राजस्थान सरकार स्वास्थ्य योजना

(Rajasthan Government Health Scheme)

राजकीय एवं अनुमोदित निजी चिकित्सालयों में

Transcation Management System

हेतु दिशा–निर्देश एवं सॉफ्टवेयर यूजर गाईड

राजस्थान सरकार स्वास्थ्य योजना

(Rajasthan Government Health Scheme)

योजना से सम्बन्धित दिशा निर्देश		
1.	प्रस्तावना	3
2.	योजना के मुख्य उद्देश्य एवं लाभ	3
3.	योजना के पात्र लाभार्थी	4
4.	आरजीएचएस के अन्तर्गत दी जाने वाली सुविधाएँ	4-6
5.	आरजीएचएस कार्ड राशि में वृद्धि	7
6.	आरजीएचएस हेतु आवश्यक दस्तावेज	7
7.	योजना के अन्तर्गत सेवा प्रदाता	7
8.	योजना का क्रियान्वयन	8
9.	स्वास्थ्य मार्गदर्शक	9
10.	चिकित्सालयों हेतु विशेष दिशा–निर्देश	10-13
सॉफ्टवेयर यूजर गाईड		
1.	Software Application User Guide	15-16
2.	Beneficiary Indentification System	17-21
3.	Pre-Authorization/ Authorization Request Form	21-25
4.	Patient Admission Form	26-27
5.	Add or Change Packages	28
6.	Patient Discharge & Claim Submission Form	28-31
7.	FeedBack Form	32
8.	Transaction ID Tracker	33
9.	Emergency Case Conversion	33-34
10	Query Panel	34

राजस्थान सरकार स्वास्थ्य योजना

दिशा–निर्देश

1. प्रस्तावनाः

Central Government Health Scheme (CGHS) की तर्ज पर Rajasthan Government Health Scheme (RGHS) प्रारंभ की गयी है। RGHS पूर्ण रूप से IT enabled Online एवं Automated System है जिसके द्वारा सभी चिकित्सा सेवाएं RGHS web portal (www.rghs.rajasthan.gov.in) के माध्यम से उपलब्ध कराई जाएगी।

RGHS के क्रियान्वयन हेतु **राज्य बीमा एवं प्रावधायी निधि विभाग**, राजस्थान सरकार को **नोडल विभाग एवं वित्त विभाग (बीमा) को प्रशासनिक विभाग** नियुक्त किया गया है।

2. योजना के मुख्य उद्देश्य एवं लाभः

''**स्वस्थ राजस्थान : खुशहाल राजस्थान**'' के ध्येय के साथ RGHS राज्य सरकार की एक अभिनव पहल है, जिसके तहत् सभी राजकीय एवं अनुमोदित निजी HCNP (अस्पताल, डायग्नोस्टिक सेन्टर/ईमेजिंग सेन्टर) में **प्रदेश के लाभार्थी परिवारों को गुणवत्तापूर्ण कैशलेस इनडोर एवं डे केयर चिकित्सा सुविधाएं दिनांक 01 जुलाई 2021 से प्रथम चरण में प्रारम्भ कर दी गयी है। द्वितीय चरण में 2 अक्टूम्बर 2021 से आउटडोर चिकित्सा सुविधाएं भी कैशलेस आधार पर प्राप्त होगी।**

3. योजना के पात्र लाभार्थीः

योजना के अर्न्तगत विभिन्न 14 प्रकार की श्रेणियों यथा माननीय मंत्रीगण, विधायकगण, भूतपूर्व विधायकगण, न्यायिक सेवा एवं अखिल भारतीय सेवा के कार्यरत एवं सेवानिवृत अधिकारीगण, राज्य के सरकारी, अर्द्धसरकारी निकाय बोर्ड, निगम आदि के अधिकारी–कर्मचारी, पेंशनर्स एवं सभी के आश्रित परिवारजन नियमानुसार योजना का लाभ प्राप्त करने हेतु पात्र होंगे।

4. आरजीएचएस के अन्तर्गत दी जाने वाली सुविधाएँः

प्रथम चरण में दी जाने वाली सुविधाएँ

- 01 जुलाई 2021 से प्रथम चरण का लागू करते हुए पात्र लाभार्थियों को इनडोर एवं डे केयर के कैशलेस लाभ प्रारम्भ।
- पात्र परिवारों को राजकीय चिकित्सालयों के साथ–साथ योजना में अनुमोदित निजी चिकित्सालयों के माध्यम से गुणवत्तापूर्ण एवं विशेषज्ञ कैशलेस चिकित्सा सुविधा की सीजीएचएस वर्णित 1853 पैकेज दरों पर उपलब्धता।
- परिवार कल्याण, मातृत्व और शिशु स्वास्थ्य सेवाएं।
- उपचार की आयुर्वेद, होम्योपैथी, यूनानी और सिद्धा (आयुष) प्रणाली के अन्तर्गत चिकित्सा परामर्श और दवाईयों का वितरण।
- लाभार्थी के योजना में प्रवेश से पूर्व की विद्यमान बीमारियां कवर है।
- जिन RGHS लाभार्थियों पर पूर्व में जो चिकित्सा नियम लागू है उनको पूर्व के नियमानुसार ही परिलाभ देय।
- लाभार्थियों को इलेक्ट्रॉनिक मेडिकल रिकॉर्ड (EMR) की सुविधा होगी जिसमें लाभार्थी के ईलाज का रिकॉर्ड उपलब्ध होगा जिससे मरीज के अस्पताल पहुंचने पर बेहतर चिकित्सा सुविधा प्रदान की जा सके।
- योजना में इनडोर ईलाज से 7 दिवस पूर्व एवं 30 दिवस पश्चात के ईलाज का व्यय सीजीएचएस दरों पर पुर्नभरण देय।

