए सभी बिलों के लिए 15 दिनों के भीतर स्पष्टीकरण/जानकारी जमा करनी होगी, ऐसा न करने पर क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना इन दावों को बिना किसी सूचना के उपलब्ध दस्तावेजों के आधार पर आगे की प्रक्रिया के लिए बि.प्र.एजेंसी को भेज देगा और ऐसे बिल/दावों को बि.प्र.एजेंसी द्वारा आगे नहीं खोले जाने के लिए बंद कर दिया जाएगा।

19) नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों के पूर्ण ऑनलाइन दावे प्राप्त होने पर, एक चिकित्सक (न्यूनतम एमबीबीएस) की देखरेख में बि.प्र.एजेंसी की प्रक्रमण टीम अनुमोदित कें.स.स्वा.योजना दरों, एम्स दरों या समय-समय पर बि.प्र.एजेंसी की वेबसाइट www.esicbpa.UTI-ITSL.com/esic पर अधिसूचित दरों के अनुसार एफआइएफओ आधार पर ऑनलाइन दस्तावेजों/बिलों/रिपोर्टों की जांच करेगी। दर में कोई भी बदलाव क.रा.बी.निगम द्वारा उल्लिखित और अधिसूचित तारीख से 7 दिनों के बाद प्रभावी होगा। हालांकि, किसी भी दर परिवर्तन के लिए क.रा.बी.निगम मुख्यालय से लिखित प्राधिकार होगा और सिस्टम में दर के किसी भी बदलाव के लिए बि.प्र.एजेंसी द्वारा एक लेखापरीक्षा ट्रेल रखा जाएगा। चूंकि केवल क.रा.बी.निगम ही दरों को बदलने के लिए प्राधिकृत है, क.रा.बी.निगम नियमित रूप से दर मॉड्यूल की लेखापरीक्षा करेगा ताकि बि.प्र.एजेंसी द्वारा कोई भिन्नता संभव न हो।

20) बि.प्र.एजेंसी, अपलोड की गई स्कैन प्रतियों और नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र से प्राप्त भौतिक प्रति या अंतिम प्रश्न का उत्तर देने या एनएमआइ निपटान अवधि (15 दिन) के पूरा होने, जो भी बाद में हो, के क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था द्वारा सत्यापन के 10 (दस) कार्य दिवसों के भीतर, बि.प्र.एजेंसी के लिए परिभाषित प्रतिवर्तन काल के अनुसार पहले आओ और पहले जाओ के आधार पर (जैसा कि नीचे दिए गए खंड में विस्तार से बताया गया है) दावों को पूरी तरह या आंशिक रूप से स्वीकृत या अस्वीकार कर सकता है। ऐसे पूर्ण या आंशिक रूप से स्वीकृत बिल भुगतान के लिए सिस्टम में आगे बढ़ेंगे। यदि आगे देरी होती है, तो पर्याप्त कारण बताए जाने चाहिए और संबंधित प्रयोक्ताओं द्वारा देखने के लिए मॉड्यूल पर दर्ज किया जाना चाहिए।

21) ऐसे दावों को बि.प्र.एजेंसी द्वारा बैंड प्रक्रिया के भीतर पंक्ति के अनुसार, अर्थात् दावा-राशि के अनुसार बैंड पर प्रक्रमित किया जाएगा, जिसमें उस विशेष बैंड में पहले आओ-पहले-जाओ के आधार की पद्धति का पालन किया जाएगा। राशि अनुसार बैंड नीचे सूचीबद्ध हैं:

0 से 10000

10001 से 25000

25001 से 50000

- 17) On receipt of the physical bills the concerned referring ESIC/ESIS Hospital/Institution will verify and vet the scanned copies uploaded in online BPA module in support of the claim and certify that the hard copies received are same as the uploaded scanned copies by the empanelled hospitals. Verification of bills will be done by respective ESIC/ESIS hospital/institution on receipt of hard copy to the extent that scanned copies uploaded by the empanelled hospital against claim of a given patient should be exactly same as that submitted in hard copies/physical bills i.e Patient's name, referral number, Bill Number, claimed value etc. and that the hard copies received are as per ESIC billing policy (Mandatory PI-PVI & other relevant Annexures as per SST Manual). This approval from ESIC/ESIS shall form a basis for BPA to process the bill in normal course.
- After physical verification/checking of the bills and documents received in hard copy, the concerned ESIC/ESIS Hospital/Institution shall validate such claim documents online within 3 (three) working days (subject to availability of server/application-duly recorded on the site/notice board), which shall enable the BPA to perform the scrutiny and further processing. After such validation any delay on the part of hospital/diagnostic center will be deemed to be condoned by ESIC and BPA shall process these cases as usual.
- 18) In case of absence of certain physical documents, the "Need More Information" (NMI) status will be raised by the Verifier of the respective ESIC/ESIS Hospital to the empanelled hospital/diagnostic center for the missing/ambiguous physical documents immediately, but not later than Seven (07) working days (subject to availability of server/application) and reasons shall be captured on the module for viewing by the concerned users. Empanelled hospitals/diagnostic centers shall have to submit the clarifications/information inter-alia for all bills returned online under "Need for more Info" category (NMI), within 15 days failing which ESIC/ESIS will forward these claims to BPA for further processing on the basis of available documents without any further intimation and such bills/claims will be closed not to be opened further by the BPA.
- Any delay in processing owing to pending clarifications/information will be the sole responsibility of the empanelled hospital with no responsibility on BPA. BPA shall provide relevant validation of 15 days in the module.
- 19) On receipt of complete online claims of empanelled hospitals/diagnostic centers, the processing team of BPA under supervision of a doctor (Minimum M.B.B.S) will scrutinize the online documents/bills/reports on FIFO basis, as per approved CGHS rates, AIIMS rates, or rates as notified on BPA's website www.esicbpa.UTI-ITSL.com/esicfrom time to time. Any change in rate shall be effective after 7 days from the date mentioned and notified by ESIC. However, any rate change shall have the written authorization from ESI Corporation Headquarters Office and an Audit Trail shall be kept by the BPA for any change in the rate in the system. Since only ESI Corporation is authorized to change the rates, ESI Corporation will regularly audit the rate module so that no deviation is possible by BPA.
- 20) BPA may approve or reject the claims on First In First Out basis (as elaborated in the clause herein below) as per defined Turn Around Time for BPA, either fully or partially, within 10 (Ten) working days of verification by ESIC/ESIS Hospital/Institution, of the scanned copies uploaded and hard copies received from the empanelled hospital/diagnostic center or reply to last query or completion of NMI disposal period (15days) whichever is later. Such fully or partially approved bills shall go further in the system for payment. If there is further delay, sufficient reasons must be cited and captured on the module for viewing by the concerned users.
- 21) Such claims shall be processed by the BPA, as per the queue within the band, i.e. on claim-amount wise bands, wherein the methodology of first-come-first-out basis in that particular band would be followed. The amount wise bands are as listed below:
- 0 to 10000
 - 10001 to 25000
 - 25001 to 50000



50001 से 100000

100001 से 300000

300001 से 500000

500001 और उससे अधिक

22) यदि कोई ऑनलाइन दावा बि.प्र.एजेंसी द्वारा अनुमोदित नहीं किया जाता है, तो इसे अस्वीकृति के कारणों और क.रा.बी.निगम अस्पताल/संस्था द्वारा ऑनलाइन देखने की व्यवस्था के साथ (जानकारी के लिए) नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों में वापस भेज दिया जाएगा।

23) नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को अन्य बातों के साथ-साथ “अधिक जानकारी चाहिए” श्रेणी (एनएमआइ) के अंतर्गत बि.प्र.एजेंसी द्वारा ऑनलाइन लौटाए गए सभी बिलों के लिए स्पष्टीकरण/जानकारी उचित समय के भीतर, लेकिन 15 दिनों से अधिक समय के बाद में नहीं, अन्यथा इन दावों को नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को बिना किसी सूचना के बि.प्र.एजेंसी के परिभाषित प्रतिवर्तन काल (एनएमआइ निपटान से भेजने की तारीख से) के अनुसार एफआइएफओ के आधार पर उपलब्ध दस्तावेजों के आधार पर बि.प्र.एजेंसी द्वारा प्रक्रमित किया जाएगा। इसके लिए प्रासंगिक सत्यापन सिस्टम में बि.प्र.एजेंसी द्वारा प्रदान किया जाएगा। हालाँकि, सभी दावों का अंतिम भुगतान संबंधित क.रा.बी.निगम/क.रा.बी.योजना अस्पताल/संस्था के निर्णयानुसार होगा।

24) बिलों/दावों की जांच करते समय बि.प्र.एजेंसी द्वारा निम्नलिखित पहलुओं की जांच की जाएगी:

I. क.रा.बी.निगम नीति के अंतर्गत बि.प्र.एजेंसी को अधिसूचित लाभार्थी की पात्रता की उपयुक्तता।

II. बि.प्र.एजेंसी को अधिसूचित या समय-समय पर क.रा.बी.निगम नीति के अंतर्गत संशोधित पात्रता और बिल/बिलों के संदर्भ में अभिनिर्देशन की उपयुक्तता।

III. क्या प्रस्तुत किया गया दावा अनुमोदित अभिनिर्देशन के अनुरूप है या अनुमोदन के बिना सीधे भर्ती किया गया है। अभिनिर्देशन के बिना ऐसे सभी दावों को सरसरी तौर पर निरस्त कर दिया जाएगा।

IV. अनावश्यक भर्ती और अनुचित उपचार की पहचान करने के लिए रोगी के अभिलेख की जांच सहित उपचार की उपयुक्तता।

V. क्या नियोजित उपचार को जानबूझकर आपातकालीन प्रकृति का दिखाया गया है और उपचार का बिल दिया गया है। हालाँकि, अभिनिर्देशन में सलाह के अनुसार आपातकालीन स्थिति को ही आपातकालीन माना जाएगा।

VI. क्या अस्पताल द्वारा कोई अनावश्यक नैदानिक, चिकित्सा या शल्य-क्रिया प्रक्रिया/स्वास्थ्य हस्तक्षेप या जांच की गई थी।

VII. क्या उपचार/सेवाएं क.रा.बी.निगम नीति, अनुमोदित कें.स.स्वा.योजना दरों, एम्स दरों या समय-समय पर बि.प्र.एजेंसी की वेबसाइट www.esicbpa.UTI-ITSL.com/esic पर क.रा.बी.निगम द्वारा अधिसूचित दरों के अनुसार प्रदान की गई हैं।

VIII. क्या बिल में दर्शाई गई पैकेज दरें मौजूदा परिस्थितियों में लाभार्थी के लिए सबसे उपयुक्त हैं।

IX. एप्लिकेशन सॉफ्टवेयर मैन्युअल जांच से पहले प्रक्रियाओं/प्रक्रियाओं के लिए परिभाषित दरों का सत्यापन भी प्रदान करेगा, जो संबंधित सभी पक्षों को दिखाई देगा। बि.प्र.एजेंसी क.रा.बी.निगम को क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय के संबंधित सीएफए से निर्दिष्ट अधिकारियों तक निर्दिष्ट पहुंच के साथ एक लेखापरीक्षा मॉड्यूल भी प्रदान करेगा।

X. क्या रोगी को इलाज के लिए आवश्यक अवधि के लिए भर्ती रखा गया था और कोई अनावश्यक विस्तार/रुकना नहीं पड़ा है।

XI. अन्य कोई अनियमितता।

XII. अन्य विवरण अ.वि.उपचार प्रचालन नियम-पुस्तक के अनुसार और/या क.रा.बी.निगम द्वारा समय-समय पर निर्दिष्ट या बि.प्र.एजेंसी को लिखित रूप में बताए गए अनुसार।

25) जहां क.रा.बी.निगम से कोई लिखित निर्देश उपलब्ध नहीं है, उदाहरण के लिए उपभोग्य वस्तुएं, चिकित्सकों का दौरा आदि, ऐसे सभी मामलों में बि.प्र.एजेंसी दावे की अनुशंसा के लिए समझदारी का प्रयोग करेगा। जहां कोई लिखित निर्देश उपलब्ध नहीं है, वहां बि.प्र.एजेंसी ऑनलाइन डेटा शीट पर अवलोकन को चिह्नित करेगी, बशर्ते कि अंतिम निर्णय क.रा.बी.निगम अस्पताल (रोगी को अभिनिर्देशित करते हुए)/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय में संबंधित सीएफए का एकमात्र विवेकाधिकार होगा। रहने के दिनों की संख्या नीचे दिए गए खंड में इंगित की गई है (खंड IX- दावा प्रस्तुत करने के दिशानिर्देश, बिंदु 12)।

26) ऐसे मामले में जहां कोई क.रा.बी.निगम लाभार्थी स्वयं भुगतान पर उपचार लेता है (सीधे भर्ती के मामले) तो प्रतिपूर्ति दावों को क.रा.बी.निगम द्वारा प्रक्रिया के अनुसार ऑफलाइन प्रक्रमित किया जाएगा, जब तक कि अन्यथा निर्दिष्ट न हो। यदि बि.प्र.एजेंसी

50001 to 100000
 100001 to 300000
 300001 to 500000
 500001 and above

- 22) If an online claim is not approved by BPA, it will be moved back to the empanelled hospitals/diagnostic centers, with reasons for rejection and with provision for viewing by ESIC Hospital/Institution online (for information).
- 23) Empanelled hospitals/diagnostic centers shall have to submit the clarifications/information inter alia for all bills returned online by BPA under “Need more Information” category (NMI), within reasonable time but not later than 15 days failing which these claims will be processed by BPA on the basis of the available documents on FIFO basis as per defined TAT of BPA (from the date of movement from NMI disposal) without any further intimation to Empanelled hospital/diagnostic center. Relevant validation for the same shall be provided by the BPA in the system.
 However, final payment for all claims would be at the discretion of respective ESIC/ESIS Hospital/Institution.
- 24) Following aspects shall be checked by the BPA, while scrutinizing the bills/claims:
- i. Appropriateness of eligibility of the beneficiary as notified to BPA under ESIC policy.
 - ii. Appropriateness of referral with reference to eligibility and bill/s with its appendages as notified to BPA or modified under ESIC Policy from time to time.
 - iii. Whether the claim submitted is against approved referral or direct admission without approval. All such claims without referral shall be rejected summarily.
 - iv. Appropriateness of treatment including screening of patient’s records to identify unnecessary admission and unwarranted treatment.
 - v. Whether the planned treatment has been deliberately shown as of emergency in nature and treatment billed. However, the emergency as advised in referral would be considered as emergency only.
 - vi. Whether any unnecessary Diagnostic, Medical or Surgical Procedures/Health Interventions or investigations were conducted by the Hospital
 - vii. Whether the treatment /Services have been provided as per ESIC Policy, approved CGHS rates, AIIMS rates, or rates as notified by ESIC on BPA’s website www.esicbpa.UTI-ITSL.com/esic from time to time.
 - viii. Whether the package rates billed are best suited to the beneficiary in the prevailing circumstances.
 - ix. Application software shall also provide validations of defined rates for procedures/processes, prior to manual scrutiny, visible to all parties concerned. BPA shall also provide ESIC with an Audit Module with designated access to officials as specified from respective CFA of ESIC Hospital /SMC office.
 - x. Whether the patient was kept admitted for the period required for the treatment to be administered and that no unnecessary extension/stay is observed.
 - xi. Any other irregularities.
 - xii. Other details as per SST operations manual and/or as specified by ESIC from time to time or as conveyed to BPA in writing.
- 25) BPA would exercise wisdom for recommendation of claim where no written instruction is available from ESIC for e.g. consumables, visits of doctors etc. and that in all such matters where no written instructions are available BPA shall mark observation on the online data sheet provided that the final decision shall be the sole discretion of the respective CFA at ESIC Hospital (referring the patient)/SMC office. The number of days of stay has been indicated in the clause below (Clause IX- Claim submission guidelines, point 12).
- 26) In case where an ESIC beneficiary avails treatment on payment (direct admission cases) the reimbursement claims will be processed by the ESIC offline, as per procedure unless specified otherwise. If BPA is asked to process such claims, the BPA shall process such



