

प्रारूप

केन्द्र सरकार के कर्मचारियों एवं पेंशनभोक्ताओं हेतु स्वास्थ्य बीमा योजना(सी जी ई पी एच आई एस)

1. योजना का नाम:

प्रस्तावित योजना का नाम है "केन्द्र सरकार के कर्मचारियों एवं पेंशनभोक्ताओं हेतु स्वास्थ्य बीमा योजना (सी जी ई पी एच आई एस) "

2. लाभार्थी:

अखिल भारतीय सेवा के अधिकारी, सेवारत, नये भर्ती हुए, सेवानिवृत्त/सेवानिवृत्त हो रहे एवं अन्य जो मौजूदा सी जी एच एस (केन्द्र सरकार स्वास्थ्य सेवायें) एवं सी एस (एम ए) [केन्द्रीय सेवायें (चिकित्सा हाजिरी) नियम] के अंतर्गत कवर होने वाले कार्मिकों सहित केन्द्र सरकार के सभी कार्मिकों को निम्न में दर्शाए अनुसार स्वैच्छिक अथवा अनिवार्य आधार पर स्वास्थ्य बीमा योजना की सुविधा दी जाएगी :

1. सी जी ई पी एच आई एस केन्द्र सरकार के उन नए कर्मचारियों के किलए अनिवार्य होगी जो स्वास्थ्य बीमा योजना की शुरूआत होने के बाद सेवा ग्रहण करेंगे।
2. सी जी ई पी एच आई एस केन्द्र सरकार के उन नए सेवानिवृत्तों के लिए अनिवार्य होगी जो स्वास्थ्य बीमा योजना की शुरूआत होने के बाद सेवा से सेवानिवृत्त होंगे।
3. सी जी ई पी एच आई एस निम्नलिखित के लिए स्वैच्छिक आधार पर उपलब्ध होगी:

क. केन्द्र सरकार के मौजूदा कर्मचारी एवं पेंशनभोक्ता जो पहले से ही सी जी एच एस लाभार्थी है। इस मामले में, उन्हें **सी जी एच एस** योजना से बाहर का विकल्प लेना होगा। उनके पास सी जी एच एस और बीमा पॉलिसी दोनों को चुनने का विकल्प भी होगा। ऐसे मामले में, कुल बीमा प्रीमियम सदस्य द्वारा ही वहन किया जाएगा।

ख. केन्द्र सरकार के मौजूदा कर्मचारी और पेंशनभोक्ता जो सी जी एच एस लाभार्थी नहीं है किन्तु सी एस (एम ए) नियमावली के अंतर्गत शामिल है। फिर भी पेंशनभोक्ता सी एस (एम ए) नियमावली के अंतर्गत शामिल नहीं हैं।

3. लक्ष्य समूह:

अखिल भारतीय सेवा के अधिकारी, सेवारत और सेवानिवृत्त एवं अन्य जो मौजूदा सी जी एच एस तथा सी एस (एम ए) नियमावली के अंतर्गत शामिल हैं को स्वास्थ्य बीमा योजना का लाभ दिया जाएगा। यह अनुमान लगाया गया है कि लगभग 17 लाख सेवारत कर्मचारी और 7 लाख पेंशनभोक्ताओं को अनिवार्य/वैकल्पिक आधार पर स्कीम की सुविधा दी जाएगी।

4. बीमा कवरेज:

क) अंतरंग-रोगी लाभ- यह बीमा योजना बीमारी/रोग/चोट अथवा अस्वस्थता के लिए लाभार्थियों द्वारा देश के भीतर पैनल में शामिल अस्पतालों/उपचर्या गृहों (24 घंटे प्रवेश खंड) में चिकित्सा उपचार का लाभ लेने के दौरान होने वाले सभी व्ययों का भुगतान करेगी।

नोट:

अंग प्रत्यारोपण के मामले में, अंगदाता के लिए वहन किये जाने वाला व्यय भी योजना के अंतर्गत देय होगा।

ख) पहले से मौजूद रोगों का कवरेज: स्कीम के अंतर्गत सभी रोगों का कवरेज पहले दिन से किया जाएगा। पॉलिसी की शुरुआत से पहले किसी रोग से पीड़ित व्यक्ति को भी योजना में शामिल किया जाएगा।

ग) अस्पताल भर्ती से पूर्व व पश्चात् के लाभ: अस्पताल भर्ती के 30 दिन से पहले तक का और 60 दिन तक अस्पताल भर्ती के पश्चात् तक का लाभ जिसमें उस बीमारी के उपचार से संबंधित सभी खर्च शामिल होंगे जिसके लिए अस्पताल भर्ती की गई थी।

घ) आवासीय अस्पताल भर्ती: इस योजना में आवासीय अस्पताल भर्ती भी शामिल होगी जिसमें ऐसी बीमारी/रोग/चोट के लिए उपचार वैसे ही अपेक्षित होता है जैसा कि पैनल में शामिल अस्पतालों/उपचर्या गृहों में अंतरंग रोगी उपचार किंतु जो निम्नलिखित परिस्थितियों में भारत में घर पर ही सीमित रहकर लिया गया हो:

- रोगी इस स्थिति में न हो कि उसे अस्पताल ले जाया जा सके अथवा,
- यदि उस क्षेत्र के भीतर पैनल में शामिल अस्पतालों/उपचर्या गृह में स्थान उपलब्ध न हो ।

नोट: इस खंड के अंतर्गत अस्पताल भर्ती से पूर्व व पश्चात् के लाभ शामिल नहीं होंगे।

ड.) दिवस परिचर्या क्रियाविधियां: उपचार तकनीकों, बहुत से चिकित्सा उपचारों जिनके लिए पूर्व में अस्पताल भर्ती अपेक्षित हुआ करती थी, में प्रगतियां होने के कारण अब उनका दिवस परिचर्या आधार पर उपचार किया जा सकता है। यह योजना ऐसी अभिज्ञात क्रियाविधियों के लिए दिवस परिचर्या

सुविधायें (24 घंटे अस्पताल भर्ती से कम) भी उपलब्ध कराती है। अंतरंग रोगी विभाग की सेवायें दिवस परिचर्या सुविधाओं का भाग नहीं होंगी।

1. नेत्र शल्य चिकित्सा
2. लिथोट्रिप्सी (गुर्दे की पथरी निकालना)
3. टांसिलैक्टॉमी
4. डी एवं सी
5. दुर्घटना के फलस्वरूप होने वाली दंत शल्यचिकित्सा
6. हाइड्रोसील शल्य चिकित्सा
7. प्रोस्ट्रैट शल्य चिकित्सा
8. कुछ जठरांत्रीय शल्य चिकित्सा
9. यौनांग शल्यचिकित्सा
10. नाक/गला/कान की शल्य चिकित्सा
11. मूत्रीय प्रणाली शल्य चिकित्सा
12. डायलिसिस
13. कीमोथैरेपी
14. विकिरण चिकित्सा
15. कुत्ते के काटने/सांप के काटने इत्यादि से संबंधित उपचार।
16. अस्थिभंग/संधि च्युति, अवकुंचन मोचन का उपचार और अंगों के छोटे-मोटे पुनर्संरचनात्मक क्रियाविधियां जिनके लिए अन्यथा अस्पताल भर्ती अपेक्षित होती है।
17. लेप्रोस्कोपिक चिकित्सीय शल्य-क्रियायें जो दिवस परिचर्या में की जा सकती हैं।
18. जनरल एनेस्थीज़िया अथवा ऐसी किसी प्रक्रिया जिस पर बीमाकर्ता और स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायक दोनों सहमत हों, के अंतर्गत अभिज्ञात शल्य क्रियायें।

नोट: बीमाकर्ता दिवस परिचर्या क्रियाविधियों की सुविस्तृत सूची उपलब्ध करायेंगे।

च) निःशक्त व्यक्ति(समान अवसर, अधिकार संरक्षण और पूर्ण भागीदारी) अधिनियम, 1995 (1996 की सं. 1) के खंड 2(i) में परिभाषित अनुसार ऐसी निःशक्तताओं जिनमें दृष्टिहीनता, न्यून दृष्टि, कुष्ठ रोग उपचारित,बधिरता, लोकोमोटर विकलांगता, मानसिक मंदता, मानसिक रूग्णता इत्यादि शामिल हैं,से पीड़ित लाभार्थियों द्वारा पैनलबद्ध अस्पतालों/उपचर्या गृहों/दिवस परिचर्या क्लीनिकों में कराए जाने वाले उपचार हेतु वहनित व्यय भी परिवार की आकार-सीमा के अध्यधीन आयु और वेतन सीमा का लिहाज किए बिना देय हैं।

छ) मातृत्व एवं नवजात हितलाभ:

क) मातृत्व हित लाभ

1. इसका अर्थ है कि गर्भस्राव अथवा गर्भपात सहित सामान्य प्रसव/सीजेरियन सेक्शन समेत बच्चे के जन्म के समय से पैनलबद्ध अस्पताल/उपचर्या गृह में कराया गया उपचार।
2. यह हितलाभ पॉलिसी के तहत बिना किसी प्रतीक्षा अवधि के पहले दिन से कवर होने वाले आश्रित पति या पत्नी/महिला कर्मचारी के संबंध में केवल पहले दो जीवित बच्चों के लिए ही सीमित होगा।

ख) नवजात हितलाभ

1. बीमित माता के नवजात शिशु (एकल/जुड़वाँ) को पॉलिसी के जारी रहने के दौरान अंतर्गत रोगी के रूप में पैनलबद्ध अस्पतालों/उपचर्या गृहों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों में कराए गए उपचार के लिए वहन किए गए व्यय हेतु मौजूदा पॉलिसी की समाप्ति तक पहले दिन से कवर किया जाएगा और मातृत्व हितलाभ के अंतर्गत पात्रता के अध्यधीन माता के हिस्से के तौर पर समझा जाएगा। फिर भी, अगले वर्ष, बच्चे को परिवार के आकार के अध्यधीन परिवार के नियमित सदस्य के रूप में कवर किया जा सकता है।
2. पहले गर्भ में, जुड़वा बच्चे होने पर दूसरे गर्भ के हितलाभ समाप्त हो जायेंगे। फिर भी, दूसरे गर्भ में जुड़वा बच्चे होने पर दोनों को मौजूदा पॉलिसी समाप्त होने तक कवर किया जाएगा।
3. नवजात बच्चे के जन्मजात रोगों को कवर किया जाएगा।

5. परिवार का आकार:

1. **सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मचारी:** स्वयं, पति या पत्नी, दो आश्रित बच्चे तथा दो तक आश्रित अभिभावक नवजात शिशु को **मातृत्व हितलाभ के अंतर्गत पात्रता के अध्यधीन कवर किए गए सदस्यों की संख्या का लिहाज किए बिना** मौजूदा पॉलिसी की समाप्ति तक पहले दिन से बीमित समझा जाएगा।

नोट:

- i. पॉलिसी की अवधि के लिए, नवजात शिशु को सी जी ई पी एच आई एस के अंतर्गत सभी हितलाभ दिए जाएंगे और उसे एक अलग सदस्य के रूप में नहीं गिना जाएगा। **बच्चे को माता का हिस्सा समझा जाएगा।**
- ii. नवजात शिशु का सत्यापन परिवार के मौजूदा सदस्यों में से किसी एक के द्वारा किया जाएगा जो सी जी ई पी एच आई एस के हितलाभ प्राप्त कर रहे हैं।
- iii. सदस्य के लिए बच्चे को पॉलिसी की समाप्ति से पहले पॉलिसी के नवीकरण के समय पर नामांकित करना अपेक्षित है।

2. उपर्युक्त [क्रम सं. 5(1)] के अलावा किसी अतिरिक्त आश्रित सदस्य को प्रीमियम की एक निश्चित राशि का भुगतान करने पर स्कीम के अंतर्गत कवर किया जा सकता है। अतिरिक्त पूरा प्रीमियम लाभार्थी द्वारा वहन किया जाएगा।
3. सभी सदस्य (सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मचारी) जब तक वे स्कीम के सदस्य रहते हैं और जब तक स्कीम छोड़ नहीं देते तब तक बीमित रहेंगे।

क. सी जी एच एस के प्रयोजनार्थ आश्रित की आयु सीमा और सी एस (एम ए) नियमावली, 1944 में निम्नलिखित शामिल है:-