- उपचार शुल्क, कमरा शुल्क, जाँच शुल्क, प्रत्यारोपण (Implant) आदि का व्यय सीजीएचएस पैकेज दरों पर अथवा सक्षम स्तर से अनुमोदित दरों पर देय होगा।
- दिनांक 01.01.2004 एवं उसके पश्चात् नियुक्त लाभार्थी कार्मिकों को 5 लाख रूपये प्रति वर्ष प्रति परिवार की चिकित्सा सुविधा फ्लोटर बेसिस पर देय होगी एवं गंभीर बीमारियों में 5 लाख रूपये तक अतिरिक्त चिकित्सा परिलाभ देय होंगे।
- किसी प्रकार की शिकायत एवं समस्या हेतु helpdesk.rghs@rajasthan.gov.in पर ई मेल कर सकते है अथवा हेल्पलाइन नम्बर 181 पर सम्पर्क कर सकते हैं।

द्वितीय चरण में दी जाने वाली सुविधाएँ

- योजना के अन्तर्गत 02 अक्टूम्बर 2021 से द्वितीय चरण को प्रारम्भ किया जायेगा। द्वितीय चरण में सभी पात्र लाभार्थियों को कैशलेस आउटडोर चिकित्सा सुविधा उपलब्ध करायी जायेगी।
- पेंशनर्स के लिए टेली कन्सलटेन्सी (दूरभाष पर चिकित्सकीय परामर्श) सुविधा का विकास किया जायेगा।
- पेंशनर्स के लिये ई फार्मा (घर बैठे ही दवाईयों की उपलब्धता) सुविधा का विकास किया जायेगा। सहकारी के मेडिकल स्टोर्स पर रियल टाईम बेसिस पर लाभार्थियों को ऑनलाईन दवाईयों की उपलब्धता एक्सेस करने की सुविधा।
- ऑनलाइन मेडिकल सेवा जैसे सरकारी मेडिकल स्टोर्स पोर्टल के साथ एपीआई के द्वारा वेब एप्लीकेशन के माध्यम से दवाओं का विवरण जारी करना और इंडेंट करना।
- राज्य के बाहर स्थित राज्य सरकार द्वारा अनुमोदित अस्पतालों में भी आरजीएचएस लाभार्थियों को संबंधित स्थान की सीजीएचएस पैकेज दरों के आधार पर चिकित्सा सुविधा उपलब्ध होगी।
- आरजीएचएस पोर्टल पर **ऑनलाइन** त्रि–स्तरीय शिकायत निवारण प्रणाली का विकास होगा जिसमें जिला स्तर, राज्य स्तर एवं अपीलीय प्राधिकरण का गठन होगा। लाभार्थी–सेवा प्रदाता–आरजीएचएस के मध्य किसी भी प्रकार के विवाद की स्थिति में ऑनलाइन एवं ऑफलाइन दोनों माध्यमों से शिकायत की जा

सकेगी। परिवेदना के निष्कर्ष से परिवादी एवं संबंधित पक्षों को ऑनलाइन ''ग्रीवेंस स्टेटस ट्रैकर'' द्वारा अवगत कराया जायेगा।

योजना में मिलने वाले अन्य परिलाभ

- **ऑनलाईन आरजीएचएस ई–कार्ड की सुविधा** :– ऑनलाइन पंजीयन के पश्चात् RGHS लाभार्थी एवं सभी आश्रित परिजनों को सम्पूर्ण विवरण के साथ RGHS ई–कार्ड उपलब्ध कराना।
- आरजीएचएस ई–कार्ड के द्वारा पूरे परिवार हेतु एक आरजीएचएस कार्ड संख्या उपलब्ध होगी, जिसके द्वारा आरजीएचएस लाभार्थी राज्य के सरकारी एवं अनुमोदित निजी अस्पतालों में चिकित्सा सुविधा का लाभ ले सकता है।
- आपातकालीन स्थिति में गैर अनुमोदित निजी चिकित्सालयों में ईलाज पर भी सीजीएचएस पैकेज दरों पर पुनर्भरण की सुविधा।
- RGHS वेब पोर्टल पर अनुमोदित निजी अस्पतालों के नाम, ओपीडी समय सूची, केंद्रों के प्रभारी, अन्य अधिकारियों के संपर्क विवरण उपलब्ध।
- मूल वेतन के आधार पर डीलक्स/सेमीडिलक्स/जनरल वार्ड में ईलाज की सुविधा।
- अस्पताल की लोकेशन, विशेषज्ञता और सुविधाओं के आधार पर मैनेजमेंट इन्फर्मेशन सिस्टम (एमआईएस) का ऑनलाईन संचालन।
- आपातकालीन स्थिति में पूर्व अनुमोदन उपरान्त सीजीएचएस पैकेज दरों के आधार पर एम्बुलेंस की सुविधा।
- नवीन पेंशन प्रणाली के कर्मचारियों को RGHS में शामिल होने पर सेवानिवृति पश्चात् भी कैशलेस चिकित्सा सुविधा।

5. आरजीएचएस कार्ड राशि में वृद्धि :

01.01.2004 एवं उसके पश्चात के आरजीएचएस लाभार्थियों के लिये गंभीर बीमारियों में प्रति वर्ष प्रति परिवार 5 लाख रूपये का अतिरिक्त लाभ प्रदान किये जाने हेतु रूपये 100/– करोड़ के बफर फण्ड का प्रावधान है। इस प्रकार इन लाभार्थियों को अधिकतम 10 लाख रूपये प्रतिवर्ष प्रति परिवार देय होगा।