को ऐसे दावों पर कार्रवाई करने के लिए कहा जाता है, तो बि.प्र.एजेंसी इस संविदा के अंतर्गत प्रचलित शुल्क पर बि.प्र.एजेंसी और क.रा.बी.निगम द्वारा तैयार किए जाने वाले दिशानिर्देशों/प्रतिवर्तन काल के अनुसार ऐसे दावों पर कार्रवाई करेगा।

27) सभी क.रा.बी.लाभार्थी वैध अभिनिर्देशन पर नामिकागत अस्पतालों से नकद रहित उपचार के लिए पात्र हैं। ऑनलाइन अभिनिर्देशन के मामले में, यदि क.रा.बी. लाभार्थी द्वारा किसी इम्प्लांट/स्टेंट आदि के लिए बिलों का आंशिक भुगतान टाइ-अप अस्पताल को किया जाता है, तो बि.प्र.एजेंसी दावे को सरसरी तौर पर खारिज कर देगी और ऑनलाइन डेटा शीट के साथ आंशिक भुगतान के प्रासंगिक विवरण दर्ज करेगा। ऐसे बिलों के भुगतान पर अंतिम निर्णय क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय के सीएफए का एक मात्र विवेकाधिकार होगा। हालाँकि, नामिकागत अस्पताल द्वारा कुल दावा राशि पर बि.प्र.एजेंसी शुल्क लागू होगा।

28) नकद रहित उपचार के मामले में, चल रहे उपचार की निरंतरता/विस्तार को अभिनिर्देशन के समय बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल पर दर्ज किया जाएगा और किसी भी विचलन को बिल प्रक्रमण के समय ऑनलाइन डेटा शीट पर बि.प्र.एजेंसी द्वारा विधिवत दर्ज किया जाएगा।

29) बि.प्र.एजेंसी की अभियुक्तियों के साथ जांचे गए बिल नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को जरूरत पड़ने पर संबंधित अस्पताल/नैदानिक केंद्र द्वारा पूरा करने/सुधार करने और सभी प्रयोक्ताओं को जानकारी देने के लिए 48 घंटे की अवधि में उपलब्ध होंगे। 48 घंटों के बाद बिल मूल्यांकन और आगे की जांच/अनुमोदन के लिए संबंधित क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय में ऑनलाइन भेज दिए जाएंगे। नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्रों की किसी भी आपत्ति की समीक्षा संबंधित अस्पतालों/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालयों में लेवल 1 पर नामित अधिकारी द्वारा की जाएगी और यदि उचित समझा जाए तो क.रा.बी.निगम नीति के अनुसार बिल का पुनर्मूल्यांकन किया जा सकता है, हालाँकि अंतिम निर्णय क.रा.बी.निगम के सीएफए द्वारा किया जाएगा।

30) बि.प्र.एजेंसी की अनुशंसा प्राप्त करने पर, क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय में नामित अधिकारी बिल को आंशिक या पूरी तरह से मंजूरी/अस्वीकार कर देंगे और तीन (03) कार्य दिवसों (सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन) के भीतर कारणों को ऑनलाइन दर्ज करने के बाद, बि.प्र.एजेंसी द्वारा अनुमोदित जांच किए गए बिलों के दावा किए गए मूल्य को संशोधित कर सकते हैं। जांच पूरी होने के बाद अधिकारी भौतिक प्रति/भौतिक बिल पर मुहर लगाएगा और बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल और भौतिक प्रति/भौतिक बिल दोनों में दावे के लिए देय अंतिम राशि का उल्लेख करेगा।

31) उन दावों के लिए जिन्हें और अधिक स्पष्टीकरण की आवश्यकता है, संबंधित क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय के उक्त अधिकारी द्वारा “अधिक जानकारी की आवश्यकता है” (एनएमआइ) स्थिति तुरंत नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को भेजी जाएगी, लेकिन संबंधित प्रयोक्ताओं को देखने के लिए, सूचना मॉड्यूल में दर्ज कारणों के साथ बि.प्र.एजेंसी से अनुशंसा प्राप्त होने के सात (07) कार्य दिवसों (सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन) तक ही उपलब्ध रहेगी।

32) नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को अन्य बातों के साथ-साथ क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय द्वारा “अधिक जानकारी चाहिए” श्रेणी के अंतर्गत ऑनलाइन लौटाए गए सभी बिलों के लिए उचित समय के भीतर, अर्थात् 15 दिनों के भीतर स्पष्टीकरण/जानकारी प्रदान करनी होगी, ऐसा न करने पर नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को बिना किसी सूचना के क.रा.बी.निगम द्वारा इन दावों पर उपलब्ध दस्तावेजों के आधार पर कार्रवाई की जाएगी। क.रा.बी.निगम द्वारा नहीं खोले जाने वाले इन दावों को बंद माना जाएगा। बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में एनएमआइ निपटान के 15 दिनों की प्रासंगिक मान्यता प्रदान करेगा। लंबित स्पष्टीकरण/सूचना के कारण भुगतान में होने वाली किसी भी देरी की जिम्मेदारी नामिकागत अस्पताल की होगी, क.रा.बी.निगम की कोई जिम्मेदारी नहीं होगी।

33) भौतिक प्रति/भौतिक बिल/सूचना/स्पष्टीकरण जमा न करने/विलंब से जमा करने के कारण प्रक्रिया में होने वाली किसी भी देरी की पूरी जिम्मेदारी नामिकागत अस्पताल की होगी, जिसका अर्थ है कि क.रा.बी.निगम या बि.प्र.एजेंसी को इसके लिए जिम्मेदार नहीं ठहराया जाएगा।

34) संबद्ध अस्पतालों द्वारा आवश्यक समाशोधन (यदि कोई हो) समय पर, अधिमानतः उसी वित्तीय वर्ष के भीतर किया जाएगा। नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों के सभी समाधान मामले बि.प्र.एजेंसी की अनुशंसा के अगले दो महीनों के भीतर अनिवार्य रूप से बंद कर दिए जाएंगे, अर्थात्, यदि बि.प्र.एजेंसी द्वारा 1 जून या 10 जून या 30 जून को किसी बिल की अनुशंसा की जाती है, तो समाधान उसी वर्ष 31 अगस्त तक पूरा किया जाना चाहिए। हालाँकि, यह सुनिश्चित करने का प्रयास किया जाएगा कि फरवरी और मार्च के दौरान की गई अनुशंसाओं का समाधान भी उसी वर्ष 31 मार्च तक पूरा कर लिया जाए।

जिन दावों को क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय द्वारा अनुमोदित नहीं (अस्वीकृत) किया गया है, उनका निर्णय सभी प्रयोक्ताओं को अस्वीकृति के कारणों सहित, आगे की कार्रवाई के लिए विधिवत दिखाई देगा। विवाद समाधान एक अलग प्रक्रिया होगी।

claims as per the guidelines/TAT to be formulated by BPA and ESIC on the prevailing fees under this contract.

- 27) All ESI beneficiaries are eligible for cashless treatment from empanelled hospitals on a valid referral. In case of online referrals, if the bills are partly paid by the ESI beneficiary, to the tie up hospital for any implant/stent, etc., inter-alia then BPA shall summarily reject the claim and capture the relevant details of part payment with online data sheet. Final decision on payment of such bills shall be the sole discretion of CFA of ESIC hospital/SMC office. However, BPA fees shall be applicable on the total claim amount by the empanelled hospital.
- 28) In case of cashless treatment, continuity/Extension of ongoing treatment shall be captured on BPA module at the time of referral and any deviation shall be duly recorded by the BPA on the online data sheet at time of bill processing.
- 29) The scrutinized bills with remarks of BPA will be available to the empanelled hospitals/ diagnostic centers on a 48 hours window for completion/rectification by the respective hospital/diagnostic center if needed and for information to all users. After 48 hours the bills will move online to the concerned ESIC Hospital/ SMC office for evaluation and further scrutiny/approval.
Any objection by empanelled hospital/diagnostic centres will be reviewed by designated official at Level1- at respective hospitals/SMC offices and bill reevaluation as per ESIC Policy may be undertaken if deemed fit though the final decision will be by CFA of ESIC.
- 30) On obtaining recommendations of BPA, designated officials at ESIC Hospital / SMC office will approve/ reject the bill partly or fully and can modify the claimed value of scrutinized bills approved by BPA, after capturing the reasons online, within Three (03) working days (subject to availability of server/application) . The official shall affix stamp on the hard copy/physical bill after completion of scrutiny and mention final amount due for the claim, both in BPA module and hardcopy/ physical bills.
- 31) For claims which need further clarifications, "Need More Information" (NMI) status will be raised by the said official of the respective ESIC Hospital/SMC office to the empanelled hospital/diagnostic center immediately, but not later than Seven (07) working days (subject to availability of server/application) from receipt of recommendation from BPA with reasons captured on the module for viewing by the concerned users.
- 32) Empanelled hospitals/diagnostic centers shall have to provide clarifications/information inter alia for all bills returned online by ESIC Hospital/SMC office under "Need More Info" category within a reasonable time but not later than 15 days failing which these claims, without any further intimation to empanelled hospital/diagnostic center will be processed by ESIC on the basis of available documents. These claims will be considered closed not to be opened by ESIC. BPA shall provide relevant validation of 15 days of NMI Disposal in the module. Any delay in payment owing to pending clarifications /information will be the sole responsibility of the empanelled hospital, with no responsibility on ESIC.
- 33) Any delay in processing owing to non-submission/delayed submission of hard copies/physical bills/Information/Clarification will be the sole responsibility of the empanelled hospital, thereby meaning, ESIC or BPA shall not be held responsible for the same.
- 34) Reconciliations (if any) needed by the tie up hospitals shall be done timely, preferably within the same financial year. All reconciliation matters of the empanelled hospitals/diagnostic centers shall be invariably closed within the next two months of the recommendation by BPA i.e., if a bill is recommended by BPA on 1st June or 10th June or 30th June, the reconciliation must be completed by 31st August in the same year. However, the efforts will be made to see that the reconciliations for the recommendations done during February and March are also completed by 31st March of that year.
Decision of claims which are not approved (rejected) by ESIC Hospital /SMC office, with reasons for rejections, will be duly visible to all users for further action. Dispute resolution shall be a separate process.



35) क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय में सीएफए द्वारा बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल का उपयोग करके जांचे गए बिलों को ऑनलाइन मंजूरी देने के बाद, बिलों की कागजी प्रति के साथ दावों को ईआरपी मॉड्यूल में प्रक्रिया और ऑनलाइन अनुमोदन के लिए रोकड और लेखा शाखा में भेजा जाएगा। संबंधित शाखाओं के प्राधिकृत और चुने हुए अधिकारी ईआरपी मॉड्यूल और बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल दोनों का उपयोग करके सीएफए द्वारा अनुशंसा की गई दावा राशि करों में कटौती, प्रक्रिया, सहमति और अनुमोदन/वापसी करेंगे, जब तक कि भविष्य में दोनों मॉड्यूल सिंक्रनाइज़ न हो जाएं। प्रासंगिक करों की कटौती और अंतिम भुगतान या वित्त अधिकारियों द्वारा वापसी प्रक्रिया सीएफए से दावों के लिए अनुमोदन प्राप्त करने के तीन (03) कार्य दिवसों (सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन) के भीतर पूरी की जाएगी। लेखा शाखा मूल अभिनिर्देशन को “भुगतान और रद्द” स्टॉप के साथ विरूपित करेगी और बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल और हार्डकॉपी/भौतिक बिल दोनों में दावे के खिलाफ जारी अंतिम राशि को मान्य करेगी। समाधान के उद्देश्य से सभी भुगतान विवरण बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में दर्ज किए जाने चाहिए। यदि निर्विवाद सेवा शुल्क दावे की अनुशंसा की तारीख से 30 (तीस) दिनों से अधिक समय तक बकाया रहता है तो बि.प्र.एजेंसी ऐसे विलंबित भुगतान के लिए महानिदेशक क.रा.बी.निगम से अपील करने के लिए प्राधिकृत होगी। बि.प्र.एजेंसी को देय राशि की पुष्टि करने वाला पत्र संबंधित सीएफए द्वारा बि.प्र.एजेंसी द्वारा दावे की अंतिम सिफारिश की तारीख से 30 दिनों के भीतर जारी किया जाएगा। यदि क.रा.बी.निगम संस्थाओं द्वारा बि.प्र.एजेंसी मॉड्यूल में भुगतान विवरण अपडेट नहीं किया गया है, तो बि.प्र.एजेंसी द्वारा क.रा.बी.निगम मुख्यालय में एसपीओसी से अनुवर्ती कार्रवाई शुरू की जाएगी। क.रा.बी.निगम ऐसी बकाया प्रविष्टियों का समाधान 3 कार्य दिवसों के भीतर कर सकता है। अस्वीकृत दावों के लिए प्रक्रमण शुल्क भी उन्हीं नियमों और शर्तों के अनुसार संवितरित किया जाएगा।

36) इसके अलावा बि.प्र.एजेंसी और क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय द्वारा मिलकर यह सुनिश्चित किया जाएगा कि अस्पताल/नैदानिक केंद्र के नामिकागत होने की अवधि पूरी होने से तीन महीने (03 महीने) पहले या नामिका से बाहर करने (जैसा भी मामला हो), किसी भी वसूली को स्पष्ट करने के लिए बि.प्र.एजेंसी और क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय द्वारा खातों का एक विस्तृत विवरण तैयार किया जाएगा और अस्पताल/नैदानिक केंद्र को समापन निपटान को अंतिम रूप देने से पहले वसूली को मंजूरी देने की आवश्यकता होगी। इसके लिए प्रासंगिक सत्यापन सिस्टम में बि.प्र.एजेंसी द्वारा प्रदान किया जाएगा। इसके बाद, बि.प्र.एजेंसी को किसी भी बकाया देनदारी से मुक्त कर दिया जाएगा।

37) क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय से जानकारी प्राप्त होने के बाद, बि.प्र.एजेंसी यह भी सुनिश्चित करेगी कि सभी नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र, जिनकी वैधता समाप्त हो गई है, सिस्टम के ऑनलाइन अभिनिर्देशन सृजन टेम्पलेट में प्रतिबिंबित नहीं होते हैं, लेकिन भुगतान मॉड्यूल में तब तक मौजूद रहते हैं जब तक कि संबंधित नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को दोबारा वैध नहीं कर दिया जाता है या पहले के दावों/वसूली और सुलह को पूरा नहीं कर लिया जाता है या जैसा क.रा.बी.निगम द्वारा निर्देश दिया गया है, इस शर्त के साथ कि अस्पतालों/निदान केंद्र की स्थिति क.रा.बी.निगम द्वारा समय-समय पर अपडेट की जाती रहे।

38) संबंधित स्थानों पर नामिका के एमओए/सहमति ज्ञापन के अनुसार वैधता समाप्त होने पर, नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को सभी लंबित बिल जल्द से जल्द अपलोड करने चाहिए, लेकिन एमओए की समाप्ति की तारीख से तीन (03) महीने से अधिक के बाद में नहीं, ऐसा न होने पर नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को स्पष्टीकरण देना होगा और क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय के संबंधित सक्षम प्राधिकारी से ऐसे विलम्ब के लिए छूट प्राप्त करनी होगी।

IX. दावा प्रस्तुत करने हेतु दिशा- निर्देश :

1) बिल अ.वि.उपचार नियम-पुस्तक के अनुसार पीआइ-पीवीआइ प्रपत्र में दिया जाए। बिल शीट को क्रमांकित किया जाना चाहिए और कालानुक्रमिक रूप से क्लिनिकल शीट/जांच रिपोर्ट/रक्त बैंक नोट्स/भ.रो.विभाग नोट्स (यदि आवश्यक हो)/क्लिनिकल रिपोर्ट/एक्सटेंशन के लिए अनुमति/फिल्म/पाउच/चालान/मूल्य स्टिकर/उपयोग प्रमाण पत्र/ओटी नोट्स/प्रक्रियाओं/रैपर के लिए ऑपरेशन से पहले और बाद की रेडियोलॉजिकल इमेजेज और 5000/- रुपये से अधिक की लागत वाली दवाओं या किसी अन्य आवश्यकता के बिल के साथ रखा जाना चाहिए।

2) छुट्टी सारांश अस्पताल के पत्रशीर्ष पर होना चाहिए और इसमें निम्नलिखित विवरण होने चाहिए:

- क) रोगी का नाम
- ख) आयु

35) After approval of the scrutinized bills online by the CFA at ESIC Hospital/SMC Office, using BPA module, the claims along with hard copies of bills shall be sent to the Cash and Accounts branch for processing and online approval in the ERP module. The authorized and identified officials of respective branches shall deduct taxes, process, concur and approve/revert the recommended claim amount by the CFA, using both the ERP module as well as BPA module till such time that both modules are synchronized in the future. Deduction of relevant taxes and final payment or revert by Finance officials shall be completed within Three (03) working days (subject to availability of server/application) of getting the approval for claims from the CFA. Accounts branch shall deface the original referral with a "Paid and cancelled" stamp and validate the final amount released against the claim, in both in BPA module and hardcopy/ physical bills. All payment details need to be captured in the BPA module for the purpose of reconciliations. The BPA will be authorized to appeal to Director General ESIC for such delayed payments if the undisputed service fees remain in arrear for more than 30 (thirty) days from the date of recommendation of the claim. Letter confirming the amount due to BPA shall be issued by respective CFA within 30 days from date of last recommendation of claim by BPA.