1. **पुत्र** - जब तक वे आजीविकोपार्जन नहीं करता अथवा जब तक 25 वर्ष की आयु प्राप्त नहीं कर लेता, जो भी पहले हो :
2. **पुत्रियां** - जब तक वे आजीविकोपार्जन करना आरंभ नहीं करतीं अथवा जब तक उनका विवाह नहीं हो जाता, आयु सीमा का लिहाज किए बिना, जो भी पहले हो। इसके अलावा, आश्रित तलाकशुदा/परित्यक्ता अथवा अपने पति से अलग हुईं और विधवा पुत्रियां-आयु सीमा का लिहाज किए बिना।
3. **बहनें**- आश्रित अविवाहित/विधवा/तलाकशुदा/परित्यक्ता/अपने पति से अलग हुईं- आयु सीमा का लिहाज किए बिना।
4. **पुत्रवधू**- विधवा- आयु सीमा का लिहाज किए बिना।
5. **भाई**- वयस्क होने तक।
6. **आश्रित अभिभावक**- पात्रता की शर्त के अनुसार।

ख. परिवार के सदस्यों की आश्रितता के लिए आयु सीमा- यदि परिवार के सदस्य की सभी स्रोतों से मासिक आय 3500/-रूपए प्रतिमाह एवं मंहगाई भत्ते से कम है तो निम्नलिखित व्यक्ति कर्मचारी पर आश्रित के रूप में समझे जाने के पात्र होंगे:

1. अभिभावक
2. बहनें
3. विधवा बहनें/विधवा बहू
4. विधवा/तलाकशुदा/अलग हुईं बहनें
5. भाई
6. सौतेली माँ
7. बच्चे

नोट:

आश्रित की परिभाषा केन्द्र सरकार द्वारा समय-समय पर जारी दिशा-निर्देशों के अनुसार होगी।

ग. पॉलिसी के जारी रहने के दौरान परिवार के सदस्यों को शामिल करना और हटाना:

i) पॉलिसी के दौरान निम्नलिखित आकस्मिकताओं में परिवार को बढ़ाने की अनुमति है:

- क) सी जी ई पी एच आई एस लाभार्थी का विवाह (पति या पत्नी के नाम को शामिल करने की अपेक्षा के कारण), अथवा
- ख) अभिभावकों के आश्रित होने पर ।

ii) परिवार से सदस्यों को हटाना निम्नलिखित आकस्मिकताओं में अनुमत्य है:

- क) कवर किए गए लाभार्थी की मृत्यु
- ख) पति /पत्नी का तलाक,
- ग) सदस्य के अपात्र होने पर (आश्रितता की शर्त पर)

घ. नये कर्मचारी/सेवानिवृत्त

क) जहाँ तक नये पदधारियों/पेंशनभोक्ताओं का संबंध है, बीमा योजना में कवरेज अनिवार्य है। ऐसे कर्मचारियों/पेंशनभोक्ताओं के आँकड़े विभिन्न विभागों से संकलित किए जाएंगे।

ख) सभी मंत्रालयों/विभागों के वेतन एवं लेखा कार्यालय बीमाकर्ता को आँकड़े उपलब्ध करायेंगे। मंत्रालय/विभाग के प्रत्येक नए कर्मचारी/पेंशनभोक्ताओं को नामांकन फॉर्म उपलब्ध कराए जाएंगे जिन्हें भरकर संबंधित मंत्रालय को प्रस्तुत करना ज़रूरी है जो सारे फॉर्म समेकित करेगा और नोडल अधिकारी/मंत्रालय को मासिक आधार पर अग्रेषित करेगा।

ग) उक्त कार्मिकों को कार्यभार ग्रहण करने/सेवानिवृत्ति की तारीख से बीमा योजना में कवर करना होगा। अतएव उनको पूर्व परिभाषित मासिक यथानुपात प्रीमियम दर, जो वार्षिक प्रीमियम दर से कम होगी, को प्रभारित करते हुए पॉलिसी में शामिल किया जाएगा।

6. परिवार की पहचान:

लाभार्थियों की पहचान बीमाकर्ता द्वारा सभी लाभार्थियों को जारी किए गए "फोटो स्मार्ट कार्ड" द्वारा पहचान की जाएगी जिसमें सी जी ई पी एच आई एस सदस्यों के सभी व्यक्तिगत ब्यौरे, मेडिकल हिस्ट्री, पॉलिसी की सीमाओं इत्यादि को दर्शाया जाएगा। इस कार्ड का देश भर में स्वास्थ्य बीमा लाभ प्राप्त करने के लिए उपयोग किया जाएगा। स्मार्ट कार्ड की चिप में लगे हुए फोटो लाभार्थियों की पात्रता निर्धारित करने के लिए प्रमाण के तौर पर होगा।

7. बीमित राशि और बीमित बफर/ कारपोरेट राशि

क. बीमित राशि:

यह योजना लाभार्थी सदस्यों को स्मार्ट कार्ड के जरिए नकदरहित आधार पर कथित सीमाओं के अध्यक्षीन किसी भी पैनलबद्ध अस्पताल/ उपचर्या गृह/ दिवस परिचर्या एकक में अस्पताल भर्ती से संबंधित सभी खर्चों को पूरा करने के लिए 5,00,000/- रूपए तक का कवरेज प्रति परिवार प्रतिवर्ष उपलब्ध कराएगी। यह लाभ परिवार के हरेक सदस्य को फ्लोटर आधार पर उपलब्ध होगा अर्थात् 5.00 लाख रूपए की कुल प्रतिपूर्ति परिवार के एक सदस्य द्वारा व्यक्तिगत रूप से अथवा सभी सदस्यों द्वारा संयुक्त रूप से प्राप्त की जा सकती है।

ख. बीमित बफर/ कारपोरेट राशि:

यदि किसी परिवार के अस्पताल भर्ती के खर्चों (प्रति रूग्णता अथवा वार्षिक) 5.00 लाख रूपए की वास्तविक बीमित राशि से ज्यादा हो जाते हैं तो बीमाकर्ता द्वारा **25 करोड़ रूपए** की अतिरिक्त बीमित राशि बफर/ कारपोरेट फ्लोटर के रूप में उपलब्ध कराई जाएगी। बीमाकर्ता के लिए मामला दर मामला आधार पर नोडल एजेंसी को ब्यौरों सहित सूचित करना अपेक्षित है।

8. प्रीमियम का भुगतान:

क्योंकि पॉलिसी का प्रत्येक वर्ष नवीकरण किया जाएगा, नामांकन की वास्तविक संख्या और प्रस्तुत दावों तथा निधियों में अंतर्वहन के कारण प्रीमियम के स्तर में अनिश्चितता का पुट है।

प्रीमियम में स्थिरता की निश्चित डिग्री कम से कम 3 से 5 वर्षों की अवधि के लिए सुनिश्चित करने के लिए बीमाकर्ता विभिन्न रेंजों के लिए प्रीमियम नियत करेगा।

- I. इनमें सेवारत और सेवानिवृत्त कर्मचारियों दोनों को शामिल किया जाएगा।
- II. 1,00,000 व्यक्तियों को बीमाकर्ता को भुगतान किए जाने वाले अनुमानित प्रीमियम का आकलन करने के लिए प्रथम वर्ष हेतु बीमाकृत लाभार्थियों के रूप में माना जाएगा।
- III. यदि लाभार्थियों की संख्या पहले स्लैब से अधिक हो जाती है, ऐसी स्थिति में उपयुक्त चरण के अनुसार प्रीमियम को पूर्वव्यापी तौर पर समायोजित किया जाएगा जिसमें लाभार्थियों की संख्या कम हो जाएगी।

- IV. 1,00,000बीमाकृत लाभार्थियों के प्रथम स्लैब से एल-1 पर विचार किया जाएगा। फिर भी, अगले स्लैबों में, बोलीदाता द्वारा उनकी वित्तीय बोली में दिए गए आर्थिक कथित मूल्यों में से सबसे निम्नतम ऑफर को चुना जाएगा और एल-1 से उसे मैच करने को कहा जाएगा।
- V. बीमाकर्ता द्वारा कथित मूल्य निम्न में उल्लिखित दावा अनुपात के आधार पर लोडिंग किए जाने की जरूरत है। फिर भी, बोलीदाताओं द्वारा उनकी वित्तीय बोली में दिए गए आर्थिक कथित मूल्यों में से स्लैबवार सबसे निम्नतम लोडिंग ऑफर चुना जाएगा और एल-1 से उसे मैच करने को कहा जाएगा।

दावा अनुपात %		लोडिंग %
*100% तक	:	शून्य
*101 से 120 %	:	%
*121 से 140 %	:	%
*141 से 160 %	:	%
*161 से 180 %	:	%
*180 से अधिक	:	%

नोट :

क.) इसमें प्रबंधन लागत, मध्यवर्ती लागत और बर्निंग कॉस्ट (संदत्त एवं बकाया दावे) इत्यादि शामिल हैं। यदि दावा अनुपात कम है, प्रीमियम का **क्रम सं. 9 में उल्लिखित धन वापसी खंड** द्वारा देखरेख की जा सकती है।

ख.) इस प्रीमियम का नए कार्यभारग्रहणकर्ताओं/ सेवानिवृत्तों और छोड़कर जाने वाले कर्मचारियों/ पेंशनभोक्ताओं के मामले में पॉलिसी की अवधि के दौरान नामांकित किए जाने वाले लाभार्थियों के लिए बीमाकर्ताओं को भुगतान किया जाएगा। यह प्रीमियम किन्हीं कारणों से सदस्यों की लुप्त अनवधानता की भी देखरेख करेगा।

ग.) सेवानिवृत्त कर्मचारियों के मामले में नामांकन अवधि स्कीम के आरंभ होने की तारीख से 180 दिनों के लिए होगी। इस मामले में, पूरे प्रीमियम का भुगतान किया जाएगा। स्कीम के आरंभ होने की तारीख से 180 दिनों के पश्चात् कोई नामांकन अनुमत्य नहीं होगा।

घ.) नये कार्यभारग्रहणकर्ताओं और नए सेवानिवृत्तों के मामले में नामांकन पूरे वर्ष जारी रहेंगे। इस मामले में, प्रीमियम का मासिक आकलन पर यथानुपात आधार पर भुगतान किया जाएगा।

ड) यदि भुगतान किए गए प्रीमियम का 90 प्रतिशत की सीमा तक उपयोग किया गया हो तो उस स्थिति में बीमाकर्ता लाभार्थियों के ब्यौरे प्रस्तुत करेगा, ताकि पॉलिसी की शेष अवधि के लिए लाभार्थियों के नामांकन का ध्यान रखने के लिए अनंतिम प्रीमियम की निर्मुक्ति करने में भारत सरकार सक्षम हो सके।

च.) बीमाकर्ता निर्धारित प्रपत्र में नामांकन के ब्यौरों समेत एजेंसी को पाक्षिक/ मासिक आधार पर विवरण प्रस्तुत करेगा।

छ.) बीमा कंपनी को भुगतान किए गए प्रीमियम का समायोजन वर्ष के अंत में किया जाएगा।

9. प्रीमियम की वापसी/ प्रीमियम का समायोजन

यदि पॉलिसी की अवधि समाप्त होने पर कंपनी की प्रशासनिक लागत के लिए संदत्त प्रीमियम का 20 प्रतिशत प्रदान करने के उपरांत दावा भुगतान और बकाया दावों का भुगतान करने के बाद 80 प्रतिशत शेष राशि में, प्रीमियम (सेवा कर छोड़कर) पर शुद्ध दावों के पश्चात् अधिशेष होता है तो बचे हुए अधिशेष का 90 प्रतिशत बीमाकर्ता द्वारा केंद्र सरकार/ नोडल अभिकरण को पॉलिसी की अवधि समाप्त होने के पश्चात् 30 दिनों के भीतर लौटा दिया जाएगा अथवा नवीकरण प्रीमियम के साथ समायोजित किया जाएगा।

10. उपयुक्त स्वास्थ्य सेवा प्रदायक

सार्वजनिक एवं निजी दोनों स्वास्थ्य प्रदायक जो अस्पताल भर्ती का खर्च प्रदान करते हैं तथा/ अथवा दिवस परिचर्या सेवाएं उपलब्ध कराते हैं सीजीईपीएचआईएस के अंतर्गत शामिल किए जाने के पात्र होंगे, बशर्ते कि पैनलबद्ध किए जाने की ऐसी अपेक्षाओं, जिन पर केंद्र सरकार और बीमाकर्ताओं के बीच सहमति बनी हो।