6. आरजीएचएस हेतु आवश्यक दस्तावेजः

आरजीएचएस में लाभार्थियों को लाभ प्राप्त करने हेतु आरजीएचएस पोर्टल पर पंजीयन करवाया जाना आवश्यक है। पंजीयन हेतु जन आधार पंजीकरण संख्या अथवा जन आधार संख्या की आवश्यकता होगी। जिसके बाद आरजीएचएस ई कार्ड डाउनलोड किया जा सकेगा।

7. योजना के अन्तर्गत सेवा प्रदाताः

- समस्त राजकीय चिकित्सालय यथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, राजकीय जिला चिकित्सालय।
- आरजीएचएस द्वारा अनुमोदित निजी चिकित्सालय एवं डाइग्नोस्टिक/ईमेजिंग सेन्टरर्स।

8. योजना का क्रियान्वयन आई टी प्लेटफॉर्म के माध्यम से:

राजस्थान सरकार स्वास्थ्य योजना का क्रियान्वयन पूर्णतः आई टी आधारित प्लेटफॉर्म के माध्यम से किया जायेगा। जिससे योजना के क्रियान्वयन में सुगमता, दक्षता तथा पारदर्शिता रहेगी तथा लाभार्थियों को स्वास्थ्य सेवायें त्वरित गति से उपलब्ध हो सकेंगी। RGHS के अन्तर्गत लाभार्थी, हेल्थ केयर नेटवर्क प्रोवाइडर (HCNP) एवं Claim Unit हेतु Online Module दिये गये है जो कि निम्नानुसार है–

(1). आरजीएचएस लाभार्थी – आरजीएचएस लाभार्थी जो लाभ प्राप्त करना चाहते हैं उन्हे सर्वप्रथम अपनी एसएसओ आईडी के द्वारा लॉग इन करना होगा एवं जन आधार पंजीयन संख्या/ जन आधार संख्या से आरजीएचएस में पंजीयन करना होगा। पंजीयन पश्चात् लाभार्थी अपने परिवार का आरजीएचएस ई कार्ड पोर्टल से डाउनलोड कर रख सकता हैं जिसमें परिवार की आरजीएचएस संख्या एवं अन्य जानकारी दी गयी हैं।

(2). हेल्थ केयर नेटवर्क प्रोवाइडर (**HCNP**) – Already Empanelled HCNP जिनमें 01 जुलाई 2021 से कैशलेस इनडोर एवं डे केयर उपचार प्रारम्भ हो चुका हैं, उनके लिए अपनी एसएसओ आईडी के द्वारा लॉग इन कर आरजीएचएस पोर्टल पर TMS Module प्रदर्शित होगा। जिसके द्वारा लाभार्थी की पहचान BIS Module के द्वारा की जायेगी RGHS द्वारा अधिकतम 24 घण्टे में Pre-Authorisation Approval प्रदान किया जायेगा। ऐसा ना करने की स्थिति में स्वतः Approval माना जायेगा तथा रोगी का ईलाज प्रारम्भ कर दिया जायेगा। राजकीय चिकित्सालयों में की प्रक्रिया नहीं होगी। डिस्चार्ज पश्चात् HCNP द्वारा दावा सबमिट किया जा सकेगा। आपातकालीन स्थिति में रोगी के उपचार को प्राथमिकता दी जायेगी तथा इस हेतु प्रमाणीकरण की प्रतीक्षा नही की जायेगी। यद्यपि आवश्यक प्रमाणीकरण हेतु रोगी के परिजनों को समय दिया जावेगा।

(3). थर्ड पार्टी एडमिनिस्ट्रेटर – HCNP के द्वारा Claim Submit होने पर RGHS के ऑनलाइन मॉड्यूल में Third Party Administrator (TPA) द्वारा समस्त

दस्तावेजों की जांच पूर्ण की जावेगी एवं Approved Case को RGHS की Claim Unit को Forward किया जायेगा।

(4). आरजीएचएस क्लेम ईकाई – TPA द्वारा Forward किये गये Case को RGHS की Claim Unit द्वारा पुनः जांचा जायेगा एवं Online प्रक्रिया द्वारा HCNP को भुगतान किया जायेगा।

9. स्वास्थ्य मार्गदर्शकः

- इस योजना के अन्तर्गत प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थान पर लाभार्थी की सहायता हेतु स्वास्थ्य मार्गदर्शक उपलब्ध रहेंगे।
- स्वास्थ्य मार्गदर्शक द्वारा रोगी की पहचान, उपलब्ध आरजीएचएस कार्ड में राशि की जानकारी, स्वास्थ्य संस्थान में रोगी को उपचार कराने में सहायता करने तथा रोगी के डिस्चार्ज व दावा प्रस्तुतीकरण आदि कार्य में सहयोग किया जावेगा।
- सरकारी तथा निजी चिकित्सालयों को औसत इनडोर रोगियों की संख्या के अनुसार स्वास्थ्य मार्गदर्शक नियुक्त होगें। स्वास्थ्य मार्गदर्शक की न्यूनतम शैक्षणिक योग्यता निम्नलिखित हैं:–

  A- वह स्नातक होना चाहिए।

  B- उसे कम्प्यूटर का कार्यात्मक ज्ञान होना चाहिए।

10. चिकित्सालयों हेतु विशेष दिशा–निर्देशः–

योजना के सफल, सुचारू एवं निर्बाध संचालन हेतु योजनान्तर्गत अनुमोदित समस्त चिकित्सालयों की निम्नानुसार भूमिका अपेक्षित है–

1. सभी आरजीएचएस लाभार्थियों को आईपीडी/डे केयर के अन्तर्गत कैशलेस उपचार की सुविधा प्रदान की जायेगी।