If the payment details are not updated by ESI Institutions in the BPA module, a follow up will be initiated by the BPA to SPOC at ESIC Hqrs. ESIC may resolve such outstanding entries within 3 working days. Processing fee towards Rejected Claims shall also be disbursed as per same terms and conditions.

36) Further, it would be ensured by BPA and ESIC Hospital/SMC office together, that three months (03 months) before the completion of empanelment period of hospital/diagnostic center or de-empanelment (as the case maybe), a detailed statement of accounts would be prepared by BPA and ESIC Hospital/SMC office together to crystallize any recovery and the hospital/diagnostic center would be required to clear the recovery before closing settlements are finalized. Relevant validation for the same shall be provided by the BPA on the system. Thereafter, BPA shall be exonerated from any outstanding liability.

37) After receipt of the information from ESIC Hospital/SMC office, the BPA will also ensure that all empanelled hospitals/diagnostic centers, validity of which has expired, are not reflected in the Online Referral generation template of the system but still exists in the payment module till such time that the respective empanelled hospitals/diagnostic center is revalidated or completion of earlier claims/recovery and reconciliations or as directed

by ESIC provided the status of the hospitals/diagnostic center is updated by ESIC from time to time.

38) On expiry of validity as per MoA/MoU of empanelment at respective locations, empanelled hospitals/diagnostic centers should upload all pending bills at the earliest but not later than Three (03) months from the date of expiry of MoA failing which the empanelled hospitals/diagnostic centers shall have to give justification and seek waiver/condonation of delay from the respective competent Authority of ESIC Hospital/SMC office.

IX Claim submission guidelines:

- 1) Bill to be given in PI-PVI forms as per SST manual. Bill sheets to be numbered and chronologically placed with clinical sheets/investigation reports/Blood bank notes/IPD notes (if needed)/clinical reports/ Permissions for extensions/Films/pouches/invoices/price stickers/ Utilization certificates/OT Notes/pre and post operation radiological images for procedures/wrappers and invoice for drugs costing more than Rs 5000/ or any other requirement.

- 2) Discharge summary should be on the hospital letterhead and must have the following details:

- a) Patient name
- b) Age

- ग) लिंग
घ) भर्ती और छुट्टी की तारीख और समय
ङ) निदान
च) शिकायतें प्रस्तुत करने की अवधि,
छ) पूर्व चिकित्सा विवरण
ज) नैदानिक जांच
झ) अस्पताल कोर्स
ञ) ऑपरेशन के बाद की किसी भी जटिलता, लंबे समय तक रहने और गैर जरूरी जांच और दवाओं पर टिप्पणी सहित।
ट) अभिनिर्देशन/आपातकालीन पत्र, उपचार की विधि, संबंधित जांच, प्रक्रियाओं/शल्य-क्रिया आदि के विवरण से संबंधित छुट्टी सलाह।
ठ) उपचार करने वाले विशेषज्ञ/अति विशेषज्ञ द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित
ड) मृत्यु के मामले में मृत्यु का कारण और समय के साथ विस्तृत मृत्यु सारांश निर्दिष्ट किया जाना चाहिए।
ढ) एलएएमए (चिकित्सा सलाह के विरुद्ध छोड़कर गया) और उच्च केंद्र में स्थानांतरण के मामले में इसका कारण निर्दिष्ट किया जाना चाहिए।
ण) संबंधित अति विशेषज्ञों को कीमोथेरेपी/डायलिसिस/रेडियोथेरेपी वाले मामलों के बिल दावों में छुट्टी सारांश पर प्रति हस्ताक्षर करना चाहिए। उपर्युक्त मामलों में नामिकागत अस्पताल द्वारा समेकित बिल जारी किया जाना चाहिए।
त) अस्पताल में पूर्व उपचार की तारीख।
- 3) अंतिम समेकित बिल अस्पताल के पत्रशीर्ष पर बिल संख्या, बिल की तारीख, भर्ती और छुट्टी की तारीख और समय, नाम, रोगी की उम्र के साथ अस्पताल की मुहर और निर्धारित संरूप में संबंधित प्राधिकारी के हस्ताक्षर के साथ होना चाहिए- (अ.वि.उपचार नियम-पुस्तक का पीआइआइ-पीवीआइ)। सभी सक्षम प्राधिकारी इन प्रारूपों को नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों में फिर से परिचालित करना सुनिश्चित करेंगे।
- 4) आवास/आइसीयू की जांच, पात्रता और ठहरने और क.रा.बी.निगम नीति के अनुसार की जानी चाहिए।
- 5) परामर्श - गैर जरूरी परामर्श और अधिक परामर्श, यदि कोई हो, की कटौती की जाएगी, जिसका भुगतान क.रा.बी.निगम नीति के अनुसार किया जाएगा।
- 6) प्रयोगशाला शुल्क को निर्धारित दरों के साथ संदर्भित किया जाना चाहिए और गैर जरूरी और अप्रासंगिक होने पर कटौती की जानी चाहिए।
- 7) गैर-पैकेज प्रक्रियाओं में फार्मैसी, उपभोग्य सामग्रियों आदि का भुगतान क.रा.बी.निगम नीति के अनुसार किया जाना है। गैर जरूरी और अप्रासंगिक खर्चों में कटौती की जाएगी।
- 8) शल्य-क्रिया शुल्क को क.रा.बी.निगम नीति और लागू पैकेज दरों के अंतर्गत संदर्भित किया जाना चाहिए।
- 9) प्रत्यारोपण : निर्धारित अधिकतम दरों तक सीमित होना चाहिए, यदि नामिकागत नहीं है तो भुगतान क.रा.बी.निगम नीति के अनुसार किया जाना चाहिए।
- 10) कोई विशेष जांच : के संबंध में नैदानिक निष्कर्षों पर समीक्षा की जानी चाहिए और उचित होने पर भर्ती किया जाना चाहिए।
- 11) अन्य (फिजियोथेरेपी, ड्रेसिंग, डायलिसिस, रक्त आधान, कीमोथेरेपी आदि) को औचित्य और क.रा.बी.निगम द्वारा निर्धारित नीति के अनुसार स्वीकार किया जाए।
- 12) विभिन्न श्रेणियों की शल्य-क्रिया के लिए पैकेज पर विचार हेतु दिनों की संख्या इस प्रकार है:
- ✓ विशेषज्ञ (अति विशिष्टता) उपचार के लिए 12 दिन
 - ✓ अन्य प्रमुख शल्य-क्रिया के लिए 7 दिन
 - ✓ लैप्रोस्कोपिक शल्य-क्रिया/सामान्य प्रसव के लिए 3 दिन
 - ✓ डे केयर/मामूली (बा.रो.विभाग) शल्य-क्रिया के लिए 1 दिन

X प्रक्रमण शुल्क

दिशा-निर्देशों के अनुसार बि.प्र.एजेंसी द्वारा बिल-प्रक्रमण सेवाएं प्रदान करने के अधीन, नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र/दावेदार बि.प्र.एजेंसी को सेवा शुल्क और सेवा कर/जीएसटी/किसी भी नाम से किसी भी अन्य कर का भुगतान करेंगे, जो प्रति दावे के आधार पर लागू हो, जैसा कि क.रा.बी.निगम के माध्यम से नीचे बताया गया है।

- c) Gender
 - d) Date and time of admission and discharge
 - e) Diagnosis
 - f) Presenting complaints duration,
 - g) Past medical history
 - h) Clinical examination
 - i) Hospital course
 - j) Any post-operation complications, prolonged stay and undue investigations and medications should be commented on.
 - k) Discharge advice correlated with the referral/ emergency letter, line of treatment, related investigations, details of procedures/ surgery etc.
 - l) Duly signed by the treating Specialist/Super specialist
 - m) In case of death detailed death summary with cause and time of death to be specified.
 - n) In case of LAMA (Left against medical advice) and transfer to higher centre the reason for the same to be specified.
 - o) Respective super specialists should countersign discharge summaries in cases of Chemotherapy/ Dialysis/ Radiotherapy bill claims. Consolidated bill should be raised by the empanelled hospital in above mentioned cases.
 - p) Date of earlier treatment in the hospital.
- 3) Final consolidated bill should be on the hospital letterhead with Bill number, Bill date, Date and time of admission and discharge, name, age of the patient with hospital seal and signature of the concerned authority in prescribed format- (PII-PVI of SST manual). All Competent Authorities shall ensure the circulation of these formats again to empanelled hospitals/diagnostic centres.
 - 4) Accommodation/ ICU should be checked as per entitlement and stay and as per ESIC policy.
 - 5) Consultation - Undue consultation and excess consultation if any to be deducted, to be paid as per ESIC policy.
 - 6) Lab Charges should be referred with prescribed rates and undue and irrelevant to be deducted.
 - 7) Payment of Pharmacy, Consumables etc. in non-package procedures is to be done as per ESIC Policy. Undue and irrelevant expenses to be deducted.
 - 8) Surgery charges should be referred to under ESIC Policy and package rates as applicable
 - 9) Implants: should be restricted to prescribed ceiling rates, if not listed then payment to be done as per ESIC Policy.
 - 10) Any specialized investigations: Needs to be reviewed on clinical findings and to be admitted if justified.
 - 11) Others (physiotherapy, dressing, dialysis, blood transfusion, chemo therapy etc) to be admitted as per justification and prescribed ESIC Policy.
 - 12) Numbers of days considered for package for different categories of surgeries are as follows:
 - ✓ 12 days for specialized (super specialties) treatment.
 - ✓ 7 days for other major surgeries.
 - ✓ 3 days for laparoscopic surgeries/normal deliveries.
 - ✓ 1 day for day care/minor (OPD) surgeries

X Processing Fees

Subject to BPA rendering bill-processing services as per the guidelines, the empanelled hospitals/ diagnostic centers/claimants shall pay to the BPA, the service fees and service tax/GST/any other tax by any name called as applicable on per claim basis, as detailed below, through ESIC.



बि.प्र.एजेसी को देय सेवा शुल्क और सेवा कर, जीएसटी या कोई भी अन्य कर, चाहे वह किसी भी नाम से जाना जाता हो, क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय द्वारा नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को देय राशि से काट लिया जाएगा और लागू आयकर जमा सेवा कर, जीएसटी या किसी भी अन्य कर की कटौती के बाद की राशि, चाहे वह किसी भी नाम से जाना जाता हो, ईसीएस के माध्यम से या अन्यथा, समय-समय पर तय किए गए अनुसार, नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्रों के लिए भुगतान के साथ बि.प्र.एजेसी के खाते में स्थानांतरित कर दिया जाएगा। स्रोत पर काटा जाने वाला आयकर केवल प्रक्रमण शुल्क पर लागू होगा। **बि.प्र.एजेसी और नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों को जारी किए गए भुगतान को अनिवार्य रूप से यूटीआइ मॉड्यूल में दर्ज किया जाना चाहिए। तीसरे पक्ष द्वारा भुगतान के समाधान में आसानी के लिए संबंधित बैंकों के माध्यम से किए गए एनईएफटी भुगतान लेनदेन पर लिंक के रूप में संबंधित क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय को जोड़ने में उचित सावधानी बरती जानी चाहिए।**

यदि दावा निरस्त कर दिया गया है या नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र को भुगतान नहीं किया गया है, तो क.रा.बी.निगम अस्पताल/राज्य चिकित्सा आयुक्त कार्यालय संबंधित नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्र (या समूह अस्पताल/कंपनियों) के बाद के दावों से बि.प्र.एजेसी के कारण सेवा शुल्क और सेवा कर/जीएसटी/किसी भी अन्य कर की वसूली करेगा और बि.प्र.एजेसी के खाते में भुगतान करेगा। यदि नामिकागत अस्पतालों/निदान केंद्रों से बाद में कोई दावा नहीं किया जाता है, तो उक्त शुल्क और सेवा कर/जीएसटी/किसी भी नाम से कोई अन्य प्रासंगिक कर क.रा.बी.निगम द्वारा नामिकागत अस्पताल से वसूल किया जाएगा और बि.प्र.एजेसी को भुगतान किया जाएगा।

बि.प्र.एजेसी दावे की प्राप्ति के बाद 10 (दस) कार्य दिवसों के प्रतिवर्तन काल का पालन करने का प्रयास करेगी (जैसा कि परिभाषित है)/भौतिक बिल/स्पष्टीकरण की प्राप्ति या एनएमआइ निपटान की अवधि पूरी होने पर (जो भी बाद में हो)। क.रा.बी.निगम के पास नामिकागत अस्पताल/नैदानिक केंद्रों के संबंधित बिल के प्रतिवर्तन काल से परे लंबित दावों के लिए बि.प्र.एजेसी को देय सेवा शुल्क पर 10% तक जुर्माना लगाने का अधिकार सुरक्षित है। यह जुर्माना संबंधित नामिकागत अस्पताल/निदान केंद्र की अनुमोदित राशि में जोड़ा जाएगा और विकसित किए जाने वाले सिस्टम द्वारा मान्य किया जाएगा और इसकी ऐसी प्रणाली द्वारा स्वचालित रूप से गणना की जाएगी और सिस्टम पर संबंधित क.रा.बी.निगम अस्पताल या रा.चि.आयुक्त को सूचित किया जाएगा। दावे पर अंतिम अनुशंसा का समय पूर्ण विराम बाद में बि.प्र.एजेसी के कारण राशि की पुष्टि संबंधित सीएफए द्वारा बि.प्र.एजेसी द्वारा दावे की अंतिम अनुशंसा की तारीख से 30 दिनों के भीतर जारी की जाएगी।

कर्मचारी राज्य बीमा अस्पतालों/संस्थाओं और बि.प्र.एजेसी से दी जाने वाली सेवाएँ सहमति समय सीमा सहित निम्नानुसार हैं :