सीजीईपीएचआईएस अपने सभी लाभार्थियों को उच्च गुणवत्ता वाली ऐसी चिकित्सा परिचर्या सेवाएं प्रदान करने की आकांक्षा रखती है जो रियायती हैं। इस उद्देश्य के साथ, इसने राष्ट्रीय अस्पताल एवं स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायकों हेतु प्रत्यायन बोर्ड (एनएबीएच) प्रत्यायन को सार्वजनिक एवं निजी अस्पतालों दोनों को पैनल में शामिल करने हेतु न्यूनतम पात्रता मानदंड के रूप में निर्धारित किया है।

ऐसे अस्पतालों/ उपचर्या गृहों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों को, जो सीजीईपीएचआईएस ज्वाइन करने के इच्छुक हैं, को अस्पतालों को पैनल में शामिल किए जाने हेतु पात्रता मानदंड के रूप में एनएबीएच/ जेसीआई (संयुक्त कमीशन अंतर्राष्ट्रीय)/ एसीएचएस (आस्ट्रेलिया) अथवा इंटरनेशनल सोसायटी फॉर क्वालिटी इन हेल्थ केयर (आईएसक्यूए) द्वारा अनुमोदित किसी अन्य प्रत्यायन निकाय द्वारा प्रत्यायित होना चाहिए। इसके अलावा, ऐसे अस्पतालों/ उपचर्या गृहों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों में निम्नलिखित सुविधाएं होनी चाहिए:-

(i) 100 बिस्तर अथवा ज्यादा बिस्तरों वाले निम्नलिखित विशेषज्ञताओं से युक्त

सामान्य प्रयोजन अस्पताल:

जनरल मेडिसिन, जनरल सर्जरी, प्रसूति विज्ञान और स्त्री रोग विज्ञान, बाल चिकित्सा, अस्थि रोग विज्ञान (जोड़ों के बदलने को छोड़कर), आईसीयू और गहन परिचर्या एकक, ईएनटी और नेत्र विज्ञान, (दंत चिकित्सा स्पेशियलिटी-वांछनीय), इमेजिंग सुविधाएं, इन-हाउस प्रयोगशाला सुविधाएं और रक्त बैंक।

(ii) **स्पेशियलिटी अस्पताल** (स्पेशियलिटी की सूची नीचे दी गई है): 100 बिस्तर से कम क्षमता वाले अस्पताल स्पेशियलिटी अस्पताल के रूप में आवेदन कर सकते हैं-बशर्ते कि उनके अस्पताल में कम से कम 15 अतिरिक्त बिस्तरों के साथ-साथ आवेदित प्रत्येक स्पेशियलिटी के लिए कम से कम 25 बिस्तर निर्धारित हों-इस प्रकार इस श्रेणी में एक ही स्पेशियलिटी अस्पताल में कम से कम 40 बिस्तर होंगे। तथापि, इस श्रेणी के अंतर्गत अधिकतम तीन स्पेशियलिटी अनुमत्य है।

- कार्डियोलॉजी, कार्डियोवास्कुलर और कार्डियोथोरासिक शल्य चिकित्सा
- मूत्र-विज्ञान-डायलिसिस और लिथोट्रिप्सी सहित
- अस्थि विज्ञान-शल्य चिकित्सा-आर्थोस्कोपिक शल्य चिकित्सा और जोड़ प्रतिस्थापन सहित
- एण्डोस्कोपिक शल्य चिकित्सा
- तंत्रिका शल्य चिकित्सा

(iii) **सुपर-स्पेशियलिटी अस्पताल**-कार्डियोलॉजी और कार्डियो-थोरासिक सर्जरी और विशिष्ट अस्थि विज्ञान उपचारात्मक सुविधाओं, जिसमें जोड़ प्रतिस्थापन शल्य चिकित्सा शामिल है, के साथ-साथ निम्नलिखित कम से कम तीन सुपर स्पेशियलिटी में उपचारात्मक सुविधाओं से युक्त 150 अथवा इससे ज्यादा बिस्तर वाले अस्पताल:

- वृक्क प्रतिस्थापन सहित वृक्क विज्ञान एवं मूत्र विज्ञान
- अंतः स्राविकी
- तंत्रिका शल्य चिकित्सा
- जठरांत्र रोग विज्ञान एवं जी-आई शल्य चिकित्सा, यकृत प्रतिस्थापन सहित
- अबुर्द विज्ञान-(शल्य चिकित्सा, कीमोथेरेपी एवं रेडियोथेरेपी)

अस्पताल में उपलब्ध सभी स्पेशियलिटियों में ये अस्पताल उपचार/ सेवाएं प्रदान करेंगे।

(iv) **कैंसर अस्पताल :** कम से कम 50 बिस्तरों वाला तथा रेडियो-थिरेपी सहित कैंसर के लिए सभी उपचारों से युक्त अस्पताल (बीएआरसी/ ईआईआरबी द्वारा अनुमोदित)

टिप्पणी - क:

क) एनएबीएच से प्रवेश स्तरीय पूर्व प्रत्यायन प्रवेश पत्र प्राप्त करने वाले अस्पताल/ नर्सिंग होम/ दिवस परिचर्या क्लीनिक भी सीजीईपीएचआईएस के अंतर्गत पैनल में शामिल करने हेतु पात्र होंगे।

ख) सीजीएचएस के अंतर्गत पहले से ही पैनल में शामिल अस्पताल/ नर्सिंग होम/ दिवस परिचर्या क्लीनिक यदि सीजीईपीएचआईएस के अंतर्गत पैनल में शामिल होना चाहें और वे **एनएबीएच/ जेसीआई/एसीएचएस/ आईएसक्यूए** द्वारा प्रत्यायित न हों तो उन्हें **"क"** के नीचे उल्लिखित मानदंड के अनुसार स्कीम के अंतर्गत पैनल में शामिल किए जाने की तारीख से दो माह के भीतर एनएबीएच प्रत्यायन हेतु आवेदन करना अपेक्षित है (एनएबीएच/ जेसीआई/ एसीएचएस/ आईएमक्यूए/ एनएबीएल मानदंड के साथ-साथ निजी अस्पतालों/ नर्सिंग होमों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों को पैनल में शामिल करने संबंधी मानदंड)। निर्धारित अवधि के भीतर एनएबीएच के समक्ष आवेदन की पुष्टि करने संबंधी एक प्रमाण पत्र सीजीईपीएचआईएस के अंतर्गत पैनल में शामिल करते समय अस्पताल द्वारा दिया जाना चाहिए।

ग) निर्धारित अवधि के अंदर एनएबीएच के समक्ष आवेदन न करने वाले किसी भी अस्पताल/ नर्सिंग होम/ दिवस परिचर्या क्लीनिक का नाम स्वतः स्कीम के पैनल से हट जाएगा।

घ) इसके अतिरिक्त पैनल में शामिल अस्पताल/ नर्सिंग होम/ इन-हाउस नैदानिक प्रयोगशालाओं से युक्त अथवा संबद्ध नैदानिक प्रयोगशालाओं का प्रयोग करने वाले दिवस परिचर्या क्लीनिक भी शर्तों के अनुसार प्रयोगशाला प्रमाण-पत्र संबंधी राष्ट्रीय जांच एवं अंशशोधन प्रयोगशाला (एनएबीएल) के लिए आवेदन करेंगे।

टिप्पणी : ख

- 1.)** एनएबीएच/ जेसीआई/ एनएबीएल के अंतर्गत प्रत्यायित/ पहले से ही आवेदन करने वाले अस्पताल/ नर्सिंग होम/ दिवस परिचर्या क्लीनिक बीमाकर्ता को सूचित करेंगे तथा संबंधित दस्तावेज भी उपलब्ध करवाएंगे।
- 2.)** सीजीईपीएचआईएस में शामिल होने के लिए प्रत्यायन हेतु एनएबीएच/ जेसीआई के समक्ष आवेदन करने वालों को सीजीएचएस की पैकेज दरें तथा नीचे उल्लिखित खंड 11-क और 11-ख को भी स्वीकार करेंगे।

क एनएबीएच/ जेसीआई/ एसीएचएस/ आईएसक्यूए/ एनएबीएल मानक के साथ-साथ अस्पतालों/ नर्सिंग होमों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों को पैनल में शामिल करने हेतु मानदंड।

- (i) पूर्णतया सुसज्जित और चिकित्सा और/ अथवा शल्य चिकित्सा सुविधाएं प्रदान करने में रत। केंद्र में एक प्रचालनात्मक फार्मसी और नैदानिक सेवाओं की सुविधा होनी चाहिए। यदि स्वास्थ्य प्रदायक के पास प्रचालनात्मक फार्मसी और नैदानिक सेवाएं नहीं हैं तो वे अपने आस-पास में उपलब्ध उपर्युक्त सुविधाओं से लिंक स्थापित करने में समर्थ होने चाहिए ताकि रोगियों को 'नकद रहित' सेवा प्रदान की जा सके।
- (ii) शल्य चिकित्सीय आपरेशन करने वाले अस्पतालों/ नर्सिंगहोमों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों का अपना एक पूर्ण सुसज्जित आपरेशन थियेटर होना चाहिए।
- (iii) चौबीस घंटे पूर्णतया योग्य डॉक्टर तथा नर्सिंग स्टाफ इसमें नियुक्त हों।
- (iv) सीजीएचएस स्कीम के अंतर्गत यथा अनुमोदित प्रत्येक अभिज्ञात प्रक्रिया के लिए पैकेज की लागत से सहमत होना।

(क) ये पैकेज दरें औसत हैं और इसमें अंतरंग उपचार/ दिवस परिचर्या/ नैदानिक प्रक्रियाओं की वह एकमुश्त लागत शामिल है जिसके लिए सीजीईजीएचआईएस लाभार्थी को दाखिल किया जाता है और इसमें पंजीकरण शुल्क, प्रवेश शुल्क, रोगी आहार सहित वास शुल्क, आपरेशन शुल्क, इंजेक्शन शुल्क, ड्रेसिंग शुल्क, डॉक्टर/ परामर्शदाता के विजिट शुल्क, आईसीयू/ आईसीसीयू शुल्क, मानीटरन शुल्क, आधान शुल्क, संवेदनाहरण शुल्क, संवेदनाहरण पूर्व जांचें, आपरेशन थियेटर शुल्क, प्रक्रियात्मक शुल्क/ सर्जन डिस्पोजेबल सर्जिकल की लागत और अस्पताल में उपचार प्राप्त करने के दौरान प्रयुक्त विविध दवाइयों और औषधों, रक्त, आक्सीजन इत्यादि से संबंधित नेमी और अनिवार्य नैदानिक जांचों की लागत, फिजियोथिरेपी शुल्क इत्यादि, नर्सिंग परिचर्या और सेवा संबंधी शुल्क सहित दाखिले के समय से लेकर छुट्टी के समय तक लागत शामिल है (लेकिन यह इन्हीं तक सीमित नहीं है)। यह सूची दृष्टांत मात्र है।

(ख) पैकेज की दरों पर कोई भी अस्पष्टता होने पर इसका समाधान करने के लिए यह पुनः दोहराया जाता है कि किसी प्रक्रिया विशेष के लिए पैकेज में उपचार प्रक्रिया पूरी होने से संबंधित प्रक्रियाएं शामिल होती हैं। रोगी को किसी भी प्रक्रिया/ मद की लागत वहन करने के लिए नहीं कहा जाएगा।

(ग) यदि अनुपयुक्त प्रक्रिया के कारण शल्य चिकित्सीय प्रक्रिया के परिणामस्वरूप होने वाले संक्रमण से यदि अस्पताल में निर्धारित अवधि से ज्यादा अवधि तक रूकना पड़े तो अस्पताल में उपचार के लिए अधिक अवधि होने पर किसी भी तरह के अतिरिक्त शुल्क अनुमत्य नहीं होंगे।

(घ) निर्धारित इंफ्लान्ट्स के संबंध में सीजीएचएस की अधिकतम दरों के अनुसार पैकेज रेट अथवा सीजीएचएस द्वारा कोर्ट भी अधिकतम दर निर्धारित न होने की दशा में वास्तविक दर के साथ-साथ इंफ्लान्ट्स की लागत अनुमत्य है।