2. CGHS पैकेज में "CGHS Package Rate mean and includes lump sum cost of inpatient treatment /day care/ diagnostic procedures for which a CGHS beneficiary has been permitted by the competent authority or for treatment under emergency from the time of admission to the time of discharge including (but not limited to) - (i) Registration charges, (ii) Admission Charges, (iii) Accommodation charges including patients diet, (iv) Operation charges, (v) injection charges, (vi) Dressing charges (vii) Doctor /Consultant charges, (viii) ICU/ ICCU Charges, (ix) Monitoring charges, (x) Transfusion charges, (xi) Anesthesia charges, (xii) Operation theatre charges, (xiii) Procedural charges / surgeon's fee, (xiv) Cost of surgical disposables and all sundries used during hospitalization, (xv) Cost of medicines, (xvi) Related routine and essential investigations, (xvii), Physiotherapy charges etc., (xvii) Nursing care and charges for its services" शामिल हैं।

3. किसी विशेष इलाज से सम्बन्धित प्रक्रिया (Procedure) के लिये निर्धारित पैकेज में इनडोर उपचार की अधिकतम अवधि की सीमा निम्नानुसार होगी।

   1. विशेषीकृत (Super Specialty) ईलाज – 12 दिवस
   2. अन्य प्रमुख शल्य क्रिया (Major Surgery) – 7 दिवस
   3. लैप्रोस्कोपिक सर्जरी एवं सामान्य प्रसव – 3 दिवस
   4. माइनर सर्जरी/डे केयर/ओपीडी – 1 दिवस

   यदि रोगी को इस अवधि के पश्चात् भी इलाज हेतु भर्ती रहने की आवश्यकता है तो ऐसी स्थिति में कन्जर्वेटिव ईलाज /मेडिकल मैनेजमेंट की भांति कमरा किराया, दवाईयां, जांचे, चिकित्सकीय परामर्श आदि की राशि पैकेज के अतिरिक्त देय होगीं।

4. जिन बीमारियों में रोगी की एक साथ एक समय में एक से अधिक सर्जरी हुई है, में वह सर्जरी जिसकी राशि अधिक है का पूर्ण भुगतान लाभार्थी की श्रेणीनुसार देय होगा। अन्य सर्जरी का मात्र 50 प्रतिशत भुगतान ही देय होगा।

5. Implants/Stents/Grafts की राशि CGHS द्वारा निर्धारित दरों की सीमा में या वास्तविक कीमत जो भी कम हो पैकेज दरों के अतिरिक्त देय होगी। यदि किसी Implant की दरें तय नहीं है तो उनका

भुगतान CGHS के दिशा निर्देश के अनुसार देय होगा।

6. घुटना (Knee) एवं कूल्हा (Hip) के प्रत्यारोपण से सम्बन्धित Implants हेतु CGHS के कार्यालय ज्ञापन (Office Memorandum) दिनांक 26.09.2017 के अनुसार भुगतान देय होगा।

7. हदृय रोगों से संबंधित Implants के लिये CGHS के कार्यालय ज्ञापन (Office Memorandum) दिनांक 22.07.2014 के अनुसार भुगतान देय होगा।

8. Drug Eluting Stents के लिये CGHS के कार्यालय ज्ञापन (Office Memorandum) दिनांक 29.04.2014 के अनुसार 23625/— रूपये देय होगे। रोगी को अधिकतम तीन स्टंट लगाये जा सकते है जिनमें Drug Eluting Stents की संख्या दो से अधिक नहीं हो सकती है।

9. आंख में प्रत्यारोपित किये जाने वाले Intra Ocular lense (IOL) के लिये CGHS के कार्यालय ज्ञापन (Office Memorandum) दिनांक 26.06.2008 के अनुसार राशि देय होगी।

10. न्यूरो इम्पलांटस के लिये CGHS के कार्यालय ज्ञापन (Office Memorandum) दिनांक 09.07.2018 के अनुसार भुगतान किया जायेगा।

11. भर्ती के तुरन्त पूर्व आउटडोर में की गयी जाँच एवं चिकित्सक परामर्श को इनडोर ईलाज का भाग माना जाएगा। इसके लिये पृथक से भुगतान देय नहीं होगा ना ही चिकित्सालय ऐसे ईलाज हेतु लाभार्थी से किसी प्रकार की कोई राशि वसूलेगा।

12. मेडिकल मैनेजमेन्ट/कन्जर्वेटिव मैनेजमेन्ट, जिसमें पैकेज नही हैं के उपचार में कमरा किराया, जाँचें, दवाईंयो आदि का खर्च पृथक—पृथक देय होगा।

13. RGHS लाभार्थी को मूल वेतनानुसार चिकित्सालय निम्न प्रकार वार्ड (Accomodation) की सुविधा देय होगी।

<u>IPD Entitlement category for boarding/accommodation in the Hospital :-</u>

Category	Pay Scale	Entitlement in Govt. Hospital	Entitlement in Approved Private Hospital	Maximum ceiling of Boarding/Accommodation Charges as per CGHS Package Rates
A	Rs. 64000/- & above	Deluxe	Private Ward	Rs. 3000/- per day
B	Rs. 36000/- and about but less than Rs. 64000/-	Cottage	Semi Private Ward	Rs. 2000/- per day
C	Below Rs. 36000/-	General Ward	General Ward	Rs. 1000/- per day

Note: Day Care हेतु सभी श्रेणियों में एवं डे केयर के लिये देय राशि रूपये 500/– होगी।

14. मरीज को ICU में भर्ती की स्थिति में CGHS का ICU चार्ज एवं वार्ड की राशि मिलाकर भुगतान देय होगा।