क्र . सं	गतिविधियाँ	समय सीमा
1.	नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों द्वारा दावों की सूचना के लिए प्रतिवर्तन काल (टीएटी)	चार घंटे
2.	नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों द्वारा दावों को आवेदन रूप में अपलोड करने के लिए प्रतिवर्तन काल (टीएटी)	जांच/प्रक्रिया/स्वास्थ्य संबंधी व्यवधान/ओपी परामर्श/अस्पताल से छुट्टी होने के सात (7) कार्य दिवसों के भीतर
3.	नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों द्वारा फोल्डर का भौतिक रूप से प्रस्तुतीकरण	जांच/प्रक्रिया/स्वास्थ्य संबंधी व्यवधान/ओपी परामर्श/अस्पताल से छुट्टी होने के सात (7) कार्य दिवसों के भीतर लेकिन तीस (30) से बाद में नहीं
4.	संबंधित कर्मचारी राज्य बीमा अस्पताल/संस्था द्वारा ऑनलाइन और भौतिक दोनों तरीके से कागजी प्रतियों/भौतिक बिलों के सत्यापन और पावती के लिए प्रतिवर्तन काल (टीएटी)	सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन कागजी प्रतियों/भौतिक बिलों की प्राप्ति के 02 (दो) कार्य दिवसों के भीतर

The Service Fee and Service Tax, GST or any other taxes by whatever name called payable to BPA will be deducted by ESIC Hospital/SMC office from the amount payable to the empanelled hospital/diagnostic center and the amount after deduction of applicable income tax plus Service Tax, GST or any other taxes by whatever name called shall be transferred to the account of BPA through ECS, or otherwise, as decided from time to time, simultaneously along with the payment/s for empanelled hospital/diagnostic centers. The Income tax to be deducted at source shall be applicable only on the processing fee. **Payments released to BPA and empanelled hospitals/diagnostic centres should be mandatorily entered into the UTI module. Due care should be taken to append respective ESIC Hospital/SMC Office as links on NEFT payment transactions done through respective banks for ease of reconciliation of payments by third parties.**

If the claim was rejected or results into nonpayment to the empanelled hospital/diagnostic center, ESIC Hospital/SMC Office shall recover the service fee and service tax/GST/any other tax by any name due to the BPA from the subsequent claims of the respective empanelled hospital/diagnostic center (or the group hospitals / companies) and shall pay to the account of the BPA. If there are no subsequent claims from empanelled hospitals/diagnostic center, then said fee and service tax/GST/any other relevant tax by any name shall be recovered by ESIC from the empanelled hospital and paid to BPA.

BPA shall strive to adhere to the TAT of 10(ten) working days after the receipt of claim (as defined) / physical bills/ receipt of clarification or completion of period of NMI Disposal (whichever is later). ESIC reserves the right to levy a penalty upto 10% on the service fees payable to BPA for the claims pending beyond TAT of the respective bill of the empanelled hospital/s/diagnostic centers. This penalty shall be added to the approved amount of the respective empanelled hospital/diagnostic center and shall be validated by the system to be developed and shall be auto calculated by such

system and prompted to the respective ESIC Hospital/ SMC on the system at the time of final recommendation on the claim. Letter confirming the amount due to BPA shall be issued by respective CFA within 30 days from date of last recommendation of claim by BPA.

The Service deliverables from ESI Hospitals/Institutions and BPA with the agreed timelines are as follows:

S. No	Activities	Time Lines
1.	Turn Around Time (TAT) for claims Intimation by empanelled hospitals/diagnostic centers	4 hours
2.	Turn Around Time (TAT) for upload of claims into application by empanelled hospitals/diagnostic centers.	Within seven (7) working days of conduction of test/ procedure/ health intervention/ OP consultation / discharge
3.	Submission of Physical folders by empanelled hospitals/diagnostic centers.	Within seven (7) days but not later than Thirty (30) working days from conduction of test/ procedure/ health intervention/OP consultation/discharge
4.	Turn Around Time (TAT) for acknowledgement and verification of hard copies/ physical bills both online and physically, by respective ESI Hospital/Institution.	Within 02 (two) working days of receipt of hard copies/physical bills subject to availability of Server/Application



5.	बि.प्र.एजेंसी द्वारा दावों का सत्यापन, संवीक्षा और अनुशंसा	नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों द्वारा दावा अपलोड करने के 10 (दस) कार्य दिवसों के भीतर तथा संबंधित कर्मचारी राज्य बीमा अस्पतालों/संस्थाओं से बिलों की भौतिक प्रतियां प्राप्त होने के बाद और सभी प्रश्नों के समाधान के बाद, जो भी बाद में हो
6.	चिकित्सा संवीक्षा पूर्ण करने और सीएफए द्वारा भुगतान जारी करने सहित संबंधित कर्मचारी राज्य बीमा अस्पताल/संस्था में ऑनलाइन भुगतान योग्य राशि के अंतिम अनुमोदन के लिए प्रतिवर्तन काल (टीएटी)	सर्वर/एप्लिकेशन की उपलब्धता के अधीन 7 (सात) कार्य दिवसों के भीतर
7.	कर्मचारी राज्य बीमा अस्पताल/संस्था द्वारा उठाए गए प्रश्नों के लिए नामिकागत अस्पतालों/नैदानिक केंद्रों द्वारा अन्य बातों के साथ-साथ स्पष्टीकरण/अतिरिक्त दस्तावेज जमा करने के लिए प्रतिवर्तन काल (टीएटी)	15 (पंद्रह) दिनों के भीतर
8.	कर्मचारी राज्य बीमा निगम चिकित्सा अधीक्षक एवं अधिकारियों को गुणवत्तापूर्ण डैश बोर्ड उपलब्ध कराना	ऑनलाइन यथासमय निपटान
9.	मेल/बातचीत के दौरान आवाज की स्पष्टता/कॉल केंद्र सक्षम बनाना	कार्यालय समय के दौरान (प्रातः 10 बजे से सायं 6 बजे तक)

5.	Verification, Scrutiny and Recommendation of Claims by BPA.	Within 10 (ten) working days after uploading of the claim by the empanelled hospitals/diagnostic centers and after Physical copies of bills have been received at respective ESI Hospitals/Institutions and all queries resolved, whichever is later
6.	Turn Around Time (TAT) for completion of medical scrutiny and final approval of amount payable by CFA, online at respective ESI Hospital/Institution with release of payment	. Within 7(seven) working days subject to availability of Server/Application
7.	Turn Around Time (TAT) for submitting clarifications/additional documentation inter alia by empanelled hospitals/diagnostic centers for queries raised by ESI Hospital/Institution.	Within 15 (fifteen) days.
8.	Providing of Quality Dash Board to ESIC officials& MS	Online real-time
9.	Enabling Mail/Voice over communication/ Call center	During office hours (10 AM to 6 PM)



टाइ-अप अस्पताल के बिलों के प्रक्रमण के संबंध में अतिरिक्त निर्देश/दिशानिर्देश

1. टाइ-अप अस्पताल द्वारा बिल अपलोड करने के तुरंत बाद यूटीआइ-आइटीएसएल, कर्मचारी राज्य बीमा से बिलों की कागजी प्रति की प्राप्ति की प्रतीक्षा किए बिना बिलों का प्रक्रमण शुरू कर देगा। यूटीआइ-आइटीएसएल बिल की पूर्णतः (अधिक जानकारी के चरणों सहित) संवीक्षा करेगा और कर्मचारी राज्य बीमा को स्वीकार्य राशि की अनुशंसा करेगा। यह अनुशंसा टाइ-अप अस्पताल, कर्मचारी राज्य बीमा निगम अस्पतालों और कर्मचारी राज्य बीमा निगम के क्षेत्रीय कार्यालयों सहित अभिनिर्देशित स्थानों पर दिखाई देगी।
2. एक बार जब टाइ-अप अस्पताल को यूटीआइ-आइटीएसएल द्वारा संवीक्षा किए गए बिलों के बारे में जानकारी प्राप्त होती है तो टाइ-अप अस्पताल, कर्मचारी राज्य बीमा निगम अस्पतालों/क्षेत्रीय कार्यालयों को ऐसे बिलों की मूल कागजी प्रतियां जांच की तारीखों के अनुसार 4 अलग-अलग बंडलों में निम्नानुसार प्रस्तुत करेगा:-
 - 1) कें.स.स्वा.योजना कूट सहित बा.रो.विभाग बिल
 - 2) कें.स.स्वा.योजना कूट के बिना बा.रो.विभाग बिल
 - 3) कें.स.स्वा.योजना कूट सहित भ.रो.विभाग बिल
 - 4) कें.स.स्वा.योजना कूट के बिना भ.रो.विभाग बिल
3. यूटीआइ मॉड्यूल में प्राप्ति और भुगतान की आगे की प्रक्रिया के लिए बिलों के ऐसे बंडलों को मात्रा के आधार पर साप्ताहिक/पाक्षिक/मासिक आधार पर कर्मचारी राज्य बीमा निगम अस्पतालों/क्षेत्रीय कार्यालयों में जमा किया जाना चाहिए।
4. (क) राज्य के कर्मचारी राज्य बीमा निगम ईकाईयों से अभिनिर्देशन के मामले में, टाइ-अप अस्पताल इन बिलों की प्रतिलिपि भी उसी तरीके से राज्य के कर्मचारी राज्य बीमा अभिनिर्देशित केंद्रों पर जमा करेगा और ऐसे बिल जमा करने के एवज में पावती रसीद (हार्ड कापी में) प्राप्त करेगा। इस प्रकार, राज्य स्थित कर्मचारी राज्य बीमा द्वारा अभिनिर्देशित केंद्रों को यूटीआइ-आइटीएसएल मॉड्यूल में पावती रसीद की आवश्यकता नहीं होगी।

(ख) इसके बाद टाइ-अप अस्पताल, यूटीआइ-आइटीएसएल मॉड्यूल में रसीद और भुगतान की आगे की प्रक्रिया के लिए कर्मचारी राज्य बीमा निगम के संबंधित क्षेत्रीय कार्यालयों में उपर्युक्त मॉड्यूल में राज्य की अभिनिर्देशन इकाई की विधिवत हस्ताक्षरित पावती रसीद के साथ, मूल बिल जमा करेगा।

(ग) बिलों की प्रति का बंडल प्राप्त होने पर, राज्य के अभिनिर्देशित केंद्र उसकी जांच कर सकते हैं और अपनी टिप्पणियां, यदि कोई हों, एक सप्ताह के भीतर संबंधित क्षेत्रीय कार्यालय को भेज सकते हैं। अन्यथा, यह माना जाएगा कि राज्य के अभिनिर्देशित केंद्रों का ऐसे बिलों के संबंध में आगे कोई पर्यवेक्षण किया जाना शेष नहीं है।

मूल बिलों की प्राप्ति के बाद, कर्मचारी राज्य बीमा निगम अस्पताल/क्षेत्रीय कार्यालय मौजूदा दिशानिर्देशों के अनुसार टाइ-अप अस्पताल को भुगतान की जांच/प्रक्रिया पूरी करेंगे।

Additional instruction/guidelines regarding processing of bills of TUH

5. Immediately after uploading the bills by TUH, UTI-ITSL would start processing the bills without waiting for receipt of hard copy of bills by ESI location. UTI-ITSL would scrutinize the bill completely (including need more information steps) and recommend admissible amount to ESI. This recommendation would be visible to referring locations including TUH, ESIC Hospitals and Regional Offices of ESIC.
6. Once the TUH receives information regarding the bills that have been scrutinized by UTI-ITSL, the TUH will submit the original hard copies of such bills as per the dates of scrutiny in 4 district bundles to ESIC Hospitals/Regional Offices as under: -
 - e) OPD Bills with CGHS Codes
 - f) OPD Bills without CGHS Codes
 - g) IPD Bills with CGHS Code
 - h) IPD Bills without CGHS Code
7. Depending upon the quantum, such bundles of the bills be submitted to ESIC Hospitals/Regional Offices on weekly/fortnightly/monthly basis for receipt in UTI Module and further processing of payment.
8. (a) In case of referral from state ESIC Locations, the TUHs would also submit the duplicate copy of these bills in the same manner to the state ESI referring locations and obtain the acknowledgement receipt (in the hard copy) in lieu of submission of such bills. Thus, State ESI referring locations would not be required to acknowledged receipt in UTI-ITSL module.

(b) Thereafter, along with duly signed acknowledgement receipt of state referral unit, the TUH shall submit the original bills in above mentioned modules in the concerned Regional Offices of ESIC for receipt in UTI-ITSL module and further processing of payment.

(c) Upon receipt of the bundle of duplicate copy of bills, the state referring locations may examine the same and forward their comments, if any, to the concerned Regional office within a week. Else, it will be presumed that state referring locations has no further observation in r/o such bills.

After receipt of the original bills, the ESIC Hospitals/Regional Office(s) shall complete the scrutiny/process of payment to TUH as per the existing guidelines.



अनुक्रमणिका

क्र.	परिपत्र सं.	दिनांक	विषय
1.	No. V-14/11/5/2018-Med.1(SST)	29.10.2018	बीमाकृत व्यक्ति और उनके परिवार के सदस्यों को अति विशिष्टता उपचार के लिए पात्रता शर्तों में संशोधन संबंधी
2.	No.V-14/11/5/2018/Med.1(SST)	18.08.2020	बीमायोग्य रोजगार के पहले दिन से मामले दर मामले आधार पर-परिपत्र
3.	U-13/14/SOM/ATR/38/21 Med-1	09.09.2022	कहीं भी-कभी भी के तहत दिल्ली/नोएडा में स्थित किसी भी क.रा. बी.निगम औषधालय से दिल्ली/नोएडा क.रा.बीमा लाभार्थियों द्वारा चिकित्सा सेवाओं का लाभ उठाना
4.	U-11/14/5/2015-Med (New Services)	27.10.2016	'कहीं भी-कभी भी' के तहत दिल्ली/नोएडा में स्थित किसी भी क.रा. बी.निगम औषधालय से दिल्ली/नोएडा क.रा.बीमा लाभार्थियों द्वारा चिकित्सा सेवाओं का लाभ उठाना
5.	U-13/14/ATR/ESIC/38/2021/01 185th Corporation meeting	11/11/2021	100 या उससे कम चालू बिस्तरों की क्षमता वाले क.रा.बी.निगम अस्पतालों में निर्धारित द्वितीयक देखभाल उपचार का लाभ उठाने के लिए निजी अस्पतालों में अभिनिर्देशन की नीति में छूट।
6.	U-16/30/649/2020-SST	08.08.2022	बीमाकृत व्यक्ति/लाभार्थियों को उसी दिन अभिनिर्देशन सौंपना सुनिश्चित करने के लिए अभिनिर्देशन समीक्षा
7.	U-16/30/534/15-Pro.Cel I(SST) UTI Integ. (20f)	28/09/2020	पी1 अभिनिर्देशन की वैधता का विस्तार- संबंधित
8.	U-16/30/547/2015/Pro. Cell (SST services in ESIC Hospitals) Pt. II	19.11.2018	अस्पताल नामिकायन दिशानिर्देश
9.	U-16/30/547/2015/Pro. Cell (SST) services in ESIC Hospitals P II	30.09.2019	दिल्ली/रा.रा.क्षेत्र के लिए परिशोधित अस्पताल नामिकायन दिशानिर्देश-संबंधी
10.	Pt.U 16/30/565/2015-Pro-cell(SST) Vol.III (amendment of tie up hospital)	01.11.2019	दिल्ली/रा.रा.क्षेत्र के लिए परिशोधित अस्पताल नामिकायन दिशानिर्देश-संबंधी
11.	U-6/12/01/2018/Agenda/Reporting Item-Med. II	27.01.2020	देश भर के क.रा.बी.निगम अस्पतालों/चि.महाविद्यालयों में द्वितीयक देखभाल उपचार की व्यवस्था/अभिनिर्देशन के संबंध में दिशानिर्देश
12.	U-16/30/565/2020-SST	05.05.2022	अति विशिष्टता उपचार (एसएसटी) सेवाओं का दायरा- संबंधित
13.	No. U-16/30/631-HCT/2017/Pro Cell(SST)/High-cost Treatment cases/WUL	27.03.2020	उच्च लागत वाले उपचार मामले के संबंध में
14.	CGHS Circular No.Z-15025/5/2011-CGHS-III/CGHS(P)	22.11.2011	आईवीएफ
15.	CGHS Circular No.6-469/2003-CGHS/R&H	12.06.2009	कर्णावर्त तंत्रिका का प्रत्यारोपण
16.	U-16/12/1/2020/Agenda/Reporting Item/Med.III	11.07.2022	कर्णावर्त तंत्रिका का प्रत्यारोपण
17.	F.No.U-16/47/3/2022/Med.11/Raj(23552)	28.04.2023	द्वितीयक/ अति- विशिष्टता उपचार के लिए मरीजों के अभिनिर्देशन के संबंध में