(ङ) निर्धारित बाहरी उपकरणों के संबंध में सीजीएचएस की अधिकतम दरों के अनुसार पैकेज दरों अथवा सीजीएचएस द्वारा कोई भी अधिकतम दर निर्धारित न होने की दशा में वास्तविक दर के साथ-

साथ सीजीएचएस स्कीम (**परिशिष्ट-क**) में यथासूचित उपचार संबंधी अपेक्षित बाह्य उपकरण अनुमत्य है।

(च) माता के प्रसव प्रभारों के साथ-साथ नवजात शिशु के उपचार के लिए होने वाला व्यय अनुमत्य है।

(छ) अंतरंग उपचार की अवधि के लिए निम्न पैकेज दरों की संकल्पना की गई है :-

- 12 दिनों तक : स्पेशियलिटी (सुपर स्पेशियलिटी) उपचार के लिए।
- 7 दिनों तक : अन्य शल्य चिकित्साओं के लिए।
- 3 दिनों तक : लेप्रोस्कोपिक शल्य चिकित्साएं/ सामान्य प्रसव के लिए।
- 1 दिन : दिवस परिचर्या/ छोटी-मोटी शल्य चिकित्साओं के लिए।

(झ) **विभिन्न प्रकार के वार्डों हेतु पात्रता:** सीजीएचएस लाभार्थी पे बैंड में उनके द्वारा आहरित वेतन पेंशन के आधार पर निजी, अर्द्ध-निजी अथवा जनरल वार्ड की सुविधाओं हेतु पात्र हैं। इन पात्रताओं को समय-समय पर संशोधित किया जाता है और इस संबंध में नवीनतम आदेश का अनुसरण किए जाने की आवश्यकता है। पात्रता निम्नानुसार है:

क्र.सं.	पे बैंड में आहरित वेतन मूल पेंशन	पात्रता
1	13950/- रूपय तक	जनरल वार्ड
2	13960/- - 19,530/-रूपय	अर्द्ध-निजी वार्ड
3	19540/- और उससे ज्यादा	निजी वार्ड

1. **निजी वार्ड** को अस्पताल के ऐसे कक्ष के रूप में परिभाषित किया जाता है जहां उपचार के दौरान केवल एक ही रोगी को ठहराया जाता है और इसमें अटैच्ड प्रसाधन (शौचालय और स्नानगृह) होता है। इस कक्ष में वार्ड रोब, श्रृंगार टेबल, बेड-साइड टेबल, सौफा सेट, कारपेट इत्यादि तथा अटेंडेंट के लिए एक बिस्तर होता है। यह कक्ष वातानुकूलित होता है।
2. **अर्द्ध निजी वार्ड** को अस्पताल के एक ऐसे कक्ष के रूप में परिभाषित किया जाता है जिसमें दो से तीन रोगियों को ठहराया जाता है और इसमें अटैच्ड प्रसाधन की सुविधाएं तथा आवश्यक साज-सज्जाएं होती हैं।
3. **जनरल वार्ड** को एक ऐसे हाल के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जहां चार से दस रोगियों को ठहराया जाता है।

टिप्पणी :

(क) पात्र श्रेणी के अलावा किसी उच्च श्रेणी के उपचार कक्ष में उपचार करवाना अनुमत्त नहीं है।

(ख) पैकेज में रोगी के दाखिल होने की तारीख से लेकर उसे छुट्टी मिलने की तारीख तक उपचार की पूरी लागत तथा अस्पताल में किसी भी जटिलता के लिए पूरी लागत शामिल होगी तथा सीजीएचएस पैकेज दरों के अनुसार रोगी के लिए संव्यवहार नकदरहित होगा।

(ग) स्कीम के अंतर्गत लागू सीजीएचएस दरें पॉलिसी की अवधि के लिए होंगी तथा इनमें पॉलिसी के लागू रहने के दौरान संशोधन नहीं किया जाएगा। सीजीएचएस सूची में उल्लिखित न की गई प्रक्रियाओं के लिए दरों पर पॉलिसी अवधि के दौरान अंतिम रूप दिए जाने पर ही विचार किया जा सकता है।

(घ) प्रक्रियाएं **खंड-11** के अनुसार नकदरहित सेवाओं तथा पूर्व प्राधिकार पत्र प्रक्रियाओं के अध्यक्षीन होंगी।

(ङ) सीजीएचएस पैकेज दरों की प्रयोज्यता के लिए केंद्र सरकार द्वारा संबंधित राज्य/ अंचलों के अंतर्गत जिलों को मिलाया जा सकता है।

(व) यथापेक्षित अनिवार्य रिकार्डों का रख-रखाव तथा बीमाकर्ता अथवा उसके प्रतिनिधि/ केंद्र सरकार/ नोडल एजेंसी को बीमित रोगी के रिकार्ड उपलब्ध करवाए जाएंगे।

(vi) बीमाकर्ता अथवा उसके प्रतिनिधि/ केंद्र सरकार / नोडल एजेंसी को, जब भी उचित समझा जाए, दौरा करने तथा निरीक्षण करने की अनुमति प्रदान करना।

(vii) पैनल में शामिल निजी अस्पताल/ नर्सिंग अस्पताल/ दिवस परिचर्या क्लीनिक **प्रयोक्ता प्रमाणन के लिए विधिक रूप से उत्तरदायी होंगे।**

(viii) टेलीफोन, फैक्स, स्केनर तथा कम से कम 256 केबीपीएस ब्रॉड बैंड इंटरनेट कनेक्टिविटी होना। पैनल में शामिल प्रत्येक अस्पताल/ नर्सिंग होम/ दिवस परिचर्या क्लीनिक के पास 2 स्मार्ट कार्ड रीडर वाला एक पर्सनल कम्प्यूटर होना चाहिए। पैनल में शामिल ये अस्पताल/ नर्सिंग होम/ दिवस परिचर्या क्लीनिक बिल समाशोधन एजेंसी को इलेक्ट्रॉनिक फार्मेट में सभी दावों/ बिलों को प्रस्तुत करने की क्षमता से युक्त होने चाहिए और ऐसे इलेक्ट्रॉनिक प्रस्तुतीकरण के लिए समर्पित उपस्कर, साफ्टवेयर और कनेक्टिविटी होनी चाहिए। **एनआईसी की सहमति अपेक्षित है।**

ख. पैनल में शामिल अस्पतालों/ नर्सिंग होमों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों द्वारा प्रदान किए जाने वाले अतिरिक्त लाभ

उपर्युक्त उल्लिखित लाभों के अतिरिक्त पैनल में शामिल सरकारी और निजी अस्पताल/ नर्सिंग होम/ दिवस परिचर्या क्लीनिक सीजीईपीएचआईएस लाभार्थियों को निम्नलिखित अतिरिक्त लाभ प्रदान करने की स्थिति में होने चाहिए :

1. अस्पताल में उपचार प्राप्त करने के पूर्व और पश्चात परामर्श सहित निशुल्क ओपीडी परामर्श।
2. स्वागत कक्ष रोगी भर्ती डेस्क पर यह दर्शाना पड़ता है कि यह सीजीईपीएचआईएस का एक प्राथमिकता युक्त प्रदायक है और लाभार्थियों, केंद्र सरकार तथा बीमाकर्ता की सुविधा के लिए बीमाकर्ता द्वारा प्रदत्त प्रदर्शन करने वाली तथा अन्य सामग्रियों को रखना।
3. सीजीईपीएचआईएस लाभार्थी को चौबीस घंटे आवश्यक सहायता प्रदान करने के लिए पराचिकित्सा कार्मिक युक्त एक अलग सहायता कक्ष की व्यवस्था करने हेतु सहमति।

(ग) अस्पतालों को सूची से हटाना:

यदि यह पाया जाता है कि स्कीम के दिशानिर्देशों का पैनल में शामिल अस्पतालों/ नर्सिंग होमों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों द्वारा अनुसरण नहीं किया जाता है तथा उनके द्वारा प्रदत्त सेवाएं निर्धारित मानदंडों के अनुसार संतोषजनक नहीं है तो बीमाकर्ता द्वारा उन्हें सीजीईपीएचआईएस नेटवर्क की सूची से हटा दिया जाएगा।

II. नकदरहित पहुंच सेवा

बीमाकर्ता को यह सुनिश्चित करना चाहिए सीपीईपीएचआईएस के सभी सदस्यों को पर्याप्त सुविधाएं उपलब्ध करवाई जाए ताकि उन्हें उपचार शुरू होने तथा उपचार खत्म होने पर स्कीम के अंतर्गत कवर की गई सेवाओं के लिए किसी भी तरह की धनराशि जमा न करवानी पड़े अथवा भुगतान न करना पड़े। इस खंड में यथाविस्तृत बीमाकर्ता के उत्तरदायित्वों के अध्यक्षीन के साथ-साथ बीमाकर्ता द्वारा प्रदत्त सेवा को सामूहिक रूप से "नकदरहित पहुंच सेवा" के रूप में संदर्भित किया जाता है।

ये सेवाएं फोटो स्मार्ट कार्ड प्रमाणन के आधार पर ही किसी विलंब के बिना लाभार्थी को पैनल में शामिल अस्पताल/ नर्सिंग होम/ दिवस परिचर्या क्लीनिक द्वारा प्रदान की जानी चाहिए। लाभार्थियों को निर्धारित पैकेज दरों और बीमित धनराशि की सीमाओं/ उप-सीमाओं के अंदर स्कीम के अंतर्गत कवर की गई सभी बीमारियों के लिए निःशुल्क उपचार प्रदान किया जाएगा अर्थात् स्कीम के अंतर्गत विशेष रूप से वर्जित न की गई बीमारियां।

(क) सूचीबद्ध/ गैर-सूचीबद्ध पैकेज्ड प्रक्रियाओं के लिए इमरजेंसी/ योजनाबद्ध तरीके से अस्पताल में उपचार प्राप्त करने की दशा में नकदरहित पहुंच हेतु पूर्व-प्राधिकार

पैकेज्ड प्रक्रियाओं का तात्पर्य शहर पर आधारित सीजीएचएस द्वारा अनुमोदित विभिन्न प्रक्रियाओं के लिए दरे होंगी तथा यह उस राज्य/ अंचल के लिए मान्य होंगी। यह बीमाकर्ता का उत्तरदायित्व होगा कि

पैनल में शामिल सभी अस्पतालों/ नर्सिंग होमों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों को इसके लिए राजी करवाएं।

लाभार्थी और/ अथवा उसके परिवार के सदस्य की फोटो स्मार्ट कार्ड द्वारा सत्यापन करने पहचान होने पर फोटो स्मार्ट कार्ड को ऑन लाइन सत्यापन के लिए स्वाइप किया जाएगा तथा पैकेज में सूचीबद्ध/ गैर-सूचीबद्ध स्वास्थ्य परिचर्या सुविधा प्रदान करने के लिए निम्नलिखित प्रक्रियाएं अपनाई जाएंगी:

उपचारकर्ता डाक्टर से विहित प्रपत्र अर्थात् **"प्राधिकार पत्र हेतु अनुरोध" (आरएएल)** में उचित विवरण प्राप्त करने के उपरांत पैनल में शामिल अस्पतालों/ नर्सिंग होमों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों द्वारा प्राधिकार हेतु अनुरोध अग्रेषित किया जाएगा। आरएएल को उपचारकर्ता चिकित्सक से संपर्क स्थापित करने संबंधी विवरण के साथ बीमाकर्ता के नकदरहित डिपार्टमेंट/ 24 घंटे प्राधिकार पत्र को इलेक्ट्रॉनिक रूप से भेजने चाहिए क्योंकि इससे प्रक्रिया सरल हो जाएगी। बीमाकर्ता का चिकित्सक दल यदि आवश्यक हुआ, तो उपचारकर्ता चिकित्सक के संपर्क में रहेगा।

(क) आरएएल (प्राधिकार पत्र हेतु अनुरोध) इमरजेंसी होने पर 6 घंटों के भीतर तथा अस्पताल में नियोजित दाखिले की दशा में अस्पताल में भर्ती होने की प्रत्याशित तारीख से पूर्व 3 दिनों के भीतर प्राधिकार विभाग के पास पहुंच जाना चाहिए।

(ख) उपर्युक्त "खंड क" में विफल होने पर पैनल में शामिल अस्पतालों/ नर्सिंग होमों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों द्वारा आरएएल के साथ-साथ विलंब संबंधी स्पष्टीकरण अग्रेषित किया जाना चाहिए।