15. Whole blood/Blood components के लिये दरें निम्नानुसार होगी–

Sr no	Blood Compnents	Rates
1.	Whole Blood	1450/- per unit
2.	Packed Red Cell	1450/- per unit
3.	Fresh Frozen Plasma	400/- per unit
4.	Platelet Concentrate (RDP)	400/- per unit
5.	Cryoprecipitate	200/- per unit
6.	Platelet Concentrate- Apheresis	Should not exceed 11000/- per unit

16. Oxygen Charges NABH अस्पताल में 58/– रूपये प्रति घंटा एवं NON NABH अस्पताल में 50/– रूपये प्रति घंटा की दर से देय होगें।

17. इनडोर उपचार के समय प्रतिदिन अधिकतम 2 चिकित्सकीय परामर्श अनुमत होगें। प्रति चिकित्सकीय परामर्श राशि रूपये 270/– देय होगें।

18. निम्न मदों हेतु कोई राशि देय नहीं होगीं–

    1. टेलीफोन चार्जेज 2. टोइलेटरीज (Toiletries) 3. सेनेटरी नेपकीन (Sanitary Napkins) 4. टैलकम पाउडर (Talcom Powder) 5. माउथ फ्रेशनर (Mouth Freshner)

19. यदि कोई अनुमोदित चिकित्सालय पैकेज के अन्तर्गत आने वाले ईलाज में दवाईयां, कन्ज्यूमेबल एवं अन्य वस्तुएं बाहर से खरीदवाता हैं तो यह राशि चिकित्सालय को दिये जाने वाले भुगतान में से काट ली जायेगी।

20. वे बीमारियां जिनमें पैकेज दर उपलब्ध हैं, में डिस्चार्ज पर दी जाने वाली दवाईयों एवं इम्पलान्ट्स की राशि का पैकेज के अतिरिक्त भुगतान देय होगा। सामान्यतः चिकित्सालय डिस्चार्ज पर अधिकतम 7 दिवस की दवाएं दे सकेगा। ये दवाएं रूपये 2000/– से अधिक राशि की नहीं हो सकेगी। मात्र गंभीर बीमारियों (Catastrophic Disease) में अधिकतम 30 दिवस तक की दवाएं चिकित्सालय द्वारा लाभार्थी को उपलब्ध करवायी जा सकेगी।

21. केवल वह जेनरिक फर्म की आवश्यक दवाईयां जो इलाज की निरन्तरता में हो, वे ही चिकित्सालय द्वारा जारी की जावेगीं।

22. किसी भी प्रकार के Nutritional Supplements, Tonic, Cough Syrup, Vitamins, Injections चिकित्सालय द्वारा नहीं दी जायेगी, इन सभी की अनुमति नहीं हैं।

23. किसी भी प्रकार के Non-Drug Items/equipments/appliances चिकित्सालय द्वारा दिये जाने की अनुमति नहीं हैं।

24. कैंसर रोग के ईलाज के लिये CGHS के कार्यालय आदेश (Office Order) दिनांक 07.09.2015 के अनुसार निम्नानुसार भुगतान देय होगा—

1. **कीमियोथैरेपी** — Chemotherpy (As per CGHS) + Accmodation (as per entitlement) + Consultation Fees + Investigation Charges (As per CGHS Rates) + Cost of medicines and consumables

2. **कैंसर सर्जरी** — Room rent as applicable + Anesthesia charges (as per category) + OT charges (as per category) + Surgery charges(as per category) + Investigations at CGHS rates + Cost of Medicines and Surgical Disposables.

25. कोरोना जैसी बीमारियों में राज्य सरकार द्वारा समय—समय पर जारी पैकेज के अनुसार ईलाज किया जायेगा। किसी भी स्थिति में सरकार द्वारा निर्धारित राशि से अधिक भुगतान देय नहीं होगा।

26. सम्बन्धित लाभार्थी श्रेणी को प्रदत्त ईलाज राशि की अधिकतम सीमा पश्चात की राशि के ईलाज का भुगतान देय नहीं होगा।

27. अनुमोदित चिकित्सालय को किसी भी स्थिति में निर्धारित दरों से अधिक राशि देय नहीं होगी।

28. यदि अनुमोदित चिकित्सालय में लाभार्थी के भर्ती के समय उसकी पात्रता की श्रेणी का वार्ड उपलब्ध नहीं हैं और उच्च श्रेणी का वार्ड उपलब्ध है तो चिकित्सालय द्वारा बिना अतिरिक्त राशि वसूले उच्च वार्ड की सुविधा प्रदान करनी होगी। सामान्य परिस्थिति में कोई लाभार्थी पात्रता से उच्च वार्ड में ईलाज करवाता है तो अन्तर राशि लाभार्थी से वसूलनीय होगी। RGHS मात्र लाभार्थी की पात्रतानुसार ही चिकित्सालय को भुगतान करेगा।