Index

S. No.	Circular No.	Date	Subject
1.	No. V-14/11/5/2018-Med.1(SST)	29.10.2018	Revision in the eligibility conditions for super speciality treatment to the Insured Person and members of their family – reg.
2.	No.V-14/11/5/2018/Med.1(SST)	18.08.2020	From day one of insurable employment on case-to-case basis- circular
3.	U-13/14/SOM/ATR/38/21 Med-I	09.09.2022	Availing of medical services by Delhi/ Noida ESI beneficiaries from any ESIC dispensaries located in Delhi/Noida under Kahin Bhi Kabhi Bhi')
4.	U-11/14/5/2015-Med (new Services)	27.10.2016	Availing of medical services by Delhi/Noida ESI beneficiaries from any ESIC dispensary located in Delhi/Noida under Kahin Bhi Kabhi Bhi')
5.	U-13/14/ATR/ESIC/38/2021/01 185 th Corporation meeting	11/11/2021	Relaxation in policy of referral to private hospitals for availing prescribed secondary care treatment in ESIC Hospitals with bed strength of 100 or less commissioned beds.
6.	U-16/ 30/649/ 2020-SST	08.08.2022	Referral review to ensure handing over of referral to IP/beneficiaries on same day
7.	U-16/ 30/534/15-Pro.Cel I(SST)UTI Integ. (20f)	28/09/2020	Extension of validity of P1 referrals – reg
8.	U-16/30/547/2015/Pro. Cell (SST services in ESIC Hospitals) Pt. II	19.11.2018	Hospital empanelment guidelines
9.	U-16/30/547/2015/Pro. Cell (SST)/ Services in ESIC Hospital-P II	30.09.2019	Revised hospital empanelment guidelines for Delhi/NCR-reg
10.	Pt.U16/30/565/2015-Procell(SST) Vol.III (amendment of tie up hospital)	01.11.2019	Revised hospital empanelment guidelines for Delhi/NCR-reg
11.	U-16/12/01/2018/Agenda/Reporting Item-Med. II	27.01.2020	Guidelines regarding provision/ referral for secondary care treatment at ESIC Hospitals/ Medical College across the country
12.	U- 16/30/565/2020-SST	05.05.2022	Scope of Super Speciality Treatment (SST) services – reg
13.	No. U-16/30/631-HCT/2017/Pro. Cell(SST)/High-cost Treatment cases/WUL	27.3.2020	High Cost treatment case – reg
14.	CGHS Circular No.Z-15025/5/2011-CGHS-III/CGHS(P)	22.11.2011	IVF
15.	CGHS Circular No.6-469/2003-CGHS/R&H	12.06.2009	Cochlear Implant
16.	U-16/12/1/2020/Agenda/Reporting Item/Med.III	11.07.2022	Cochlear Implant
17.	F.No. U-16/47/3/2022/Med.II/ Raj(23552)	28.04.23	Referral of Patients for secondary/SST treatment-reg.



**HEADQUARTERS
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
PANCHDEEP BHAWAN; C.I.G. ROAD; NEW DELHI**

No. - V-14/11/5/2018-Med.I (SST)

Dated: -29/10/2018

OFFICE MEMORANDUM

Sub:- Revision in the eligibility conditions for super specialty treatment to the Insured Persons and members of their family -reg.

In supersession of the instruction on the above cited subject dated 07/11/2016, the ESI Corporation, in its 175th meeting held on 18.9.2018, have approved a revised eligibility condition to mitigate the hardship faced by the Insured Person. The new eligibility conditions are being made a part of the Regulation and is under process of notification/calling objections etc. Till it takes a final shape, it may be executed with this administrative instruction.

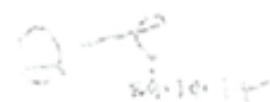
1. The Insured Person who has contributed for 78 days in a contribution period be allowed to avail super specialty treatment provided he/she has completed minimum of six months of insurable employment i.e. from the date of registration on IP Portal.
2. The members of the family of the Insured Person be allowed super specialty treatment if the Insured Person has contributed 156 days (78 days in each contribution period) and have completed minimum one year of insurable employment from the date of registration.
3. In both the above cases, the employer should have filed the monthly contribution as per section 44 read with regulation 26(a) failing which Regulation 31 of the ESI (General) Regulation, 1950.
4. This shall be available only in the corresponding benefit period.
5. Insured Persons and their family members shall continue to avail the super specialty if the Insured Persons is in receipt of extended sickness benefit.
6. The Insured Women shall be eligible for super specialty treatment in case it arises due to or out of maternity if she is in receipt of maternity benefit.
7. The cases of employment injury shall not attract the aforesaid conditions.

Contd/2

-2-

The aforesaid conditions shall apply only in those cases where expenditure of the treatment for reference is made outside the ESI set-up and is to be paid by the ESIC without share from the State Govt. In cases, the Insured Person or their family member requires a treatment which is not available in ESI Hospital or ESI Medical Education Institutions and aforesaid eligibility conditions are not met by the Insured Person, such cases be referred to the Hospitals/Medical Colleges of the State Govt. who are duty bound to render services to a citizen.

These instructions are applicable with immediate effect.


(DR. SUBHASH CHOKRA)
DY. MEDICAL COMMISSIONER
For DIRECTOR GENERAL

To,

1. PPS to Director General/Financial Commissioner for information.
2. PPS/PS to all Divisional Heads, ESIC Hqrs./NTA, New Delhi.
3. All Addl. Commissioners/Regional Directors/Jt. Director (I/c) of ROs/ SROs.
4. Director (Medical) Delhi/Noida/K.K. Nagar.
5. All Medical Superintendents ESIC/Model Hospitals.
6. All Deans, Medical Education Institutions.
7. Jt Director/Dy. Director (Fin) of all Regions/Sub Regions/Hospitals/Medical Educational Institutions.
8. All Officers/Branches, Hqrs.
9. Website Content
10. Guard File.



(HEADQUARTERS OFFICE)
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
PANCHDEEP BHAWAN, C.I.G. MARG, NEW DELHI-110002

No. V-14/11/5/2018/Med.I(SST)

Dated 18/8/2020

OFFICE MEMORANDUM

Sub.- Referral for Super Specialty Treatment to tie-up hospitals where expenditure of the treatment for reference is made outside the ESI Set-up and to be directly borne by ESI Corporation.

In supersession of the instruction issued vide Office Memorandum of even No. dated 28/10/2018, the ESI Corporation in its 181st Meeting held on 13/2/2020 has approved that till finalisation of L.P.A. 76 of 2020 challenged before the Hon'ble Division Bench of High Court of Delhi, the SST benefit to IPs and their family members shall have to be given from the first day of insurable employment on a case to case basis subject to the final order of the Hon'ble Court.

Above is issued for immediate compliance

This issues with the approval of Director General.

Yours sincerely,

(Dr. Subhash Chhokra)
Dy. Medical Commissioner

To

1. PPS to Director General / Financial Commissioner, ESIC Hqrs. Office, New Delhi for information.
2. PPS/PS to all Division Heads, ESIC Hqrs. / NTA, New Delhi for information.
3. Insurance Commissioner (ICT), ESIC Hqrs. Office, New Delhi with request to take necessary action.
4. Insurance Commissioner (Legal), ESIC Hqrs. Office, New Delhi with



मुख्यालय/HEADQUARTER
एम्प्लॉयिज स्टेट बीमा निगम
(एन एच एम्प्लॉयिज मंत्रालय) भारत सरकार
EMPLOYEES' STATE INSURANCE
CORPORATION
(Ministry of Labour & Employment, Govt. of
India)



पंचदीप भवन सीआईडी मार्ग नई दिल्ली-110002
Panchdeep Bhawan, CIG Marg, New Delhi- 0
Phone: 011-23215488, VOIP: 0011037
Email: med1-ho@esic.nic.in
Website: www.esic.nic.in / www.esic.in

No. U-13/14/SOM/ATR/38/21 Med-I

Date: 09.09.2022

To,

Director (Medical) Delhi/DMN
Medical Superintendents,
ESIC Hospital, Basaidarapur, Jhilmil, Okhala, Rohini & Noida.

Subject: Availing of medical services by Delhi/Noida ESI beneficiaries from any ESIC dispensaries located in Delhi/Noida under "Kahin Bhi Kabhi Bhi"

Madam/Sir,

Please refer to this office letter of even no. dated 27.10.2016 regarding availing of medical services by Delhi/Noida ESI beneficiaries from any ESIC dispensary located in Delhi/Noida under "Kahin Bhi Kabhi Bhi" (copy enclosed).

In this context, it is informed that during a recently held meeting with the Medical Superintendent of ESIC hospitals on 07.07.2022 under the chairmanship of Secretary (L&E), it has been decided that the IPs of Delhi/Noida may visit any dispensary irrespective of dispensary allotted on the beneficiary card.

Accordingly, it is re-iterated that compliance of aforesaid instruction is to be ensured so that such beneficiaries could avail medical services from any ESIC dispensary located in Delhi/Noida.

This issues with the approval of the Competent Authority.

Yours Sincerely


(A.K. Gautam)

Assistant Director

WCM- with request to upload the same.



HEADQUARTERS OFFICE
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(ISO 9001-2008 CERTIFIED)
PANCHDEEP BHAWAN, C.I.G. MARG, NEW DELHI-110002.
E-mail : medl-hq@esic.in Website : www.esic.nic.in

No. U-11/14/5/2015-Med. I (New Services)

Date 27.10.2016

To,

Director (Medical) Delhi/ DMN
Medical Superintendents,
ESIC Hospital, Basaidarapur, Jhilmil, Okhla, Rohini & Noida

Sub: Availing of medical services by Delhi/ Noida ESI beneficiaries from any ESIC dispensaries located in Delhi/Noida under "Kahin Bhi Kabhi Bhi" w.e.f 1st November, 2016.

Sir/ Madam,

As you are aware, IPs and their families were earlier entitled to avail medical services from any ESI Hospital/ Dispensary under "Kahin Bhi Kabhi Bhi" which was withdrawn during 162nd meeting of ESI Corporation held on 31st July, 2014.

In this regard, in view of difficulties faced by IPs & their family members, the competent authority has approved re-introduction of "Kahin Bhi Kabhi Bhi" in Delhi/ Noida hospitals & dispensaries on a pilot basis w.e.f 1st November, 2016, as per following:

1. IPs and their families residing in Delhi/ Noida may seek primary / medical care services, including consultation and medicines, for common / routine ailments from any of the ESIC dispensary in Delhi/ Noida.
2. Patient may be referred from any ESIC dispensary to any ESIC Hospitals in Delhi/ Noida for secondary care, if required.
3. Medicines for chronic ailments like Diabetes, Hypertension, Cardiac & Renal disease etc and Super Speciality Treatment will continue to be availed from parent ESIC dispensary, as per existing instructions.

Hence, you are requested to take further necessary action for implementation, as per above.

o/c

DR. NAVEEN SAXENA
OSD (MEDICAL)

[Handwritten signature]



HEADQUARTER
[in Hindi]
[in English]
EMPLOYEES' STATE INSURANCE
CORPORATION
(Ministry of Labour & Employment, Govt. of
India)



वर्क वार धरुदरुत वरुदु अरुदु 110002 Panchdeep
Bhawan, CIG Marg, New Delhi- 02
Phone: 011-23215489, VOIP: 10011037
Email: med1-hq@esic.nic.in
Website: www.esic.nic.in / www.esic.in

No. U-13/14/ATR/ESIC/38/2021/01/185thCorporation Meeting

Dated: 11.11.2021

To,

Medical Superintendent,
ESIC Hospital
Beltola, Phulwari Sharif, Chandigarh, Raipur, Korba, Naroda, Vapi, Ankleshwar, Manesar,
Baddi, Bari Brahmna, Namkum, Adityapur, Udyogmandal, Kolhapur, Bibwewadi, Rourkela,
Bhiwadi, Udaipur, Tirunelveli, Jajmau, Sahibabad, Sarojini Nagar, Bareilly, Rudrapur, Angul

Subject: Relaxation in policy of referral to private hospitals for availing prescribed secondary care treatment not available in ESIC Hospitals with bed strength of 100 or less commissioned beds.

Madam/Sir,

Please refer to this office letter no U-16/30/547/2015/Pro.Cell (SST)/Services in ESIC Hospital-P II dated 30.09.2019 and U-16/12/01/2018/Agenda/Reporting Item-Med.II dated 27.01.2020 (**copy enclosed**), wherein it was directed by the competent authority to make all round efforts for functionalization of required secondary care medical services within the premises of ESIC Hospitals/Medical Colleges and ensure that there is no referral to private Hospitals subject to the condition that if any relaxation for making such referral is required, the same is to be brought to the cognizance of ESIC Headquarter for seeking further decision on such referral.

In this regard, subsequent to implementation of above decision, representations have been received from various Employers' Associations, Employees' Unions/ Individuals/ Members of Parliament/ Corporation Members for restoration of provision for Secondary Care treatment referral facility so that needy patients could avail these services through empanelled private Hospitals.

Accordingly, considering difficulties faced by ESI beneficiaries in availing secondary care medical services, ESI Corporation during its 185th meeting held on 10.09.2021 has decided following relaxation in policy of referral to private hospitals for the provision of prescribed secondary care medical treatment to the beneficiaries:

- a. Medical Superintendents of **ESIC hospitals having 100 or less commissioned beds** are authorized to directly empanel private service providers duly



following empanelment guidelines for those secondary care specialties/services which are not available in the respective ESIC hospital due to lack of specialists/requisite facility.

- b. Further, MSs of these hospitals are also authorized to take decision on referrals of such prescribed secondary care treatment of beneficiaries on case to case basis.

In view of above, you are requested to take cognizance of above decision of ESIC Corporation for further necessary action while simultaneously expediting functionalization of required medical care services within the hospital premises itself.

This issues with the approval of the Competent Authority.

7d
11/11/21
Dr Naveen Saxena
OSD (Medical)

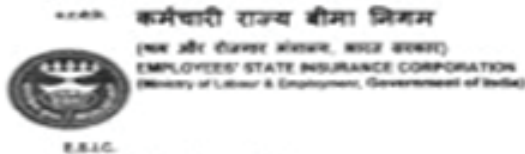
Copy to:

1. WCM with request to upload the same on ESIC Website.
2. All Regional Director/DEANs/ MSs for information, please.
3. DIMS for information, please.