(ग) पैकेज्ड प्रक्रियाओं और सूचीबद्ध प्रक्रिया के मामले में आरएएल में उल्लिखित प्रक्रियाओं से **उपचार कोड का चयन करना अपेक्षित है।**

(घ) सभी मामलों में आरएएल पत्र को विधिवत भरा जाना चाहिए और उसमें स्पष्टतापूर्वक **हां या नहीं** लिखा जाना चाहिए। कोई भी सूचना **शून्य अथवा रिक्त नहीं** होनी चाहिए, जिससे जल्द से जल्द परिणाम निकलने में मदद मिलेगी। नैदानिक जांच की आरएएल प्रतियों के साथ-साथ रिपोर्टों को भी इलेक्ट्रॉनिक रूप से, अथवा जैसा भी मामला हो, अग्रेषित किया जाना चाहिए।

(ङ) यदि प्राधिकार विभाग के चिकित्सक दल के लिए पात्रता की पुष्टि करने हेतु चिकित्सीय डाटा पर्याप्त न हो तो किसी भी और विलंब के बगैर पूरा ब्यौरा प्रदान करना पैनल में शामिल अस्पताल/ नर्सिंग होम/ दिवस परिचर्या क्लीनिक का उत्तरदायित्व होगा जिसके न किए जाने पर इसे मानदंड के उल्लंघन के रूप में माना जाएगा।

(च) गैर-सूचीबद्ध प्रक्रिया के मामले में पैनल में शामिल अस्पताल/ नर्सिंग होम/ दिवस परिचर्या क्लीनिक और बीमाकर्ता अपेक्षित प्रकार के उपचार के आधार पर पैकेज की लागत को तय करेंगे, सम्मत धनराशि उस प्रक्रिया की पैकेज दर बन जाएगी।

(छ) बीमाकर्ता एआरएएल तथा अनिवार्य चिकित्सीय ब्यौरा प्राप्त होने के बाद ही भुगतान की गारंटी देगा। बीमाकर्ता द्वारा सीजीएचएस द्वारा निर्धारित दरों और/ अथवा प्रदायक के साथ तय पैकेज निर्धारित (यदि सीजीएचएस द्वारा कोई भी दर निर्धारित नहीं की गई है) दरें जानने के उपरांत ही प्राधिकार पत्र (एएल) जारी किया जाएगा। इसे आरएएल प्राप्त होने के 12 घंटों के भीतर पूरा किया जाएगा तथा इसका प्रत्युत्तर बीमाकर्ता को भेजा जाएगा।

(ज) यदि बीमारी कवर नहीं की गई है तो बीमाकर्ता प्राधिकार पत्र मना कर सकता है। ऐसे मामले में लाभार्थी को तदनुसार सूचित करने का उत्तरदायित्व पैनल में शामिल अस्पतालों/ नर्सिंग होमों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों का होगा।

(झ) बीमाकर्ता को नोडल एजेंसी के समक्ष एक रिपोर्ट दायर करनी होती है जिसमें दिन-ब-दिन आधार पर ऐसे प्रत्येक दावे की मनाही से संबंधित कारणों का स्पष्टीकरण होता है।

(ञ) प्राधिकार पत्र (एएल) प्राधिकार संख्या तथा सीजीएचएस पैकेज दरों और पूर्व में पैकेज नियत न की गई किसी भी प्रक्रिया के लिए तय की गई दरों के अनुसार गारंटी की गई धनराशि का उल्लेख करेगा। पैनल में शामिल अस्पतालों/ नर्सिंग होमों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों को यह अवश्य जांच करनी चाहिए कि इन नियमों का कड़ाई से पालन होता है।

(ट) भुगतान की गारंटी केवल अस्पताल में उपचार प्राप्त करने के लिए प्राधिकार पत्र (आरएएल) हेतु अनुरोध में उल्लिखित और कवर की गई बीमारी की अनिवार्य उपचारात्मक लागत के लिए ही दी जाती है।

(ठ) अस्पताल में दाखिल होते समय और छुट्टी देते समय स्मार्ट कार्ड संबंधी एंट्री सूचीबद्ध प्रक्रिया के लिए पैकेज दर तथा गैर सूचीबद्ध प्रक्रिया के मामले में पैनल में शामिल अस्पतालों/ नर्सिंग होमों/ दिवस परिचर्या क्लीनिकों तथा बीमाकर्ता द्वारा सम्मत पैकेज धनराशि तथा प्राधिकार संख्या रिकार्ड करेगी। तय पैकेज की प्रविष्टि अस्पताल द्वारा मैनुअली की जाएगी क्योंकि यह कंप्यूटर की पैकेज सूची में उपलब्ध नहीं होगा।

(ड) ये कार्याकलाप पूरे करने के उपरांत बीमाकर्ता को यह सुनिश्चित करना पड़ेगा कि यह सारा डाटा बीमित के सर्वर पर अपलोड कर दिया गया हो तथा स्वस्थ और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा यथा प्राधिकृत प्राधिकारियों/विभागों को एक लिंक के जरिए रीड-ओनली पहुँच प्रदान की जाएगी।

(ख) व्यवसाय आकस्मिक योजना (बी सी पी) (आफ-लाइन प्रक्रिया)

यदि किसी कारणवश आन-लाइन सिस्टम काम न कर रहा हो तो बीमाकर्ता डीफाल्ट द्वारा व्यवसाय आकस्मिक योजना का सहारा लेगा।

पैनल में शामिल अस्पताल/नर्सिंग होम/दिवस परिचर्या क्लिनिक में उपचारार्थ आने पर लाभार्थी के ब्यौरे का सत्यापन किया जाएगा। फोटो स्मार्ट कार्ड का मैनुअली सत्यापन करके लाभार्थी और/अथवा उसके परिवार के सदस्यों की पहचान होने पर **(स्मार्ट कार्ड की फोटो कॉपी रिकार्ड के प्रयोजनार्थ पैनल में शामिल अस्पताल/नर्सिंग होम/दिवस परिचर्या क्लिनिक द्वारा रखी जाएगी)** पैरा 11 क में संकल्पित प्रक्रिया के साथ-साथ सूचीबद्ध/गैर-सूचीबद्ध स्वास्थ्य परिचर्या सुविधा प्रदान करने के लिए निम्नलिखित प्रक्रिया अपनाई जाएगी :

- क. मैनुअल पूर्व-प्राधिकार पत्र भरा जाएगा तथा इसे नैदानिक रिपोर्टों की प्रति के साथ अस्पताल में दाखिल होने के छह घंटों के भीतर बीमाकर्ता को फैक्स करना।
- ख. इसे अधिक से अधिक 12 घंटों के अपेक्षित टाइम के अंदर प्राधिकृत किया जाएगा।
- ग. लाभार्थी से कोई शुल्क लिए बगैर तदनुसार नकदरहित उपचार प्रदान किया जाएगा।
- घ. उपचार के पूरा होने पर छुट्टी संबंधी दस्तावेज पर हस्ताक्षर हों।
- ड. इन कार्यकलापों को पूरा करने के उपरांत बीमाकर्ता को यह सुनिश्चित करना होगा कि यह सारा डाटा बीमित के सर्वर पर अपलोड कर दिया गया हो तथा स्वस्थ और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा यथा प्राधिकृत प्राधिकारियों/विभागों को एक लिंक के जरिए रीड-ओनली पहुँच प्रदान की जाएगी।

नोट :

यदि किसी लाभार्थी को चालू पॉलिसी के दौरान अस्पताल में उपचारार्थ दाखिल किया जाए परंतु उसे पॉलिसी की अवधि खत्म होने के उपरांत छुट्टी दी जाए तो बीमा कंपनी को लाभार्थी को उस प्रचालनात्मक पॉलिसी के अंतर्गत दावे का भुगतान करना पड़ता जिसमें लाभार्थी को दाखिल किया गया था।

12. रन-ऑफ अवधि

पॉलिसी के रद्द होने/गैर-नवीनीकरण के मामले में एक माह की रन-ऑफ अवधि अनुमत्य होगी। इसका तात्पर्य यह है कि नीति की अवधि के रद्द होने/गैर-नवीनीकरण तक किए गए पूर्व प्राधिकार तथा पॉलिसी की अवधि की समाप्ति के उपरांत एक माह तक किए गए ऐसे पूर्व प्राधिकार संबंधी उपचार/शल्य चिकित्साओं के मामले में तत्संबंधी सभी दावों का भुगतान किया जाएगा।

14. दावों को अस्वीकार करना

यदि कोई दावा तर्कहीन पाया जाता है तो बीमाकर्ता स्वास्थ्य प्रदायक और केन्द्र/नोडल एजेंसी के नामोद्दिष्ट प्राधिकारी को इस प्रयोजनार्थ कारणों की सूचना देगा तथा इसकी एक प्रति लाभार्थी को भी देगा। ऐसे सभी दावों की समीक्षा मासिक/त्रैमासिक आधार पर **केन्द्र सरकार** द्वारा की जाएगी।

15. नामांकन :

लाभार्थी का नामांकन, केन्द्र सरकार/नोडल एजेंसी द्वारा चयनित बीमा कंपनी द्वारा किया जाएगा। बीमाकर्ता निर्धारित प्रक्रिया के अनुसार लाभार्थी को नामांकित करेगा तथा केन्द्र सरकार के विनिर्देशनों के अनुसार फोटो स्मार्ट कार्ड जारी करेगा तथा इसे सीजीईपीएचआईएस लाभार्थी को देगा।

(क) नामांकन अवधि सेवानिवृत्त कर्मचारियों के मामले में 180 दिन तथा सेवारत कर्मचारियों के मामले में 60 दिन होगी। तथापि, नए शामिल होने वालों तथा नए सेवानिवृत्त होने वालों के मामले में नामांकन पूरे वर्ष जारी रहेगा।

(ख) बीमित के पास स्मार्ट कार्ड में आश्रित लाभार्थी के संबंध में ब्यौरे में परिवर्तन करने का विकल्प होगा; तथापि आश्रितों की कुल संख्या पॉलिसी की समापन अवधि से पहले 60 दिनों के भीतर बीमाकर्ता द्वारा स्थापित नामोद्दिष्ट जिला कियोस्क में नवीनीकरण के समय निर्धारित संख्या से ज्यादा नहीं हो सकती है।

(ग) बीमाकर्ता प्रदत्त दिशानिर्देशों के अनुसार फोटो स्मार्ट कार्ड तैयार करने की व्यवस्था करेगा।

(घ) स्मार्ट कार्ड प्रदान करते समय बीमाकर्ता फोटो कार्ड के साथ-साथ सीजीईपीएचआईएस लाभार्थी को एक पुस्तिका प्रदान करेगा जिसमें नेटवर्क वाले अस्पतालों, लाभों की उपलब्धता तथा संपर्क व्यक्ति/व्यक्तियों के नाम और ब्यौरा तथा कॉल सेंटर के निःशुल्क नंबर दर्शाए गए होंगे। स्मार्ट कार्ड रखने के लिए एक प्लास्टिक आवरण दिया जाएगा।

(ङ) यदि नीति अवधि के भीतर स्मार्ट कार्ड खो जाता है तो लाभार्थी बीमाकर्ता को केन्द्र सरकार/नोडल एजेंसी द्वारा सम्मत पूर्व-निर्धारित शुल्क अदा करके नामोद्दिष्ट जिला कियोस्क से नया कार्ड जारी करवा सकता है।

(च) अशुद्धियों, कार्ड के प्रचालन होने इत्यादि तथा किसी भी कारण वश लाभार्थी द्वारा नामांकन न करवा सकने की समस्या से निपटने के लिए इस पर बीमाकर्ता द्वारा नामोद्दिष्ट जिला कियोस्क पर ध्यान दिया जाएगा।