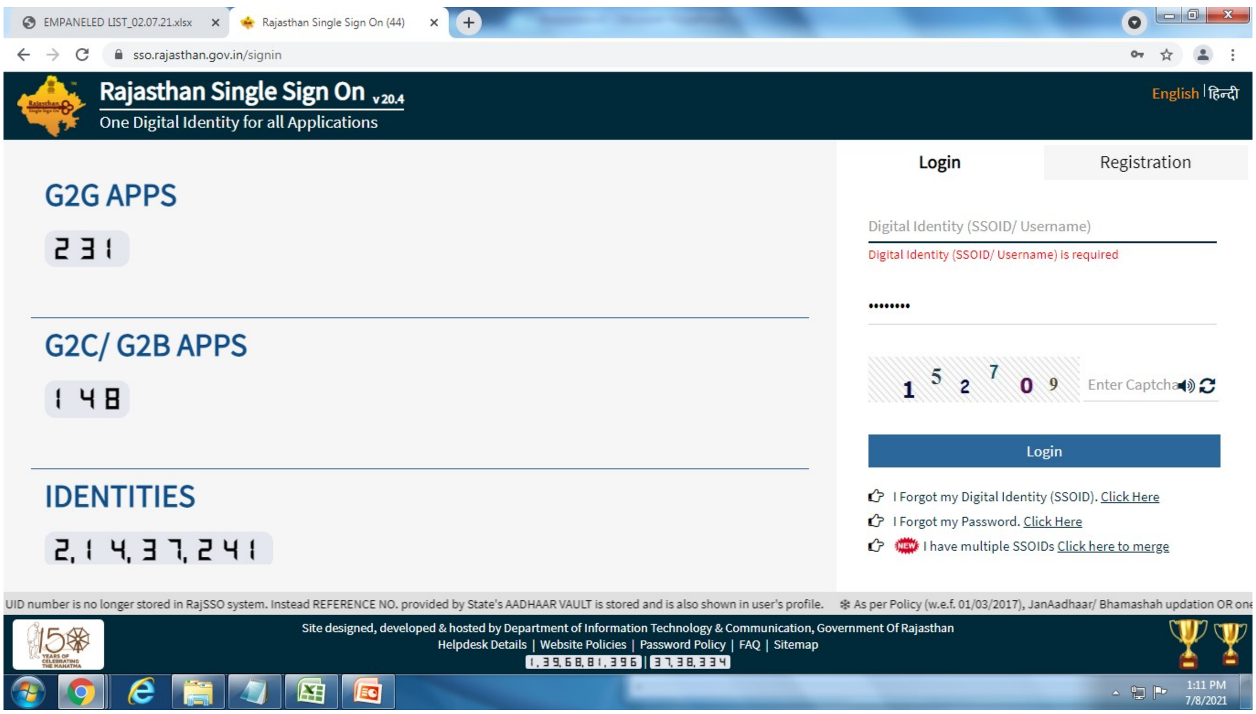
29. वे इम्पलांट्स जिनमें CGHS दर दी गयी है एवं जिनमें GST पृथक् से देय हैं (CGHS Rate+GST Extra) में RGHS द्वारा उसी दर पर GST का भुगतान किया जायेगा जिस पर चिकित्सालय द्वारा इम्पलांट्स खरीद के समय GST चुकाया हैं। इस प्रमाणन हेतु संबंधित चिकित्सालय द्वारा Implant की Invoice अपलोड करनी होगी, जिसमें GST की दर स्पष्ट रूप से अंकित हो।

30. CGHS द्वारा समय—समय पर जारी दिशा निर्देश, पैकेज दरों में संशोधन आदि RGHS में भी लागू होगें।

Transaction Management System
के अन्तर्गत निर्धारित समय सीमा

Target Turn-Around-Time	
Pre-authorizatin approval	24 hours
If Pre-authorization is not approved within 24 hours	Auto Approval(Online Mode)
Claim Submission by Hospital	3 days
Claim Adjudication and payment for portability cases	30 days
Request reconsideration after request for reconsideration	7 days
Claim reconsideration after request for reconsideration	7 days
Pre-authorizatin approval in Emergancy Cases	Auto Approval

- सबसे पहले स्वास्थ्य मार्गदर्शक को कम्प्यूटर पर सॉफ्टवेयर एप्लीकेशन के लिये लॉगिन करना होगा, इसके लिये किसी भी वेब ब्राउजर में वेब एड्रैस ''https://sso.rajasthan.gov.in'' टाईपकरें ।
- आपको निम्न स्क्रीन दिखाई देगी। इस स्क्रीन पर आपको निम्नांकित एंट्री करनी है।