File No.U-16/30/649/2020-SST

Clause - III - 3.3(VII)

18



एम्प्लॉयर्स स्टेट इन्शुरन्स कॉर्पोरेशन,
एन एंड टीएम, सी.ए.ई.डी. ब्लॉक, नई दिल्ली-110002
Panchsheel Bhawan, C.I.G. Marg, New Delhi-110002
Phone: 011-2323492/92/99
Email: 000-00174@ESIL.NIC.IN
Website: www.esic.nic.in

No.U-16/30/649/2020-SST

Dated: 08.08.2022

To

Director (Med.) Delhi Director (Med.) Noida	Deans/ Medical Superintendents – All ESI – PGIMSRs /Medical Dental Colleges,	Regional Directors / SMOs – All ROs	DIMS, ESIS All States & UTs (Through RD & SMO).
--	---	---	--

Sub: Referral review to ensure handing over of referral to IP/beneficiary on the same day-reg.

Ref : SST Manual.

Respected Sir/Madam,

Reference captioned subject, instances have been observed wherein IP/beneficiary had to undertake frequent visits to referring location to physically receive the referral document for availing cashless medical services from empaneled hospitals. This leads to inconvenience and delay in starting medical treatment thus resulting in grievances.

In light of the above, all institutional heads of referring locations to review the practices being followed at their location so that the referrals may be handed over to IP/beneficiaries on the same day as per ESIC guidelines so as to minimize grievances.

This issues with the approval of Competent Authority.

Yours faithfully,


(Dr. Anita Sethi)
Dy. MC (SST)

Copy to : WCM for uploading on website.


Dy. MC (SST)



मुख्यालय
कर्मचारी राज्य बीमा निगम
पंचदीप भवन, सी.आई.जी.मार्ग
नई दिल्ली-110002



clause 3.3 (20)
sub clause VIII
Headquarters Office
Employees' State Insurance Corporation
Panchdeep Bhawan: C.I.G. Road
New Delhi -110002.

U-16/30/534/15-Pro.Cell(SST)/UTI (Integ.)

Dated: 28/09/2020

To,

- निदेशक(चि.)/दिल्ली/निदेशक(चि.)नोएडा,
- चिकित्सा अधीक्षक – सभी क.रा.बी.निगम अस्पताल,
- क्षेत्रीय निदेशक/रा.चि.अ.(एसएमओ) – सभी राज्य
- डीन – सभी क.रा.बी. – पीजीआईएमएसआर चिकित्सा महाविद्यालय,
- निदेशक, बीमा चिकित्सा सेवाएं – सभी राज्य

Sub: Extension of validity of P-1 referrals-reg

Sir/Madam,

With reference to the subject cited above, I am to convey that considering the convenience of ESI Beneficiaries, it has been decided to extend the validity of P1 referral from 07 days to 10 days w.e.f the date of issuance of this instruction.

This is issued with the approval of Director General.

Yours faithfully

अनीता सेठी

(डॉ. अनीता सेठी)

उप. चिकित्सा आयुक्त (एसएसटी)

Copy for information to:

1. UTI-ITSI, Bill processing agency for ESIC.
- ✓ WCM with a request to upload on website

अनीता सेठी

उप. चिकित्सा आयुक्त (एसएसटी)

	<p>Headquarters' Office EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION PanchdeepBhawan: C.I.G. Road: New Delhi -110002. (ISO 9001-2000 Certified)</p>	<p>Telephone : 011-23230146 VOIP : 10011019 E-mail : dmc-sst.hq@esic.in Website : www.esic.nic.in</p>
---	---	---

U-16/30/547/2015/Pro.Cell (SST Services in ESIC Hospital)-Pt.II

Dated: 19/11/2018.

To

All RDs,/All MSs, ESIC Hospitals,
All Deans, ESIC Medical Colleges,
The Director (Medical) Delhi/Noida,
All DIMS.

Sub: Hospital Empanelment Guidelines-reg.

Sir/Madam,

ESI provides primary medical care services (through ESI dispensaries/TMPs/ EUD, etc.), secondary services (through ESIC/ESIS hospitals) and tertiary services (through ESIC empanelled super speciality public/private speciality hospitals) in the notified areas. Empanelment for secondary care services which are not available in ESI Hospitals, is done by ESIS under State Govt. while tertiary care services empanelment is done by ESIC.

ESIC has undertaken expansion of ESI scheme since 2015 all over India with due consent of the State Government. However, in newly implemented areas where State Govt. has expressed its inability to provide medical care services, there ESIC has made its own arrangement through empanelment for providing medical care services, for which medical expenditure is fully borne by ESI Corporation as per existing guidelines.

In order to cope up with the increased demand of medical services due to increase in no. of IPs tremendously from 2.1 cr to 3.4 cr (approx.) ESIC has undertaken provision of the medical services through strengthening its own infrastructure, availability of manpower and other resources or by empanelment. This led to increased referral to empanelled institutions.

Hence, with a view to improve the services to ESI beneficiaries and to ensure optimum utilisation of ESI resources, the Competent Authority has approved the revised guidelines for empanelment of hospitals for ESI beneficiaries which will be applicable from the date of issue of this letter.



The revised guidelines for empanelment of tie-up hospitals for secondary and super speciality services are as follows:-

A. Guidelines for empanelment of tie-up hospitals for Secondary Medical Care (for Areas other than Delhi-NCR).

1) ANALYSIS OF REFERRAL DATA

- a) In the areas where State Govt. is providing secondary medical care services through ESIS Hospitals/tie up hospitals (TUH), it is advised that DIMS and Medical Superintendent (MS) of ESIS hospitals should sift through the secondary referral data of the previous year for their locations.
- b) For ESIC Hospitals the respective MS will sift through the secondary referral data of the previous year for their locations.
- c) For the newly implemented areas, areas where the state could not provide medical services (old implemented area) the State Medical Officer (SMO) will analyze the referral data of the previous year district wise/cluster wise.

2) ACTION PLAN

Having analyzed the referral data, ESIC/ESIS would identify the cause of referral such as lack of manpower or equipment etc.

- a) In case of ESIS Hospitals/dispensaries/areas where State is providing secondary medical care, DIMS should incorporate procurement of equipment in the PIP plan of their State and arrange for man power to utilize these resources.
- b) For the newly implemented areas, locations where the State could not provide medical services, SMO shall assess the requirement of tie ups for secondary care.
- c) For ESIC hospitals, in case the referrals are due to short fall of equipment/doctors/para-medical staff, MS of ESIC hospitals shall initiate action to make up this shortfall.
- d) All the above activities should be carried out annually.

3) EMPANELMENT

- a) i) In case of ESIC Hospitals, the detailed action plan with respect to equipment/manpower etc. be submitted to committee consisting of MS of ESIC hospitals, Dean of ESIC Medical College & Hospital of that State, DIMS or his representative, SMO and chaired by Regional Director.
ii) In case of newly implemented areas where State is unable to provide secondary medical care, the SMO shall submit the detailed action plan to the above Committee.

- b) The committee would assess the district wise/cluster wise annual requirement of OPD/IPD referral load of secondary for each discipline. Once annual requirement is assessed, average daily requirement of referrals of OPD/IPD of that area in that discipline be arrived at.
- c) Once the requirement is assessed the Expression of Interest (EOI) for empanelment for ESIC Hospitals, newly implemented areas and areas where State could not provide secondary medical care would be called by the office of Regional Director with hospitals empanelled with CGHS/ State Govt./PSU, etc.
- d) The Health care organisation should preferably be accredited by National Accreditation Board for Hospitals & Healthcare Providers (NABH).
- e) However, the hospitals which are not accredited by NABH may also apply for empanelment but their empanelment shall be provisional till they get NABH accreditation, which must preferably be done within a period of six months but not later than one year from the date of their empanelment.
- f) Aggregate bed capacity of hospitals empanelled for secondary care services should be such that upto 10 times of the daily average need of that speciality is catered to. Regarding spatial distribution of TUH, Committee should use its discretion.
Empanelment of multi-speciality secondary medical care hospital be preferred over hospitals having one or two specialities.
- g) All the tie up hospitals should be mapped with Bill Processing Agency empanelled by Hqrs. currently UTI-ITSL.
- h) After selection of the TUH, a list of tie-up hospitals, with the details of specialities along with attested copy of MoU incorporating the SOP, work flow and addendum of the BPA, shall be circulated to all ESIC hospitals by Regional Director.
- i) Tagging of hospitals with ESIC Hospitals shall be removed and only minimum no. of tie-up arrangement with private hospitals should be made only to the extent necessary.
- j) In case of ESIS Hospitals / dispensaries / areas where State is providing secondary medical care, DMS or similar authority of the State may follow the above procedure to empanel hospitals for secondary care and enter into MoU

4) PAYMENT

- a) In case of referrals generated by ESIC Hospitals, the respective hospital would continue to make payments for secondary care bills directly to the TUH.
- b) In case of newly implemented areas, where State could not provide secondary medical care and DCBO, the Office of Regional Director shall process and make payments directly to the TUH.



- c) Bills once scrutinized by Bill Processing Agency (BPA), the RD/MS are to ensure release of payment as per turnaround time (TAT of 15 days) and guidelines issued by ESIC Hqrs. Office on time-to-time basis.

B. Guidelines for empanelment of tie-up hospitals for Tertiary Medical Care (for areas other than Delhi- NCR).

1) ANALYSIS OF REFERRAL DATA

- a) DIMS and MS of ESIS hospitals should sift through the Tertiary referral data of the previous year for their locations.
- b) For ESIC Hospitals the respective MS will sift through the Tertiary referral data of the previous year for their locations.
- c) For the newly implemented areas, areas where the state could not provide medical services (old implemented area) the SMO will analyze the referral data of the previous year district wise/cluster wise.

2) ACTION PLAN

Having analyzed the referral data, ESIC/ ESIS would identify the cause of referral such as lack of manpower or equipment etc.

- a) For ESIC hospitals, MS should examine developing in-house SST facility if any, as per ESIC guidelines and forward the proposal to committee and ESIC Hqrs.
- b) All the above activities should be carried out annually.

3) EMPANELMENT

- a) Assessment of need for OPD/IPD (tertiary care) for areas covered under ESIC hospitals and rest of the States shall be done by MS of the ESIC Hospitals and SMO respectively.
- b) The committee consisting of MS of ESIC hospitals, Dean of ESIC Medical Colleges & Hospital of that State DIMS or representative, SMO and chaired by Regional Director would assess the district wise/cluster wise annual requirement of OPD/IPD referral load of tertiary care for each discipline. Once annual requirement is assessed average daily requirement of referrals of OPD/IPD of that area in that discipline be arrived at.
- c) Once the requirement is assessed the Expression of Interest (EOI) for empanelment for tertiary medical care for the entire state would be called by the office of Regional Director, with hospitals empanelled with CGHS/ State Govt. / PSU etc. and enter into MoU.

- d) The Health care organisation should preferably be accredited by National Accreditation Board for Hospitals & Healthcare Providers (NABH).
- e) However, the hospitals which are not accredited by NABH may also apply for empanelment but their empanelment shall be provisional till they get NABH accreditation, which must preferably be done within a period of six months but not later than one year from the date of their empanelment.
- f) Aggregate bed capacity of hospitals empanelled for each discipline of tertiary care services should be such that upto 10 times of the daily average need of that Super Speciality is catered to. Regarding spatial distribution of TUH, Committee should use its discretion.
- g) All the tie up hospitals should be mapped with Bill Processing Agency empanelled by Hqrs. currently UTI-ITSL.
- h) Empanelment of multi super speciality tertiary care hospital be preferred.
- i) After selection of TUH for tertiary care, a list of tie-up hospitals, with the details of super specialities along with attested copy of MoU incorporating the SOP, work flow and addendum of the BPA, shall be circulated to all ESIC hospitals of the State by Office of Regional Director.
- j) Tagging of hospitals with ESIC Hospitals shall be removed and only minimum no. of tie-up arrangement with private hospitals should be made only to the extent necessary.
- k) Super speciality treatment requirement should be considered only if the treatment involves intervention by the Super Specialist of the concerned field. Super specialist's opinion can be taken any time by the treating specialist of ESIC/ESIS Hospital for better management or opinion on the requirement of any specific super speciality intervention.
- l) The existing Committee of Liver Transplant would examine and recommend all other organ transplant procedures.

4) PAYMENT

- a) In case of referrals generated by ESIC Hospitals, the respective hospital would continue to make payments for Tertiary care bills directly to the TUH.
- b) In case of referral generated by ESIS hospitals/dispensaries, newly implemented areas and DCBOs, the O/o Regional Director shall process and make payments directly to the tertiary care TUH.
- c) Bills once scrutinised by Bill Processing Agency(BPA), the RD/MS, ESIC hospital to ensure release of payment as per turnaround time (TAT of 15 days) and guidelines issued by ESIC Hqrs. Office on time-to-time basis.
- d) However, the bills pertaining to referrals where Super Speciality procedure are not specified on the referral letter and patients have been referred only for supportive care/terminal care in any discipline and where patient does not need any active intervention by the super specialist, should



be considered as Secondary Care and all such bills should be paid by DIMS or if paid by RD then deduction for the expenditure should be done from the future "on account" payment, due to State Government.

C. Guidelines for Delhi-NCR i.e. all ESIC Hospitals of Delhi, Noida, Sahibabad, Gurugram, Manesar & ESIC Hospital and Medical College, Faridabad:-

1) ANALYSIS OF REFERRAL DATA

a) In respect of Secondary and tertiary care, MS's of ESIC Hospitals of Delhi-NCR Region shall carry out analysis of referral data as per A (1) (b) and B (1) (b) respectively.

2) ACTION PLAN

a) Similarly in respect of Secondary & Tertiary Care, respective MS's of ESIC Hospitals of Delhi-NCR Region shall prepare action plan as per A (2) (c) (d) (e) and B (2) (a) (b) (c) respectively.

3) EMPANELMENT

- a) All MS's of ESIC Hospitals would submit detailed action plan with respect to equipment /manpower for evaluation by a committee consisting of Medical Commissioner I/C of SST as Chairman, D(M)D, Director (Noida), RD Delhi and the MSs of the ESIC Hospitals.
- b) The Committee shall evaluate and recommend the requirement of Secondary/tertiary medical services by way of empanelment of TUH. Aggregate bed capacity of hospitals empanelled for secondary/tertiary care services should be such that upto 10 times of the daily average need of that speciality (secondary or tertiary) is catered to. Regarding spatial distribution of TUH, committee should use its discretion.
- c) The recommendations of the Committee shall be forwarded to D(M)D for further processing of empanelment.
- d) ESIC hospitals in Delhi-NCR should share the availability of services both secondary and super speciality in their hospitals to each other and except emergency may refer the patient to other ESIC Hospitals of Delhi-NCR for services, which are not available in their own set up and are available in other ESIC Hospitals and not optimally utilized, so that patient can get in-house services through ESIC Hospitals, before referral to TUH.
- e) The tie-up for secondary care, in case required, should be with Institution having at least 100 beds.

- f) In case of empanelment for single speciality/super speciality such as exclusive eye care/dialysis/nephrology/oncology, cardiology etc, bed strength criteria may be of 50 beds or more.
- g) For dialysis, multi-specialty hospital with in-house dialysis facility are to be preferred. In case of non-availability, standalone dialysis center with nephrologists and preferably with ICU services may be empanelled.
- h) For Delhi NCR region, NABH accredited hospitals should be empanelled essentially, so as to provide quality care to ESIC referred patients.

4) PAYMENT

- a) In case of referrals generated by ESIC hospitals, the respective hospital would continue to make payments directly to the TUH.
- D. Rest of the guidelines of SST manual for empanelment shall remain the same.

This issues with the approval of Director General.

Yours faithfully,



(Dr. ANITA SETHI)
Dy. Medical Commissioner (SST)

Copy to:

1. PS to DG/FC/IC/MCs/CVO.
2. UJI-ITSL for information.
3. WCM with request to upload on website.
4. Hindi Cell for translation.