- (छ) बीमाकर्ता और केन्द्र सरकार/नोडल एजेंसी द्वारा समग्र भारत आधार पर उन्नत प्रचार-प्रसार किया जाएगा।
- (ज) पेंशनरों के मामले में बीमा कंपनी बीमाकर्ता के सम्मत नामोद्विष्ट जिला कार्यालय में नामांकन करेगी तथा इस प्रयोजन तत्काल स्केन दस्तावेज दिया जाएगा। सेवारत कर्मचारियों के मामले में डाटा विभागाध्यक्ष से एकत्र किया जाएगा। दोनों ही मामलों में बीमाकर्ताओं द्वारा बीमित व्यक्तियों को उनके संबंधित पते पर बीमाकर्ता के खर्चे पर सीधे फोटो स्मार्ट कार्ड तथा इसके साथ नामांकन किट भेजी जाएगी।
- (झ) बीमा कंपनी एक वेब आधारित आवेदन भी प्रदान करेगी जो मंत्रालय/विभागों के विभागाध्यक्षों के पास उपलब्ध होगा। पैनल में शामिल अस्पतालों/नर्सिंग होमों/दिवस परिचर्या क्लिनिकों तथा लाभार्थियों को अपनी संबद्ध सूचना देखने के लिए वेबसाइट उपलब्ध होगी।
- () स्वास्थ्य मंत्रालय में नोडल एजेंसी इस वेबसाइट के जरिए नामांकन इत्यादि जैसी बीमा योजना से संबंधित डाटा का भी अनुवीक्षण करेगी।
- (ट) स्कीम तथा नामांकन पत्र को स्थाई आधार पर विभिन्न मंत्रालयों/विभागों की वेबसाइट पर डाला जाएगा।
- (ठ) बीमा स्कीम का विकल्प देने वाला कोई भी कर्मचारी/ पेंशनर स्कीम का सदस्य बना रहेगा तथा उसका भावी नवीनीकरण स्वतः ही हो जाएगा जब तक कि वह स्कीम छोड़ने का विकल्प न दें। **लाभार्थी द्वारा इस नीति के खत्म होने से 90 दिन पहले स्कीम से अलग होने के लिए स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के समक्ष घोषणापत्र प्रस्तुत करना अपेक्षित है।**

नामांकन प्रक्रिया

नामांकन प्रक्रिया निम्नानुसार होगी :

क. सेवारत कर्मचारी :

1. विभाग और कार्यालय मौजूदा सीजीएचएस/सीएस (एमए) लाभों के साथ अथवा इनके बगैर स्वेच्छा से सीजीईपीएचआईएस में शामिल होने के लिए कर्मचारियों से विकल्प मांगेंगे।
2. प्रशासनिक मंत्रालय/विभाग का विभागाध्यक्ष बीमा कंपनियों के लिए संपर्क बिन्दु होगा।
3. प्रशासनिक मंत्रालय/विभाग द्वारा नामांकन पत्रों को समेकित किया जाएगा जिसमें मासिक आधार पर प्रीमियम की वसूली के लिए स्वयं और परिवार का तथा विभाग संबंधी प्राधिकार पत्र का ब्यौरा होगा। लाभार्थी और आश्रित सदस्य के 2 हाल ही में खिंचवाए गए पासपोर्ट साइज के फोटो के साथ डाटा शामिल किया जाएगा तथा नामांकन पत्र के प्रति को मासिक आधार पर बीमा कंपनी को अग्रेषित किया जाएगा।
4. बीमा कंपनी नामांकन के लिए लाभार्थियों की प्राप्त सूचना के आधार पर स्मार्ट कार्ड जारी करेगी।
5. नामांकन किट के साथ-साथ ऐसे स्मार्ट कार्ड बीमाकर्ताओं द्वारा सात दिनों के भीतर बीमित व्यक्तियों को उनके पते पर बीमाकर्ता के खर्चे पर सीधे भेजे जाएंगे।

ख. सेवानिवृत्त कर्मचारी :

1. सेवानिवृत्त कर्मचारियों के मामले में विभिन्न जनप्रचार माध्यमों के जरिए स्कीम का प्रचार और प्रसार किया जाएगा जैसे स्थानीय समाचार पत्रों में विज्ञापन, केबल नेटवर्क इत्यादि।
 2. पेंशन का भुगतान करने वाली शाखाओं (जिनकी संख्या लगभग 30,000 है)/ डाकघरों में एक नोटिस चिपकाया जाएगा जिसमें प्रस्तावित स्कीम का ब्यौरा दिया होगा।
 3. सूचना का प्रचार-प्रसार पेंशनर संघों तथा अन्य संबद्ध एजेंसियों के जरिए भी किया जा सकता है।
 4. पेंशन का भुगतान करने वाली शाखाओं/डाकघरों और विभागों/मंत्रालयों की वेबसाइट पर नामांकन पत्र उपलब्ध करवाया जाएगा।
 5. सरकार/नोडल एजेंसी द्वारा सम्मत कार्यक्रम के अनुसार पेंशनरों की नामांकन प्रक्रिया जारी रहेगी। केन्द्र सरकार/नोडल एजेंसी के साथ परामर्श करके बीमाकर्ता निर्धारित समय में कार्य पूरा करने के लिए नियत अवधि के दौरान बीमाकर्ताओं के जिला कार्यालयों में नामांकन स्टेशनों की पहचान करके नामांकन कार्यक्रम तैयार करेगा।
 6. स्कीम का विकल्प देने वाला सेवानिवृत्ति कर्मचारी नामांकन पत्र भरेगा और उसमें स्वयं और आश्रित सदस्यों के संबंध में ब्यौरा और सीजीईपीएचआईएस दिशानिर्देशों के अनुसार स्वयं और आश्रितों के प्रमाण दिया होगा तथा चैक के रूप में उसके पहले अंशदान के साथ-साथ स्कीम के अंतर्गत नामांकन हेतु बीमाकर्ता के जिला कार्यालय में प्रत्येक के हाल ही में खिंचे दो फोटो भी जमा करवाएगा।
 7. नामांकन पत्र के साथ बीमा स्कीम का सदस्य बने रहने के प्रयोजनार्थ उसके भावी प्रीमियम के अंशदान को नामे चढ़ाने (डेबिट) के लिए पेंशन का भुगतान करने वाली एजेंसी संबंधी प्राधिकार पत्र संलग्न किया जाएगा।
 8. बीमा कंपनियों लाभार्थियों के नामांकन के समय पर प्राप्त हुई सूचना के आधार पर पेंशनरों को स्कैन्ड फोटो दस्तावेज जारी करेंगी। नामांकन किट के साथ-साथ फोटो स्मार्ट कार्डों को बीमाकर्ता के खर्चे पर बीमित व्यक्तियों को उनके संबंधित पते पर बीमाकर्ता द्वारा सीधा भेजा जाएगा।
 9. डाटा तैयार करने के लिए **केन्द्रीय पेंशन लेखाकरण कार्यालय को** प्राधिकार पत्र के साथ-साथ नामांकन पत्र की प्रति भेजी जाएगी। केन्द्रीय पेंशन लेखाकरण कार्यालय पेंशनर के प्राधिकार पत्र को भावी नवीनीकरण के लिए प्रीमियम की कटौती के लिए पेंशन का भुगतान करने वाली संबंधित एककों को सौंप देगा।
10. बीमा कंपनियों के लिए केन्द्रीय पेंशन लेखा कार्यालय/स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के पास उपलब्ध डाटाबेस तक सीमित पहुँच होगी।
- ख. भावी कर्मचारियों और पेंशनरों के लिए**
- क. सभी भावी कर्मचारियों और भावी पेंशनरों को सीजीईपीएचआईएस के अन्तर्गत अनिवार्यतः शामिल किया जाएगा।

- ख. सेवा में उनकी प्रविष्टि के समय अथवा सेवानिवृत्ति के समय उन्हें अपने-अपने तैनाती के स्थानों और मंत्रालय में कुछ प्रलिखित औपचारिकताएं पूरी करनी होती हैं। सीजीईपीएचआईएस में नामांकन को ऐसे कार्यकलापों के साथ जोड़ना होगा और उसके लिए प्रलेखन को प्रविष्टि/निकासी का एक अभिन्न अंग बनाना होगा।
- ग. बीमाकर्ता को सभी ऐसे स्थानों पर नामांकन फार्म (मुद्रित तथा सॉफ्ट रूपांतर) प्रदान करना होगा।
- घ. कर्मचारी नामांकन फार्म, अंशदान काटने के लिए प्राधिकारी फार्म भरेंगे और परिवार के प्रत्येक (व्यक्तिगत) सदस्य के पासपोर्ट आकार के 2 नए फोटो डीडीओ/नोडल अधिकारी को प्रस्तुत करेंगे।
- ड. बीमाकर्ता संबंधित डीडीओ/नोडल अधिकारियों से पावती देकर नामांकन फार्म और परिवार के फोटो लेने की व्यवस्था करेगा।
- च. अपेक्षित प्रक्रिया पूरी करने के बाद संबंधित डाटा सर्वर पर अपलोड किया जाएगा और बीमाकर्ताओं द्वारा स्मार्ट कार्ड जारी किए जाएंगे।
- छ. ऐसे स्मार्ट कार्ड नामांकन किट के साथ बीमाकर्ताओं द्वारा सीधे बीमा किए गए व्यक्तियों को उनके डाक पते पर बीमाकर्ता के खर्च से भेजे जाएंगे।
- ज. बीमा कवर कर्मचारी के कार्यभार ग्रहण अथवा सेवानिवृत्ति की तारीख से प्रभावी होंगे।
- झ. इन सभी कार्यकलापों को मात्र पढ़ने की सुलभता के आधार पर इन्स्योर्ड सर्वर पर अपलोड किया जाना होगा, स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा प्राधिकृत किए जाने वाले अधिकारियों/विभागों को एक लिंक प्रदान किया जाएगा।

टिप्पणः बीमाकर्ता को नामांकन प्रक्रिया शुरू करने से पहले निम्नलिखित कार्यकलाप पूरे करने होंगे।

- अस्पतालों/उपचर्या गृहों/दिवस परिचर्या क्लिनिकों को पैनल में शामिल करना।
- जिला कियोस्क की स्थापना।
- नामांकन किट तैयार करना और उसे सरकार से अनुमोदित करवाना।

16. स्मार्ट कार्ड और सॉफ्टवेयर के लिए विनिर्देशः एनआईसी की सहमति अपेक्षित है।

प्रयोग में लाए जाने वाले स्मार्ट कार्डों के संबंध में राष्ट्रीय सूचना विज्ञान केन्द्र, नई दिल्ली से वैध अनुपालन प्रमाण पत्र अवश्य होना चाहिए। स्मार्ट कार्ड के विनिर्देश नीचे दिए गए हैं :-

- न्यूनतम 64 केबाइट्स ईईपीआरओएम की उपलब्धता के साथ कान्टेक्टस युक्त माइक्रो प्रोसेसर आधारित इंटेग्रेटेड सर्किट (सर्किट्स)।
- सभी नवीनतम शुद्धि पत्रों और परिशिष्ट के साथ आईएसओ/आईईसी 7816-1,2,3 और स्कोस्टा 1.2 बी/स्कोस्टा - सी एल 1.2 का अनुपालन (ref.http://scosta.gov.in)।
- निक से वैध स्कोस्टा अथवा स्कोस्टा - सीएल अनुपालन प्रमाण पत्र अवश्य होना चाहिए।
- सप्लाइ वोल्टेज 3 वी अथवा 5 वी - नाममात्र।
- प्रोटोकाल टी = 0 अथवा टी = 1 ।
- डाटा रखने की क्षमता कम से कम 10 वर्ष।