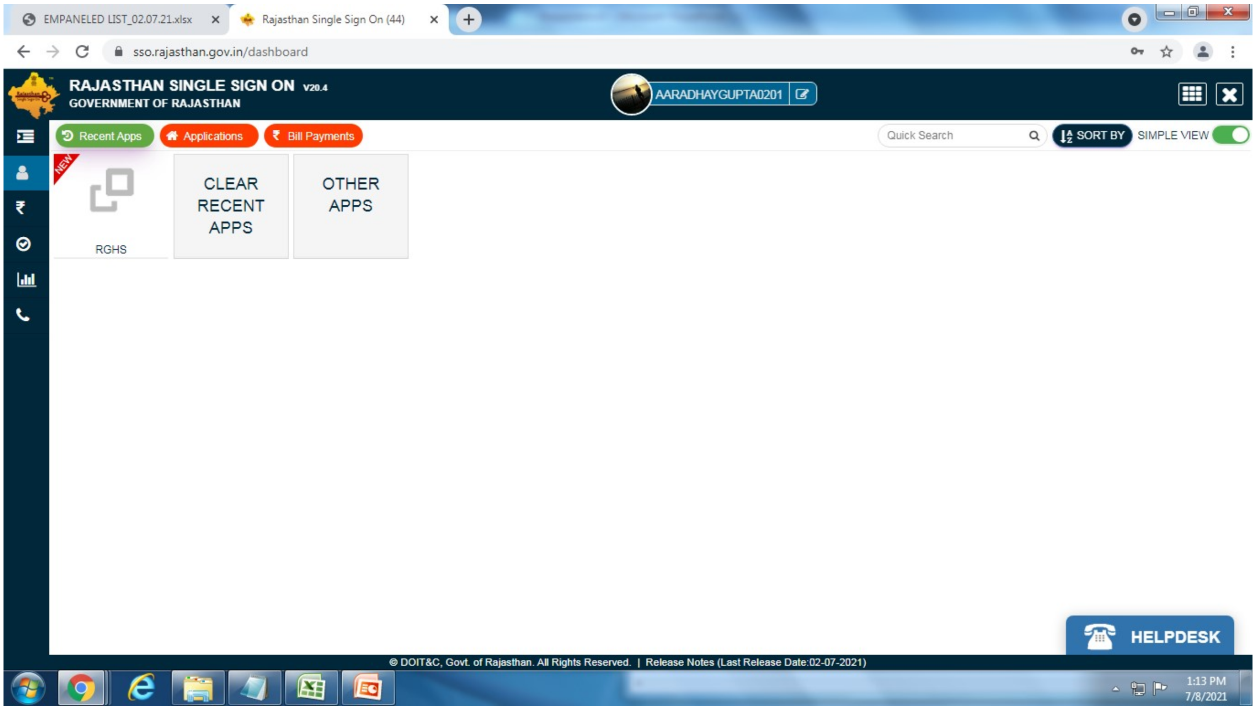


a) User Name : उपरोक्त वर्णित web address पर SSOID अंकित करें।

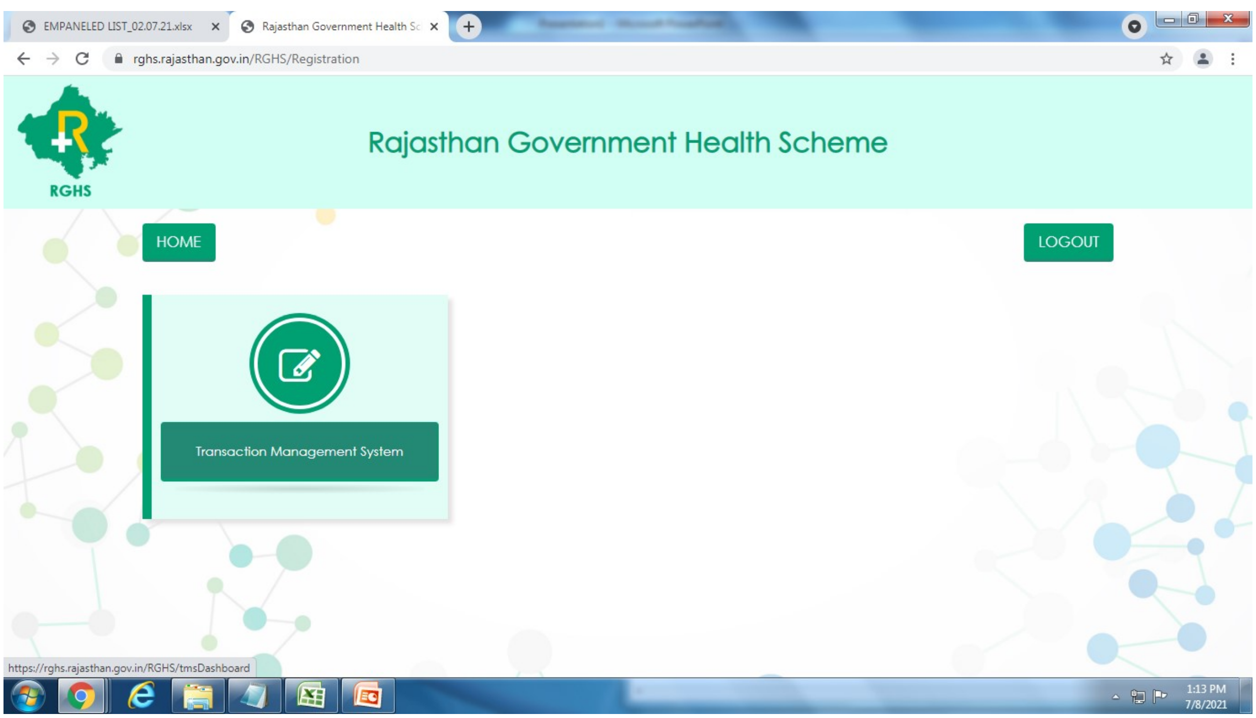
b) Password : अपना पासवर्ड टाईप करें।

c) Captcha : सामने स्क्रीन में दिखाई दे रहे captcha को भरें।

- सफलतापूर्वक लॉगिन करने पर आपको निम्न स्क्रीन दिखाई देगी।



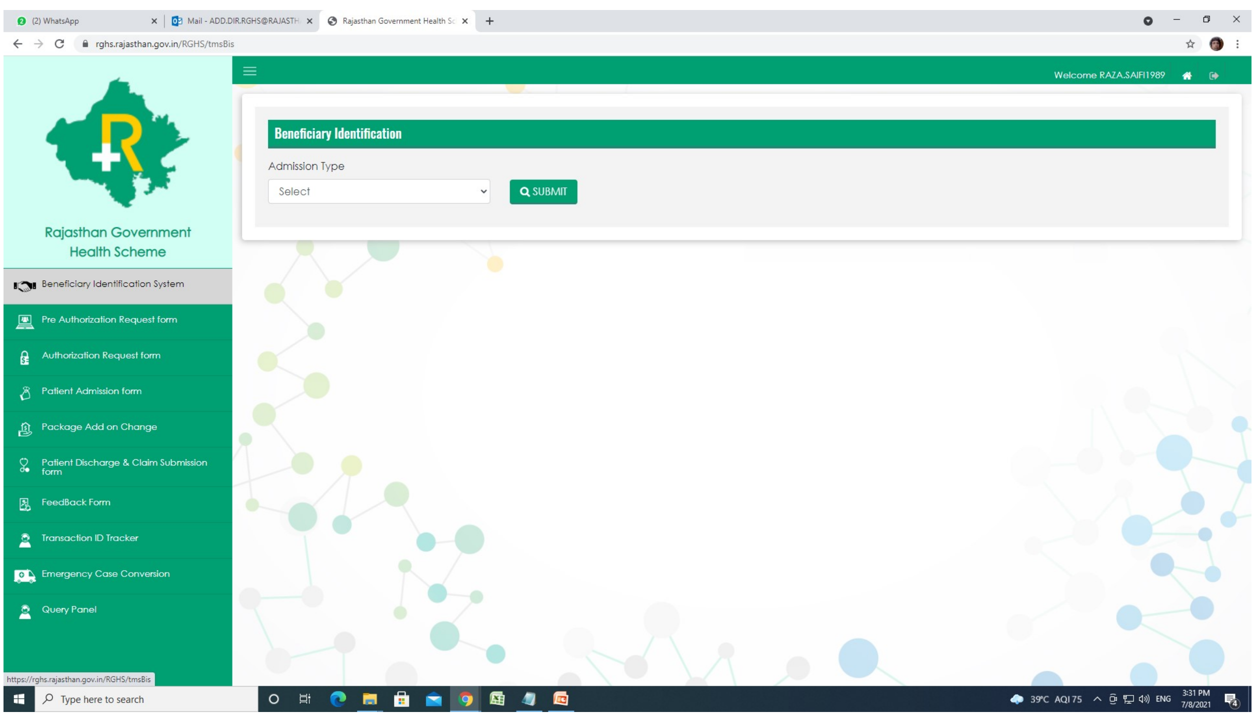
- स्क्रीन पर RGHS आइकन को क्लिक करने पर TMS के Home Page की स्क्रीन प्रदर्शित होगी।



- RGHS के TMS Home Page पर TMS आइकन को क्लिक करें। क्लिक करने के पश्चात अब आपको उपरोक्त स्क्रीन में बाई तरफ RGHS के लोगो के नीचे दिये गये Modules के अनुसार एक–एक करके एन्ट्री करनी है।