Dy. Medical Commissioner (SST)

<p>मुख्यालय कर्मचारी राज्य बीमा निगम पंचदीप भवन, सी.आई.जी. मार्ग नई दिल्ली-110002</p>		<p>Clause XV Headquarters Office Employees' State Insurance Corporation Panchdeep Bhawan: C.I.G. Road, New Delhi -110002.</p>
---	---	---

No.:U-16/30/547/2015/Pro.Cell (SST)/Services in ESIC Hospital-P II

Date: 30/09/2019

To,

- **Regional Director-** Delhi, Uttar Pradesh, Haryana.
- **Medical Superintendent-** Basaidarapur, Rohini, Jhilmil, Okhla, Manesar, Gurugram, Faridabad and Sahibabad
- **D(M) Delhi, D(M) Noida.**
- **Dean -** Basaidarapur, Faridabad.

Sub : Revised Hospital Empanelment guidelines for Delhi-NCR- reg.

Ref : Hospital Empanelment guidelines issued vide letter of even no dated 19/11/2018.

Sir/Madam

With regards to the reference cited above, I am directed to convey the decision of the 178th ESI Corporation Meeting, wherein it has been decided that "since the ESIC runs the scheme in Delhi NCR and there are 9 ESIC hospitals, there is no need for empanelment for tie-up hospitals for Secondary care in Delhi NCR. If needed, the IPs and beneficiaries can be referred to Government Hospitals in Delhi NCR. Thus, empanelment of tie-up hospitals/facilities in Delhi NCR should be restricted to tertiary care only."

In view of above, the **Section C** of the Hospital Empanelment guidelines issued on 19/11/18 which refers to "Guidelines for Delhi-NCR- all ESIC Hospitals of Delhi, Noida, Sahibabad, Gurugram, Manesar & ESIC Hospital and Medical College, Faridabad" stand modified as under:

1) (a) Analysis of Referral Data:

In respect of secondary and tertiary care, MS's of ESIC Hospitals of Delhi NCR region shall carry out analysis of referral data as per A (1) (b) and B (1) (b) respectively.

2) (a) Action Plan:

Similarly, in respect of secondary and tertiary care, respective MS's of ESIC Hospitals of Delhi-NCR region shall prepare action plan as per A (2) (c) & (d) and B (2) (a) & (b) respectively.


3) Empanelment:

- All MS's of ESIC Hospitals would submit detailed action plan with respect to equipment/manpower for evaluation by a Committee consisting of Medical Commissioner I/C of SST as Chairman, D(M)D, Director (Noida), RD Delhi and the MSs of the ESIC Hospitals.
- The Committee shall evaluate and recommend the requirement of **tertiary medical services** by way of empanelment of TUH. Aggregate bed capacity of hospitals for **tertiary care services** should be such that up to 10 times of the daily average need of that super speciality is catered to. Regarding spatial distribution of TUH, Committee should use its discretion.
- The recommendations of the Committee shall be forwarded to D(M)D for further processing of empanelment.

Tele: 011-23230146

VOIP:1001019

E-mail : dmc-sst.hq@esic.nic.in

<p>मुख्यालय कर्मचारी राज्य बीमा निगम पंचदीप भवन, सी.आई.पी. मार्ग नई दिल्ली-110002</p>		<p>Headquarters Office Employees' State Insurance Corporation Panchdeep Bhawan: C.I.G. Road, New Delhi -110002.</p>
---	---	---

- d) ESIC Hospitals in Delhi-NCR should share the information regarding availability of services, both secondary and super speciality, in their hospitals to each other and in case of non-availability or inadequate availability of services in own setup, may refer the patient to other ESIC Hospitals of Delhi-NCR, so that patient can get in-house services through ESIC hospitals. **If needed, IPs and beneficiaries can be referred to Government hospital in Delhi NCR.**
- e) In case of empanelment for **super speciality** such as **dialysis/nephrology/ oncology, cardiology etc.**, bed strength criteria may be of 50 beds or more.
- f) For dialysis, multi-specialty hospital with in-house dialysis facility are to be preferred. In case of non-availability, standalone dialysis center with nephrologists and preferably with ICU services may be empaneled.
- g) For Delhi NCR region, NABH accredited hospitals should be empaneled essentially, so as to provide quality care to ESIC referred patients.
- h) The existing committee of Liver Transplant would examine and recommend all other organ transplant procedures.

4) Payment:

- a) In case of referrals generated by ESIC Hospitals, the respective hospital would continue to make payments directly to the TUH.

This is issued with the approval of Director General.

Yours faithfully


(Dr. ANITA SETHI)
Deputy Medical Commissioner (SST)

Copy for information to :

1. PS to DG / FC / MC's /CVO
2. Fin. & A/Cs. Branch – V at Hqrs.
3. All D.M.C's / Med. Vig. Cell at Hqrs.
4. UTI-ITSL as email to Ms. Suseeba Alex, Mr. Pradeep Shetty and Mr. Paritosh Sharma.
- ✓ 5. WOH – for uploading on website
6. Rajbhasha Cell for translation


Deputy Medical Commissioner (SST)

Tele: 011-23230146

VOIP:1001019

E-mail : dmc-sst.hq@esic.nic.in



39(a)



HEADQUARTERS' OFFICE
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
PANCHDEEP BHAWAN, CIG ROAD, NEW DELHI-110002

No.PL-U-16/30/565/2015-Procell (SST) Vol.III (amendment of tie up hospitals)

Date: 01.11.2019

To,
The Director (Medical) Delhi,
ESIC
New Delhi.

Subject: Revised hospital empanelment guidelines for Delhi/ NCR dated 30.09.19

Madam,

Reference above mentioned subject, the Competent Authority has directed to take the necessary action as per following:-

- A) To continue with the existing tender enquiry floated on 11.07.19, restricted to empanelment to tie-up hospitals/facilities in Delhi/NCR for tertiary care only so as to put new SST empanelment in place at the earliest.
- B) Further, ~~more~~ in the hospital empanelment guidelines for Delhi/NCR dated 19.11.18, the point 3 (f) which states that "in case of empanelment of single speciality/ super speciality such as exclusive eye care/ dialysis/ nephrology/ oncology, cardiology etc. bed strength criteria may be of 50 beds or more". In the revised guidelines issued on 30.09.19, the word single and exclusive were left out inadvertently. The same may be read as "In case of empanelment of single super speciality such as exclusive dialysis/ nephrology/ oncology, cardiology, super speciality in the field of eye care etc. bed strength criteria may be of 50 beds or more".

This issues with the approval of Director General, ESIC.


(Jnyanaranjan Behera)
Asst. Director (Medical)



8

**HEADQUARTERS OFFICE
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(ISO 9001-2008 CERTIFIED)
PANCHDEEP BHAWAN, C.I.G. MARG, NEW DELHI-110002**

F. No. U-16/12/01/2018/Agenda/Reporting item- Med.II

Date:-27.01.2020

To,

All Deans, Medical Superintendents (Except Delhi & NCR)
All Regional Directors

**Sub: Guidelines regarding provision/referral for secondary care treatment at
ESIC Hospitals/Medical College across the country.**

Madam/Sir,

For last few years, ESIC is making regular efforts to provide various specialty/ super specialty services to ESIC beneficiaries in ESIC hospital premises itself, including ICU/ HDU services. In this regard, various instructions have also been issued to all ESIC Hospitals so as to develop such services in-house.

Earlier, subsequent to ESI Corporation decision taken during its 178th meeting, secondary care referrals from Delhi-NCR ESIC hospitals have been stopped w.e.f. 01.11.2019. Now, in order to provide further impetus for improving in-house medical services in ESIC Hospitals, ESI Corporation in its 180th meeting held on 7th January, 2020 has given approval for extending similar guidelines to all ESIC Hospitals/ Medical Colleges across the country.

Accordingly, all ESIC Hospitals (other than Delhi NCR) are directed to *make all round efforts for functionalization of required secondary care medical services within the premises of their Hospitals/ Medical Colleges as early as possible and ensure that there is no referral to private hospitals for secondary care treatment w.e.f. 01st Feb. 2020, subject to the condition that if any relaxation for making such referral is required, the same is to be brought to the cognizance of ESIC Headquarter for seeking further decision in such referrals.*

This issues with the approval of Director General.

Yours faithfully,

(Dr. Subhash Chhokra)
Dy. Medical Commissioner

Copy to:-

WOM with request to upload the same on ESIC website.

Dy. Medical Commissioner



Clause - XVI (16.4)

By Email

Telephone : 011-23230146

VOIP : 1019

E-mail : dmc-sst.hq@esic.nic.in

Website : www.esic.nic.in



Head Quarters' Office
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
Panchdeep Bhawan: C.I.G. Road: New Delhi -110002.



37

No.: U-16/30/565/2020-SST

Dated:05.05.2022

सेवा मे,

1. The Director (Med.) Delhi/Director (Med.) Noida
2. Regional Directors/SMO-All States
3. Medical Superintendents-All ESIC Hospitals
4. Deans-All ESI PGIMSR's & Medical Colleges
5. DIMS-All States

विषय: Scope of Super Specialty Treatment (SST) services -reg.

महोदय/ महोदया,

In reference to subject cited above, I am directed to convey that the Competent Authority has approved the inclusion of Neonatology (Level III) services and Retina/ Vitreo-Retinal Surgery & related investigations in the scope of SST services as enlisted in the SST Manual.

This is for your kind information and further necessary action.

This is issued with approval of Director General.

भवदीया
अनिता सेठी

डॉ. अनिता सेठी
उप चिकित्सा आयुक्त (एसएसटी)

प्रतिलिपि:

1. UTI-ITSL for information and necessary action regarding inclusion of above services in SST.

अनिता सेठी

TeleFax : 011-23230146
VOIP:1001019
Email -dmc-est.hq@esic.in



XVIII MCT

**HEADQUARTERS' OFFICE
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(ISO 9001-2000 Certified)
PANCHDEEP BHAWAN, C.I.G. ROAD: NEW DELHI**

No. U-16/30/42/Pro. Cell(SST)/High Cost Treatment Cases/WUL Dated: 27.03.2017

- To,
- The Director (Med.) Delhi / Director (Med.) Noida
 - Medical Superintendents- All ESIC Hospitals
 - Dean's - All ESI - PGIMER's & Medical Colleges
 - SSMC's / SMC's - All States
 - Director Insurance Medical Services - All States

Subject: High Cost Treatment cases - reg.
Ref.: PL No.-U-16/30/42/2011-Pro. Cell dated 05.11.2015 (Copy enclosed).

Sir / Madam,

With reference to subject cited above, I am directed to convey the following decisions in respect of High Cost Treatment Cases:

- 1) High Cost treatment Cases redefined as cases with total cost of expenditure exceeding Rs. 10 Lakhs per beneficiary per year for:
 - a) **Planned, non-emergency procedures not covered under CGHS Package Rates.**
 - b) **Medical treatment of beneficiary with drugs not listed in DGESI-RC.**
- 2) Cost of Drugs/Chemotherapeutic medicines required for patients (eg. In Cancer/Hemophiles etc), **which are available under DGESI-RC**, may not be counted towards the ceiling of expenditure of Rs. 10 Lakhs per beneficiary per annum.
- 3) The management of ICU cases and expenditure incurred thereon to be considered as **listed under CGHS Rates** and all serious emergency cases admitted in ICU may be examined and decided, at respective level, by a duly constituted Committee.

This issues with the approval of Hon'ble Chairman, ESI Corporation.

Yours faithfully,

[Signature]

27.3.17
(Dr. Sangeeta Mathur)
Deputy Medical Commissioner (SST)

Copy for information to :

1. PS to DG / FC / MC's / CVO
2. Fin. & A/Cs. Branch - V at Hqs.
3. All D.M.C's / Med. Vig. Cell at Hqs.
4. WOM - for uploading on website
5. Rajbhawa Cell for translation
6. Guard File of SST Cell

[Signature]

29.3.17
Deputy Medical Commissioner (SST)
डॉ. संगािता मथुर / Dr. SANGEETA MATHUR
एन डीएल भवन / N D L Bhawan
क. ए. सी. पी. (1) / E. S. I. C. (P-1)
एन एन रोड/एन एन रोड, नया दिल्ली
Ministry of Labour & Employment, Govt. of India
पंजीयन नं. ए.एस.आई.सी.एन, नई दिल्ली-110002
Panchdeep Bhawan CGH Bldg, New Delhi-110002



Government of India
Ministry of Health and Family Welfare
Department of Health & Family Welfare
Nirman Bhawan, New Delhi 110 108

No: Z.15025/5/2011-CGHS IIVCGHS (P)

Dated, the 22nd November, 2011

O F F I C E M E M O R A N D U M

Subject: Guidelines / Criteria for reimbursement of expenses for In-Vitro Fertilisation (IVF) treatment to CGHS beneficiaries and beneficiaries under Central Services (Medical Attendance) Rules, 1944.

The undersigned is directed to say that the Ministry of Health & Family Welfare has been receiving requests for providing clarifications as to whether the expenditure incurred on In-Vitro Fertilisation (IVF) treatment is admissible under CGHS, and if so, whether any guidelines have been laid down for reimbursement of the expenses incurred on IVF treatment.

(2) The matter has been examined by a Technical Committee of the Heads of Department of Gynaecology & Obstetrics of Government Medical institutions, and based on the recommendations of the Committee, the following guidelines are laid down for considering cases for reimbursement of expenses incurred on IVF treatment by CGHS beneficiaries and beneficiaries under Central Services (Medical Attendance) Rules, 1944:-

- (i) Requests for IVF treatment will be considered only on the basis of advice tendered by the Head of Department of Gynaecology & Obstetrics of a Government Medical institution;
- (ii) Permission for IVF treatment to be undertaken may be given by the Head of Department in the Ministries / Departments on the recommendations of the Head of Department of Gynaecology & Obstetrics of a Government Medical institution;
- (iii) IVF procedure will be allowed in a Government Medical institution on the recommendations of the Head of Department of Gynaecology & Obstetrics of a Government Medical institution;
- (iv) IVF procedure may be allowed, on a case to case basis, in a private medical institution if the Institution is registered with the State / Central Government and has the necessary facilities including equipment and trained manpower for carrying out the procedure. It is, however, mandatory to obtain the recommendations of the Head of Department of Gynaecology & Obstetrics of a Government Medical institution for permitting the procedure to be undertaken in a private institution;
- (v) There should be clear evidence of failure of conventional treatment before permitting IVF treatment procedure;

Contd.....

-2-

- (vi) The age of women undergoing IVF treatment procedure should be between 20 to 39 years;
- (vii) The woman has to be married and living with her husband;
- (viii) The IVF treatment procedure will be allowed only in cases of infertility where the couple has no living issue;
- (ix) Reimbursement of expenditure incurred on IVF procedure will be allowed upto a maximum of 3 (three) fresh cycles;
- (x) An amount not exceeding Rs.65,000/- (Rupees sixty five thousand only) per cycle or the actual cost, whichever is lower, will be allowed for reimbursement. This amount will be inclusive of the cost of drugs and disposables and monitoring cost during IVF procedures;
- (xi) As IVF treatment is a planned procedure, reimbursement cases can be considered by the Ministries / Departments only if prior approval was obtained by the beneficiary for undergoing the IVF treatment.
- (xii) There will be a onetime permission for availing IVF treatment consisting of three cycles in total, which would be admissible to the beneficiary. The concerned Ministry / Department shall obtain an undertaking from the applicant that he / she has not claimed the reimbursement earlier from the Government of India in the past and will not claim it in the future.