- राइट साइकल्स न्यूनतम 300,000 संख्याएं।
- चिप तापमान का स्तर -25 से +70 डिग्री सेल्सियस।
- आपरेटिंग तापमान का स्तर -25 से +55 डिग्री सेल्सियस।
- पीईजीटी (मध्यवर्ती लेयर) और पीवीसी (बाह्य लेयर) का सम्मिश्रित लेयर विनिर्माण। पीईटीजी और पीवीसी प्रत्येक का अनुपात 50% होना चाहिए।
- धरातल :- प्रि-प्रिंटेड कान्टेंट के साथ ग्लोसी जैसा कि विभाग द्वारा प्रदान किया गया हो।
- क. स्मार्ट कार्ड केन्द्र सरकार की संपत्ति होगी और बीमाकर्ता-न्यूट्रल होगी। इस पर बीमाकर्ता के कोई स्वामित्व अधिकार नहीं होंगे और इसलिए वह उस पर इसके नाम, लोगो आदि को रखने का पात्र नहीं होगा।
- ख. स्मार्ट कार्ड चिप मेमोरी फाइल सिस्टम और ले आऊट स्वास्थ्य मंत्रालय/निक द्वारा प्रदान किया जाएगा।
- ग. स्मार्ट कार्ड विजुअल ज़ोन लेआऊट शार्टलिस्टिड बोलीदाता द्वारा डिजाइन किया जाएगा और उसे स्वास्थ्य मंत्रालय द्वारा अनुमोदित किया जाएगा।
- घ. बीमाकर्ता स्मार्ट कार्ड से संबंधित निम्नलिखित सॉफ्टवेयर और सेवाएं प्रदान करेगा :-
 - i. ऊपर दिए गए विनिर्देशों के अनुसार स्मार्ट कार्ड की आउटसोर्सिंग
 - ii. स्वास्थ्य मंत्रालय द्वारा प्रदत्त लेआउट के अनुसार स्मार्ट कार्ड का निजीकरण
 - iii. स्वास्थ्य मंत्रालय/निक द्वारा अनुवीक्षण की गई संरचना अनुसार स्मार्ट कार्ड की मैनेजमेंट सिस्टम
 - iv. स्वास्थ्य मंत्रालय/निक द्वारा अनुवीक्षण की गई संरचना के अनुसार सभी स्मार्ट कार्ड आधारित लेन-देन अनुप्रयोगों को विकसित करना।
- ङ. कार्ड को बीमाकर्ता के पैनल में शामिल सभी पैनल अस्पतालों/उपचर्या गृहों/दिवस परिचर्या क्लिनिकों द्वारा पूरे देश में व्यापक रूप से स्वीकार किया जाएगा।
- च. कार्डों की त्रुटिपूर्ण और कार्यकरण संबंधी समस्याओं को दूर करने के लिए बीमाकर्ताओं के लिए यह अपेक्षित होगा कि वे सभी प्रमुख शहरों जो स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा निर्धारित किए जा सकते हैं, में कियोस्क खोलें।
- छ. स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा दी गई सलाह के अनुसार कार्यसम्पादन प्रणालियां तैयार करना, डाटा ट्रांसफर के लिए तंत्र और जिला कियोस्क की स्थापना तथा वेबसाइट पर एमआईएस अपलोड करने का उत्तरदायित्व बीमाकर्ता का होगा।

17. अपवर्जन

बीमाकर्ता निम्नलिखित के संबंध में अथवा बारे में किए गए किसी भी तरह के व्यय के संबंध में इस योजना के अधीन भुगतान करने के लिए उत्तरदायी होगा।

क. अस्पतालों में भर्ती होने के लाभ:

1) स्थितियां जिनमें अस्पताल में भर्ती होना अपेक्षित नहीं है :

क) ऐसी स्थिति जिसमें अस्पताल में भर्ती होना अपेक्षित नहीं है, बहिरंग रोगी नैदानिक चिकित्सीय और शल्य चिकित्सीय क्रियाविधियां अथवा उपचार जब तक कि दिवस परिचर्या

क्रियाविधियों अथवा अंतरंग विभाग में भर्ती होने के अधीन कवर रोग के उपचार के लिए जरूरी नहीं हैं।

ख) अस्पताल अथवा उपचार्य गृह में भर्ती रहने की अवधि के दौरान मुख्य रूप से केवल मूल्यांकन/नैदानिक प्रयोजनों के लिए किया गया व्यय। विटामिनों अथवा टॉनिकों आदि पर किया गया व्यय जब तक कि यह उपचार कर रहे चिकित्सक द्वारा यथा प्रमाणित चोट अथवा रोग के उपचार का भाग नहीं बन जाता। टेलिफोन, टॉनिकों, प्रसाधन/टायलेट सामग्री आदि पर किया गया व्यय।

2. कोई भी दन्त उपचार अथवा शल्य चिकित्सा जो शोधक, कास्मेटिक अथवा ऐस्थेटिक क्रियाविधि हो जिसमें टूट-फूट आदि शामिल है जब तक कि यह उस रोग अथवा चोट से न हुई हो जिसके लिए अस्पताल में उपचार के लिए भर्ती होना अपेक्षित है जिसमें निम्नलिखित दन्त उपचार शामिल है जिससे यह पता चलता है कि दांत ही गड़बड़ का वास्तविक कारण है।

क) जबड़े की हड्डी के रोग का उपचार

ख) पूरे दान्तों को निकलना

ग) ओडोंटोमस और प्रभावित अकिलदाढ़ को निकालने के लिए जरूरी शल्य चिकित्सीय आपरेशन

घ) मुख शल्य चिकित्सीय के अधीन गम बायलस

ड.) पायरिया और मसूढ़ा शोथ के उपचार की प्रतिपूर्ति भी की जा सकती है क्योंकि यह "मसूढ़ा उपचार" के अन्तर्गत शामिल है।

च) उखाड़ना

छ) स्केलिंग और मसूढ़ा उपचार

ज) दांत भरना

झ) रूट केनाल उपचार

3) जन्मजात बाह्य रोग आदि : जन्मजात बाह्य रोग अथवा दोष अथवा असंगतियां, स्वास्थ्य लाभ, सामान्य दुर्बलता, रन डाउन कंडीशन अथवा शेष उपचार।

4) सेक्स परिवर्तन अथवा उपचार जो सेक्स परिवर्तन से हुआ हो अथवा किसी भी प्रकार से उससे संबध हो।

5) टीकाकरण/प्रसाधन सामग्री अथवा ऐस्थेटिक उपचार का : टीकाकरण, इनआकुलेशन अथवा जीवन परिवर्तन अथवा कास्मेटिक अथवा किसी भी प्रकार का ऐस्थेटिक उपचार और किसी भी दुर्घटना अथवा किसी रोग के कारण आवश्यक सर्जरी को छोड़कर प्लास्टिक सर्जरी/ऐनक/कान्टैक्ट लेंस की लागत।

6) आत्महत्या आदि: इरादतन अपने आप को चोट पहुंचाना/आत्म हत्या करना/स्वयं मैनमेड चोट पहुंचाना

7) प्राकृतिक चिकित्सा, होम्योपैथी, यूनानी, सिद्ध, आयुर्वेद :

क) होम्योपैथी, यूनानी, सिद्ध, आयुर्वेद उपचार जब तक कि यह एक नेटवर्क अस्पताल में अंतरंग रोगी के रूप में न लिया गया हो।

ख) प्राकृतिक चिकित्सा, अप्रमाणित क्रियाविधि अथवा उपचार, प्रयोगात्मक अथवा वैकल्पिक चिकित्सा जिसमें आक्युप्रेसर, आक्युपंचर, मैग्नेटिक और ऐसी अन्य चिकित्साएं आदि शामिल हैं। स्वास्थ्य लाभ गृह, स्वास्थ्य लाभ अस्पताल, स्वास्थ्य हाइड्रो, प्राकृतिक परिचर्या क्लिनिक अथवा सदृश प्रतिष्ठानों में प्राप्त कोई भी उपचार।

- 8) सीजीएचएस योजना के अंतर्गत शामिल निदान और/अथवा उपचार को छोड़कर अन्य के लिए प्रयुक्त किसी भी प्रकार का **बाह्य और/अथवा चिरस्थायी चिकित्सीय/गैर चिकित्सीय उपकरण**।

ख. मातृ लाभ वहिष्करण खंड:

- क.** वे बीमाकृत व्यक्ति जिनके पहले ही दो अथवा अधिक जीवित बच्चे हैं; इस लाभ के पात्र नहीं होंगे। पालिसी के अधीन अथवा उसके नवीनीकरण के अधीन शामिल किसी बीमाकृत व्यक्ति के संबंध में केवल पहले दो जीवित बच्चों के बारे में दावों पर विचार किया जाएगा। ऐसी स्थितियों में जब कोई बच्चा पालिसी की अवधि के दौरान पैदा हुआ हो, उसे केवल नवीनीकरण के समय एक अतिरिक्त सदस्य के रूप में शामिल किया जाएगा।
- ख.** गर्भधारण की तारीख से पहले बारह सप्ताह के दौरान स्वैच्छिक गर्भ के चिकित्सीय समापन के संबंध में किया गया व्यय कवर नहीं है जब तक कि यह किसी दुर्घटना से अथवा मां के जीवन को बचाने के लिए अन्य चिकित्सीय आपात स्थिति से न हुआ हो।
- ग.** प्रसव पूर्व और प्रसवोत्तर व्यय शामिल नहीं है जब तक कि अस्पताल/उपचर्या गृह में भर्ती न किया गया हो और वहां उपचार न लिया गया हो।

18. बीमाकर्ता की संरचना

बीमाकर्ता राष्ट्रीय स्तर पर केन्द्र सरकार/नोडल अभिकरण के साथ समन्वय स्थापित करने के लिए सुविधाजनक स्थान पर एक विशेष परियोजना कार्यालय स्थापित करेगा। परियोजना कार्यालय केन्द्र सरकार/नोडल अभिकरण के साथ रोज समन्वय स्थापित करेगा और सीजीईपीएचआई योजना का कारगर कार्यान्वयन सुनिश्चित करेगा। तदनुसार, बीमाकर्ता की जोनल/राज्य और जिला स्तर पर समर्पित यूनिट भी होगी।

परियोजना प्रबंधक की नियुक्ति सात दिन के भीतर की जाएगी और बीमाकर्ता द्वारा विभिन्न कार्यों के निष्पादन के लिए उपयुक्त अर्हता और अनुभव वाले पर्याप्त लोगों वाली संविदा को हस्ताक्षरित करने के 30 दिन के भीतर नई दिल्ली में परियोजना कार्यालय की स्थापना की जाएगी।

19. समर्पित वेबसाइट के जरिए प्रबंध सूचना प्रणाली (एमआईएस) सेवा

नामांकन दाखिले, पूर्व-प्राधिकार, दावे के निपटान, बीमाकर्ता के संबंध में प्रबंध सूचना प्रणाली रिपोर्टें अथवा सरकार/नोडल अभिकरण द्वारा यथापेक्षित सेवाओं के संबंध में ऐसी अन्य सूचना प्रदान करेगा। रिपोर्टें बीमाकर्ता द्वारा पक्षकारों के बीच हुई सहमति के अनुसार सरकार/नोडल अभिकरण को नियमित आधार पर प्रस्तुत की जाएंगी।

क) बीमाकर्ता द्वारा डाटा बांटने के प्रयोजन हेतु एक **समर्पित वेबसाइट** तैयार की जाएगी जिसमें स्कीम के कार्यान्वयन और सेवा प्रदान करने से संबंधित वास्तविक समय डाटा होगा। डाटा तक पहुँच के प्राधिकारी वाले व्यक्ति प्रयोक्ता के नाम और बीमाकर्ता द्वारा दिए गए पासवर्ड के साथ वेबसाइट तक पहुँच सकेंगे।

ख) सूचना बीमाकर्ता की वेबसाइट पर वास्तविक समय के आधार पर उपलब्ध होगी और इसे स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के प्रयोग विश्लेषण तथा उसके अपने वेब पोर्टल पर अपलोड करने हेतु केन्द्रीय सर्वर पर अपलोड भी किया जाएगा। इस प्रयोजन के लिए स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अधीन एक केन्द्रीय सरकारी सर्वर की व्यवस्था की जाएगी जहां जिला/राज्यवार नामांकन की स्थिति, दावों, दिए गए उपचार के संबंध में वास्तविक समय डाटा, अस्पताल डाटा आदि

को बीमा कंपनी द्वारा आवधिक आधार पर भी अपलोड किया जा सकता है। दावों, उपचार के डाटा आदि बीमाकर्ता के राज्य सर्वर पर अपने आप अपलोड हो जाएंगे जब कभी अस्पताल स्तर पर ब्यौरों को पंच किया जाएगा।

ग) बीमाकर्ता भी स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा अपेक्षित ऐसे डाटा को अपलोड करेगा।

20. कॉल सेंटर सेवाएं

बीमाकर्ता सीजीईएचआईएस लाभार्थियों के मार्गदर्शन और लाभ के लिए समर्पित दूरभाष सेवाएं प्रदान करेगा जहां बीमाकृत व्यक्ति विशेष रूप से इस योजना के लिए एक राष्ट्रीय निःशुल्क नम्बर डायल करके विभिन्न मुद्दों के बारे में मार्गदर्शन प्राप्त करेंगे। बीमाकर्ता द्वारा नीचे दिए गए ब्यौरे के अनुसार प्रदान की गई यह सेवा सामूहिक रूप से "कॉल सेंटर सेवा" के रूप में संदर्भित है।