3. These guidelines come into force from the date of issue of the Office Memorandum and reimbursement cases of IVF treatment undertaken after the issue of the Office Memorandum only can be considered by the Ministries / Departments

4. This issues with the concurrence of Integrated Finance Division in the Ministry of Health & Family Welfare, vide Dy. No.C.1747/IFD (Health)/2011 dated the 21st November, October, 2011.



[V.P. Singh]
Deputy Secretary to the Government of India
[Tel: 2006 1831]

To

- 1 All Ministries / Departments, Government of India
- 2 Director, CGHS, Nirman Bhawan, New Delhi
- 3 All Additional Directors /Joint Directors of CGHS cities outside Delhi
- 4 All Pay & Accounts Officers under CGHS
- 5 Additional Director (Hqrs) / Additional Dy Dir Gen (Hqrs) / Additional Director (SZ) / Additional Director (CZ) / Additional Director (NZ) / Additional Director (EZ), CGHS, New Delhi

Contd.....



Government of India
Ministry of Health and Family Welfare
Department of Health & Family Welfare
Nirman Bhawan, Maulana Azad Road
New Delhi 110 108

F. No: 6-469/2003-CGHS/R&H

Date: 12 June, 2009

OFFICE MEMORANDUM

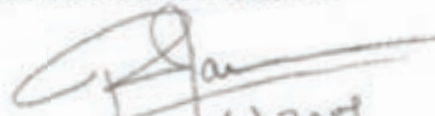
Subject: Reimbursement of the cost of cochlear implant to beneficiaries under CGHS / Central Services (Medical Attendance) Rules, 1944.

The undersigned is directed to state that the Ministry of Health & Family Welfare has been received requests from CGHS beneficiaries and beneficiaries under Central Services (Medical Attendance) Rules, 1944, requesting for permission to be given for a dependant family member to undergo cochlear implant surgery. Each request for considered 'on merits' of each case and permission granted by the Central Government Health Scheme in each case. This was mainly because there were no guidelines for for considering requests for cochlear implant surgery. The Ministry of Health & Family Welfare, therefore, had the matter considered the matter by a Committee of specialists and it has been decided to permit the beneficiaries under CGHS and Central Services (Medical Attendance) Rules, 1944 undergo cochlear implant surgeries, as per the guidelines outlined below:

GUIDELINES FOR COCHLEAR IMPLANT SURGERY

1. **Selection criteria for cochlear implant:**

- (i) Prelingually deaf children (severe to profound B/L, S. N. H. loss)
 - (a) Age group between 1 to 16 years. However, children using hearing aids and getting auditory training from age 1 years of less may be considered at higher age also on a case to case basis;
 - (b) No appreciable benefit from hearing aids after 6 months of trial with hearing aids. No speech formation seen;
 - (c) No mental retardation;
 - (d) No active middle ear cleft disease. Perforation of the TM should be closed at least three months prior to implantation;
 - (e) No cochlear aplasia and / or agenesis of cochlear nerve;
 - (f) No retro cochlear lesion or central deafness; and


12/6/2009

- (g) Good family support for post op rehabilitation.
- (ii) Post-lingually deaf candidates (B / L profound S. N. H. loss)
- (a) There should be no appreciable benefit from hearing aids (both ears);
- (b) No active middle ear cleft disease;
- (c) Perforation of the TM should be repaired three months prior to the implantation;
- (d) Deafness should be due to cochlear lesions; and
- (e) Post meningitic labyrinthitis ossificans of the cochlea is a contraindication. However, cases like post inflammatory ossification of cochlea, cochlear dystrophies and cochlear otosclerosis with visible perilymphatic shadow in MRI are relative indications and can be done on case to case basis.

2. Type of implants:

Only multi-channel cochlear implant duly approved by appropriate authority should be recommended.

3. Implant Centres and Standing Committee:

Cochlear implant surgery should be allowed only in Government hospitals / Centres having proper post operative rehabilitation. These centres should have well trained speech therapist related to cochlear implant.

The reimbursement for cochlear implant surgery will be permitted only after the request has been approved and recommended by a standing committee, comprising of the following:

- | | | | |
|-----|--|-----|----------|
| (1) | Addl DG, CGHS / DDG (M) (as the case may be) | ... | Chairman |
| (2) | HOD, ENT, Dr. R. M. L. Hospital | ... | Member |
| (3) | HOD, ENT, Safdarjung Hospital | ... | Member |
| (4) | HOD, ENT, LHMC & Smt S. K. Hospital | ... | Member |

The request for cochlear implants should be accompanied by complete clinical details and report of relevant investigations as below and independent opinion from two ENT specialists of Government Hospitals undertaking cochlear implant surgery about indications for cochlear implant surgery.


12/6/2009



-3-

4. Basic pre-op Investigations for Cochlear Implant:

(a) Audiological:

- (1) OAE
- (2) BERA / ASSR
- (3) Impedence (in children)
- (4) Audigram / Aided audiogram

(b) Radiological:

- (1) HRCT temporal bone for bony cochlea and middle ear cleft;
- (2) 3D NRI for membranous cochlea, Neural Bundle and brain; and

(c) IQ / Psychiatric evaluation in children with prelingual deafness.

5. Ceiling Rate:

The ceiling rate for cochlear implant shall be Rs. 5,35,000/- (Rupees Five lakh thirty five thousand only) for reimbursement of cost of cochlear implant with 12 channels / 24 electrodes with behind the ear speech processor.

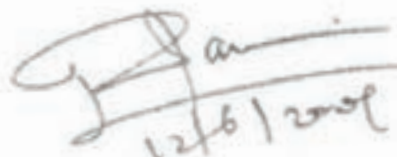
The best results are achieved if cochlear implants take place between the age of 1 – 5 years. Hence, it is, therefore, proposed to permit reimbursement in a graded manner. In the pre-lingual deafness, total reimbursement of the ceiling rate or actuals, whichever is less, for cochlear implant will be allowed in respect of implants carried out on children aged between 1 and 5 years. For children between the age of 5 and 10 years, 80% of the ceiling rate for implant will be reimbursed. For children above the age of 10 years, but below 16 years of age, only 50% of the ceiling rate for the implant will be reimbursed.

50% of the cost of the wearable components, e.g. Speech Processor, Microphone, etc. (excluding cords, batteries) for the purpose of up-gradation and / or replacement due to wear and tear may be allowed, after a period of three years, to be considered on the basis of advice of two ENT surgeons of Government sector and on the recommendations of the standing committee.

6. Only Unilateral implantation will be allowed.

7. As Cochlear implant surgery is a planned surgery, prior permission has to be obtained before the surgery is undertaken.

8. Pensioner CGHS beneficiaries and serving employees, who are CGHS beneficiaries, may submit their requests for permission for cochlear implant to the Director, CGHS. Central Government employees who are beneficiaries under Central


12/6/2009

-4-

Services (Medical Attendance) Rules, 1944, may submit their requests for permission, to MG II Section, Directorate General of Health Services, Nirman Bhawan, Maulana Azad Road, New Delhi 110 106.

9. These instructions take effect from the date of issue of the Office Memorandum.

10. This issues with the concurrence of IFD, vide their Dy. No: 494/AS & FA/2009 dated the 24th January, 2008.

(R. Ravi) 24/1/2009
Deputy Secretary to the Government of India
(Tel: 2306 3483)

To

1. All Ministries / Departments of Government of India
2. Director, CGHS, Nirman Bhawan, New Delhi
3. All Pay & Accounts Officers under CGHS
4. Additional Directors / Joint Directors of CGHS
5. JD(Gr.) / JD(R&H), CGHS, Delhi
6. CGHS Desk-I/Desk-II/CGHS-I/CGHS-II, Dte. GHS, Nirman Bhawan, New Delhi
7. Estt. I / Estt. II / Estt. III / Estt. IV Sections, Min. of Health & Family Welfare
8. Admn. I / Admn. II Sections of Dte.GHS
9. M.S. Section, Ministry of Health & Family Welfare
10. Rajya Sabha / Lok Sabha Secretariat
11. Registrar, Supreme Court of India / Delhi High Court, Sher Shah Road, New Delhi
12. U.P.S.C.
13. Finance Division, Ministry of Health & Family Welfare
14. Deputy Secretary (Civil Service News), Department of Personnel & Training, 5th Floor, Sardar Patel Bhawan, New Delhi
15. PPS to Secretary (H&FW) / Secretary (Aids Control)
16. PPS to DGHS / AS&FA / AS (GCC) & MD, NRHM / AS (VV)
17. Swamy Publishers (P) Ltd., P. B. No.2468, R. A. Puram, Chennai- 600028.
18. M/s Bahri Brothers, 742 Lajpat Rai Market, Delhi 110 006
19. Shri Umraomal Purohit, Secretary, Staff Side, 13-C, Ferozshah Road, N. Delhi - 110001.
20. All Staff Side members of National Council (JCM).
21. Office of the Comptroller & Auditor General of India, 10 Bahadur Shah Zafar Marg, New Delhi.
22. All Officers / Sections / Desks in the Ministry of Health & Family Welfare
23. ✓ NIC, Nirman Bhawan with the request that the Office Memorandum be uploaded in the website of CGHS and under CS (MA) Rules.
24. Office Order folder
25. Guard file



क.रा.बी.नि.
E.S.I.C.

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
(इम और रोजगार मंत्रालय, भारत सरकार)
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(MINISTRY OF LABOUR & EMPLOYMENT,
GOVERNMENT OF INDIA)



मुख्यालय/ Headquarters
पंचदीप भवन, सी.आई.पी. मार्ग, नई दिल्ली-110002
Panchdeep Bhawan, C.I.G. Marg, New Delhi-110002
Email:- med2-hq@esic.nic.in
Website: www.esic.nic.in/www.esic.in

F. No. U-16/12/1/2020/Agenda/Reporting Item/Med-III

Dated: 11.07.2022

To,

1. All Regional Directors, ESIC
2. DMD/DM (Noida), ESIC
3. All Deans/Medical Superintendents
ESIC Medical Colleges & Hospitals

Subject: - Approval for bearing 100% expenditure upto ceiling limit by ESIC on the cost of repair / replacement of cochlear implant to ESI beneficiaries

Madam/Sir,

ESI Corporation adopted Central Government Health Scheme (CGHS) policy / guidelines No. 6-469/2003-CGHS/R&H dated 12.06.2009 (Annexure A) regarding reimbursement of the cost of cochlear implant surgery, for its beneficiaries.

2) Under the said CGHS policy guidelines, ceiling rate for this treatment has been prescribed as below:

"The ceiling rate for cochlear implant shall be Rs. 5,35,000/- (Rupees Five lakh thirty-five thousand only) for reimbursement of cost of cochlear implant with 12 channels / 24 electrodes with behind the ear speech processor.

The best results are achieved if cochlear implants take place between the age of 1 - 5 years. Hence, it is therefore, proposed to permit reimbursement in a graded manner. In the pre-lingual deafness, total reimbursement of the ceiling rate or actuals, whichever is less, for cochlear implant will be allowed in respect of implants carried out on children aged between 1 and 5 years. For children between the age of 5 and 10 years, 80% of the ceiling rate for implant will be reimbursed. For children above the age of 10 years, but below 16 years of age, only 50% of the ceiling rate for the implant will be reimbursed.

50% of the cost of the wearable components, e.g. Speech Processor, Microphone, etc. (excluding cords, batteries) for the purpose of up-gradation and / or replacement due to wear and tear may be allowed after a period of three years, to be considered on the basis of advice of two ENT surgeons of Government sector and on the recommendation of the standing committee."

3) In the aforesaid policy guidelines, it is prescribed that only 50% of cost of wearable components for purpose of up-gradation and / or replacement due to wear and tear can be allowed.

Sanku

4) ESIC receives many representations from Insured Persons (through Regional Offices/ ESIC Hospitals) seeking full reimbursement towards upgradation/replacement on account of their weak financial condition. Such cases, on the opinion of Committee of specialist doctors, used to be placed before Hon'ble Chairman, ESIC for relaxation. This process, sometimes, consumes considerable time and involvement of manpower and therefore causes inconvenience & hardship to IP's/beneficiaries.

5) This issue was placed in 188th meeting of ESIC held on dated 18-19 June 2022 and following decision has been approved by Corporation: -


ESIC shall bear 100% cost of upgradation and / or replacement of cochlear implant, upto the ceiling limit of Rs. 5,35,000/-, in the cases where due to wear and tear, upgradation / replacement is required on the opinion of two ENT surgeons of Government hospital, subject to fulfilment of all other conditions laid down in CGHS guidelines.

6) Accordingly, 100% cost of the upgradation and/ or replacement of cochlear implant may be allowed/sanctioned, upto the ceiling limit of Rs. 5,35,000/- by Regional Directors/Medical Superintendents, ESIC subject to fulfilment of other terms & conditions of laid down in CGHS guidelines.

A monthly report on the cases approved/sanctioned under this policy decision may be forwarded to Hqrs Office on or before 7th day of every successive month.

This is issued with the approval of Competent Authority.

Yours faithfully,


11/7/2022
(Sanjeev Kumar Shahi)
Asst. Director (Med-II)

Copy to:

- All DIMS, ESI Scheme – for Information & suitable action.
- WCM- with the request to upload the same on website



कर्मचारी राज्य बीमा निगम
(श्रम एवं रोजगार मंत्रालय, भारत सरकार)
EMPLOYEES' STATE INSURANCE CORPORATION
(Ministry of Labour & Employment, Govt of India)



मुख्यालय/ Headquarters
पंचदीप भवन, सी आई वी मार्ग, नई दिल्ली-110002
Panchdeep Bhawan, C.I.G. Marg, New Delhi-110002
Email- med2-hq@esic.nic.in Website:
www.esic.nic.in/www.esic.in

F.No:- U-16/47/3/2022/Med.II/Raj (23552)

Dated: 28.04.2023

To

All Dean/Medical Superintendents
ESIC Hospitals & Medical Colleges


Subject: Referral of patients for secondary/SST treatment -reg

Sir/Madam,

Reference is invited to the instructions issued from time to time impressing upon the need to develop & strengthen in-house medical services and reduce referrals to tie up hospitals. However, it is observed that still a large number of referrals is being done by many locations, including hospitals and Medical colleges despite having in-house facilities.

2. The matter has been reviewed. ESIC Hospitals / Medical Colleges are hereby directed to adhere to the following SOP:

- i. For the services not available in-house, refer secondary care / SST patients to other ESIC Hospital / ESIC medical college as per availability of services;
 - ii. If services are not available in ESIC Hospital / Medical College, then the secondary care / SST cases may be referred to other Government Institutions like AIIMS, PGI etc.
 - iii. Referral to tie-up hospitals should be minimized and resorted to as last resort.
 - iv. Meanwhile, develop and operationalize in-house medical services in each hospital as per norms applicable so as to minimize referrals.
3. All Regional offices shall also comply with the above SOP.
This issues with the approval of Competent Authority.

भवदीय,

(डॉ० रेशमा वर्मा)
उप चिकित्सा आयुक्त - I

Copy to:-

1. Zonal Medical Commissioners, ESIC for information and suitable action.
2. All Regional Directors, Regional Offices, ESIC for information and necessary action.
3. DIMS of all States



क.रा.बी.नि
ESIC

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Employees' State Insurance Corporation

श्रम एवं रोज़गार मंत्रालय
भारत सरकार

Ministry of Labour & Employment
Government of India

Panchdeep Bhawan, C.I.G. Marg, New Delhi - 110 002

Toll Free No. 1800-11-2526, Medical Helpline No. 1800-11-3839

Website: www.esic.nic.in, www.esic.in

www.esic.nic.in [@esichq](https://www.facebook.com/esichq) [@esichq](https://twitter.com/esichq) [@esichq](https://www.youtube.com/channel/UC...) [@esichq](https://www.instagram.com/esichq) [@esichq](https://www.linkedin.com/company/esichq)