I. कॉल सेंटर सूचना

बीमाकर्ता सभी बीमाकृत व्यक्तियों के लाभ के लिए एक कॉल सेंटर का संचालन करेगा। यह कॉल सेंटर दिन रात सातों दिन और साल के दौरान कार्य करेगा। कॉल सेंटर सेवा के भाग के रूप में बीमाकर्ता निम्नलिखित सेवा प्रदान करेगा :

- क) पालिसी के अन्तर्गत कवरेज और लाभों के संबंध में की गई पूछताछ के उत्तर।
- ख) बीमाकर्ता के कार्यालय, क्रियाविधियों और सीजीईपीएचआईएल के संबंध में सूचना।
- ग) सीजीईपीएचआईएस संबंधी सामान्य मार्ग दर्शन।
- घ) बीमाकर्ता के चिकित्सीय दल द्वारा अपेक्षित चिकित्सीय ब्यौरों की उपलब्धता के अध्यधीन रोकड़-रहित उपचार संबंधी सूचना।
- ङ.) नेटवर्क प्रदानकर्ता और संपर्क करने वाले नम्बरों के संबंध में सूचना।
- च) दावे की स्थिति संबंधी सूचना।
- छ) अस्पताल को पूरे दावे के लिए दस्तावेजों में पाई गई कमियों के संबंध में सलाह देना।
- ज) लाभार्थियों के लिए कोई अन्य संगत सूचना/संबंधित सूचना।
- झ) कॉल सेंटर में उपलब्ध कोई भी अपेक्षित सूचना सरकार/नोडल अभिकरण को देना।
- ञ) सिस्टम पर कॉल प्राप्त करने और उत्तर देने संबंधी डाटा का अनुरक्षण।
- ट) सरकार/नोडल अभिकरण को कोई अन्य संबंध सेवा प्रदान करना।

I. भाषा

बीमाकर्ता बीमाकृत व्यक्तियों को अंग्रेजी अथवा स्थानीय भाषाओं में सेवाएं प्रदान करने हेतु वचनबद्ध है।

III. निःशुल्क नम्बर/फैक्स नम्बर

क) बीमाकर्ता न्यूनतम 10 लाइनों की सुविधा वाले एक समर्पित राष्ट्रीय निःशुल्क नम्बर का संचालन करेगा। इस नम्बर के संचालन के व्यय को केवल बीमाकर्ता वहन करेगा। निःशुल्क नम्बर केवल

ग्राहकों की आने वाली कालों तक ही सीमित होंगे। उन नम्बरों से बाहर काल करने की सुविधा पर रोक होगी ताकि उनके दुरुपयोग को रोका जा सके।

ख) बीमाकर्ता एक समर्पित राष्ट्रीय निःशुल्क फैक्स का संचालन करेगा। इस नम्बर के संचालन का व्यय केवल बीमाकर्ता द्वारा वहन किया जाएगा।

IV. लाभार्थियों को सूचित करने हेतु बीमाकर्ता

बीमाकर्ता अपने शहर की यूनिटों/जोनल यूनिटों और परियोजना कार्यालय के पते और अन्य टेलीफोन नम्बर के साथ लाभार्थियों को राष्ट्रीय निःशुल्क नम्बर/फैक्स नम्बर बताएगा।

21. विवाद का समाधान और शिकायत निवारण

यदि पालिसी की अवधि के अस्तित्व के दौरान पत्रकारों के बीच स्कीम की वैधता, निवर्चन, कार्यान्वयन अथवा उपबंध के तथाकथित उल्लंघन के संबंध में कोई विवाद पैदा होता है तो इसका निपटारा निम्नलिखित रूप में किया जाएगा:

क) लाभार्थी और स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानकर्ता और बीमा कंपनी के बीच विवाद

प्रत्येक जिले/राज्य में बीमाकर्ता द्वारा लाभार्थियों/स्वास्थ्य प्रदानकर्ता की शिकायत के सभी संभव निवारण के लिए एक शिकायत निवारण केंद्र की स्थापना की जाएगी।

ख) बीमा कंपनी और केंद्र सरकार के बीच विवाद

केंद्र सरकार/नोडल अभिकरण तथा बीमा कंपनी के बीच पैदा हुए विवाद को समाधान के लिए बीमाकर्ता के संबंधित चेयरमैन/सीईओ/सीएमडी को रेफर किया जाएगा। यदि चेयरमैन/सीईओ/सीएमडी उन्हें रेफर किए जाने के (60) दिन के भीतर विवाद का समाधान करने में असमर्थ रहते हैं तो कोई भी पक्षकार विवाद को समाधान हेतु एकमात्र मध्यस्थ को रेफर कर सकता है जो दोनों पक्षकारों द्वारा संयुक्त रूप से नियुक्त किया गया हो अथवा उस स्थिति में रेफर कर सकता है जब किसी पक्षकार ने एक मध्यस्थ निर्णय का तीन मध्यस्थों द्वारा लिखित रूप में दावा किया हो जिसमें से प्रत्येक पक्षकार द्वारा एक की नियुक्ति की जानी है तथा तीसरे मध्यस्थ को नियुक्त करने का अधिकार दो मध्यस्थों को दिया गया हो, जब पक्षकार उस तारीख से (30) दिन के भीतर मात्र मध्यस्थ के रूप में कार्य करने के लिए किसी व्यक्ति पर सहमत होने में असमर्थ रहते हैं।

- मध्यस्थ निर्णय को अधिशासित करने वाला कानून समय-समय पर संशोधित अथवा पुनः पारित पंचाट और समाधान अधिनियम, 1996 होगा।
- मध्यस्थ निर्णय की कार्यवाहियां अंग्रेजी भाषा में संचालित की जाएंगी।
- मध्यस्थ निर्णय की कार्यवाही नई दिल्ली, भारत में आयोजित की जाएगी।

22. करार

क) सेवा स्तर के करार/समझौता ज्ञापनों पर बीमा कंपनियों के साथ हस्ताक्षर किए जाएंगे और अनुपालन सुनिश्चित करने हेतु उपयुक्त तंत्रों की स्थापना की जाएगी जिसमें शास्ति संबंधी खंड शामिल हैं।

ख) बीमाकर्ता शास्ति खण्डों सहित अनुपालन सुनिश्चित करने हेतु स्थापित अन्य मध्यस्थों के साथ भी सेवा स्तर के करार/समझौता ज्ञापन करेगा।

23. बीमाकर्ता और केंद्र सरकार के बीच करार की अवधि और उसका समापन

करार दोनों पक्षकारों द्वारा किए गए हस्ताक्षर की तारीख को प्रभावी होगा और उसी अवधि से पूर्व बीमाकर्ता के निष्पादन की समीक्षा के आधार पर करार को समाप्त करने के केंद्र सरकार के अधिकार के अध्यक्षीन पालिसी की अवधि के अन्त तक और रनऑफ अवधि तक प्रवृत्त रहेगा। केंद्र सरकार निम्नलिखित कारकों के आधार पर लेकिन निम्नलिखित कारणों की सीमा में नहीं सहित बीमाकर्ता के निष्पादन की समीक्षा करेगी:

क) नामांकन और सम्पादन के संबंध में विनिर्दिष्ट दिशा-निर्देशों का अनुपालन।

ख) लाभार्थियों को सेवा प्रदान करने जैसे गुणवत्ता आश्वासन, शिकायतों का प्रहस्तन, लाभों की उपलब्धता और पणधारियों के बीच सम्मत हेस्सलप्री सम्पादन के लिए बीमाकर्ता द्वारा स्थापित सुविधाएं और की गई व्यवस्थाएं।

ग) अस्पतालों/उपचर्या गृहों/ दिवस परिचर्या क्लिनिकों को पैनल में शामिल करना।

घ) प्रदान की गई सेवा की गुणवत्ता।

ड.) प्राप्त हुई लाभार्थियों की संतुष्टि रिपोर्टें।

च) शिकायत निवारण।

छ) निविदा स्तर पर और योजना के कार्यान्वयन स्तर पर केंद्र सरकार द्वारा मांगी गई सूचना को किसी भी प्रकार से रोकना।

ज) ऐसे अन्य कारण जिन्हें केंद्र सरकार उपयुक्त समझती हो।

करार को समाप्त किया जा सकता है:

क) ऊपर बताई गई अवधि से पूर्व केंद्र सरकार द्वारा।

ख) दोनों पक्षकारों द्वारा परस्पर सहमति द्वारा परन्तु यह दूसरे पक्षकार को कम से कम 60 दिन की पूर्व लिखित सूचना दे।

ऊपर दिए गए अनुसार समाप्ति के मामले में

क) बीमाकर्ता दावों का निपटान करने, जिनके लिए समाप्ति की तारीख तक पूर्व प्राधिकार दिया जाता है, के बाद एक सप्ताह के भीतर शेष बची किस्त की अप्रयुक्त रकम और सेवा कर का भुगतान केंद्र सरकार को करेगा।

ख) यदि बीमाकर्ता ऊपर दिए गए खण्ड के अनुसार ऐसा करने में असफल रहता है तो बीमाकर्ता केंद्र सरकार का सभी मामलों, जिनके लिए पूर्व प्राधिकार दिय गया है, के लिए पूरे पैकेज की रकम का भुगतान करेगा।

ग) उपर्युक्त के अलावा बीमाकर्ता ऊपर खण्ड (क) और (ख) द्वारा यथानिर्धारित वापस की जाने वाली रकम पर किस्त के भुगतान की तारीख से रकम वापसी की प्राप्ति की तारीख तक की अवधि के लिए 12% प्रति वर्ष की दर से ब्याज का भुगतान करेगा।

घ) केंद्र सरकार के पास किसी अन्य बीमाकर्ता जिसे वह उपयुक्त समझे को समाप्ति की दशा में शेष अवधि के लिए पालिसी को पुनः आवंटित करने का अधिकार रहेगा और बीमाकर्ता का इस पर कोई भी दावा नहीं होगा।

24. निष्पादन मापदण्ड और शास्ति खण्ड

बीमाकर्ता के लिए यह अपेक्षित है कि वह बीमा संविदा से पैदा होने वाली अपनी बाध्यताओं के निष्पादन में बहुविध कार्यकलापों का निष्पादन करेगा। बीमाकर्ता द्वारा दी गई समय-सीमा के भीतर निष्पादित न किए गए किसी कार्यकलाप से नियोजित तारीख से सीजीईपीएचआईएस कार्यान्वयन में बाधा पैदा होगी। ऐसे कार्यकलापों को बीमा संविदा प्रदान की जाने की तारीख से विनिर्दिष्ट अवधि के भीतर पूरा करना अपेक्षित है जिसके न होने पर कुल किस्त पर विनिर्दिष्ट प्रतिशत के रूप में उनके द्वारा भारत सरकार को विलम्ब की अवधि के लिए अर्थदण्ड का भुगतान किया जाएगा।

25. नोडल मंत्रालय

क) स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय सीजीईपीएचआईएस के कार्यान्वयन के लिए नोडल अभिकरण होगा।

ख) नियमित आधार पर सेवा के कार्यान्वयन की मानीटरिंग करने के लिए एक समन्वय समिति जिसमें स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, वित्त मंत्रालय और प्रशासनिक सुधार एवं लोक शिकायत विभागों के प्रतिनिधि होंगे।

ग) स्वास्थ्य मंत्रालय में नोडल सेल नामांकन, अस्पतालों को पैनल में शामिल करना, प्राधिकार स्टेट्स, दावों की स्थिति, उपयोग सांख्यिकी, नेटवर्क अस्पतालों की स्थिति और बीमाकर्ता द्वारा अनुरक्षित एक वेबसाइट के जरिए अन्य एमआईएस जैसी डाटा संबद्ध योजना की मानीटरिंग करेगा।

26. चिकित्सा लेखा परीक्षा

बीमा कंपनी अस्पताल प्राधिकारियों के साथ समन्वय स्थापित करके रोगियों से प्राप्त फीडबैक प्राप्त करके, लाभार्थियों, अस्पतालों आदि से प्राप्त शिकायतों पर ध्यान देकर अस्पताल नेटवर्क में रोगियों के लिए समुचित परिचर्या और परामर्श सुनिश्चित करने हेतु अस्पतालों का निरीक्षण करती है जांच करती है, मौके पर अंतरंग रोगियों के दाखिलों का सत्यापन करती है और आवधिक चिकित्सा लेखा परीक्षा करती है। बीमाकर्ता द्वारा सभी ऐसे कार्यकलापों के उपयुक्त रिकार्ड इलेक्ट्रॉनिक रूप से रखे जाते हैं।