Beneficiary Identification System

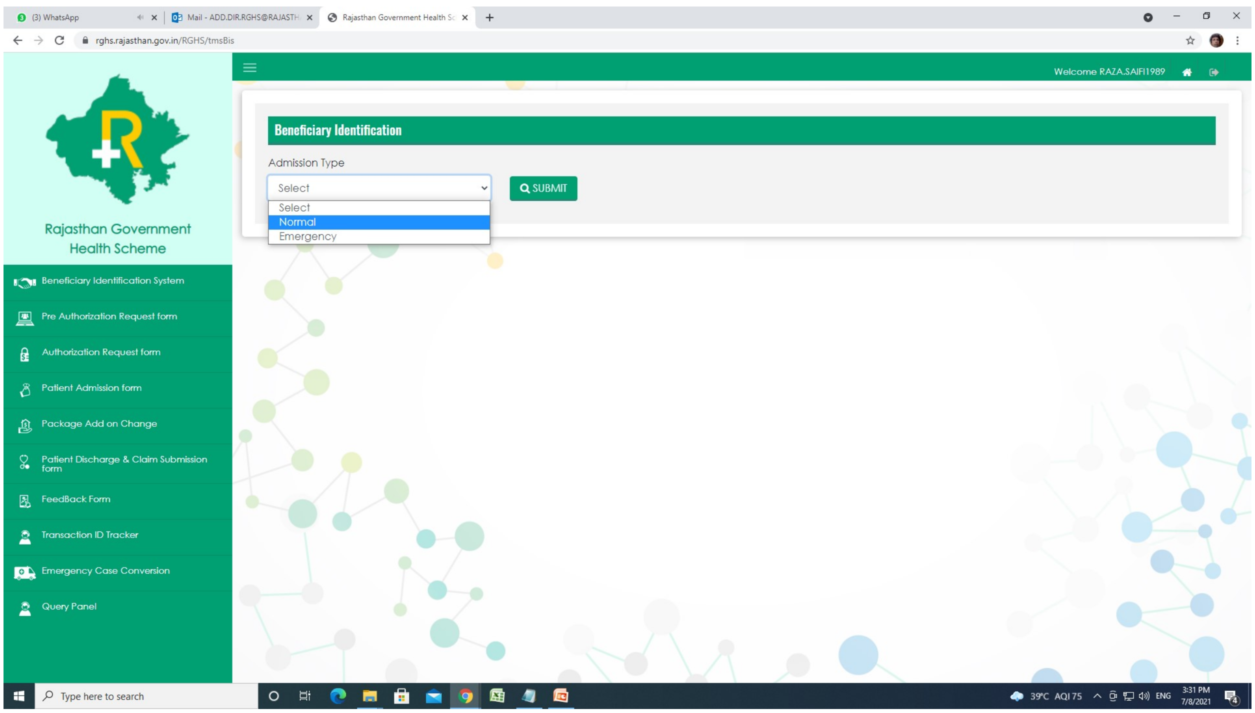
- सबसे पहले Beneficiary Identification System पर क्लिक करें। क्लिक करने पर आपको निम्न स्क्रीन दिखाई देगी।



- अब आपको सबसे पहले "Admission Type" के Dropdown menu में दो विकल्पो में से एक विकल्प निम्न प्रकार से चुनना है।

a) Normal : यदि रोगी की परिस्थिति सामान्य है तथा गंभीर स्थिति में नहीं है तो आपको Normal विकल्प ही चुनना है।

b) Emergency: यदि रोगी को अस्पताल में गंभीर स्थिति में लाया जाता है तथा उसे तुरंत इलाज की आवश्यकता है। ऐसी परिस्थिति मे Emergency विकल्प को चुनना होगा।



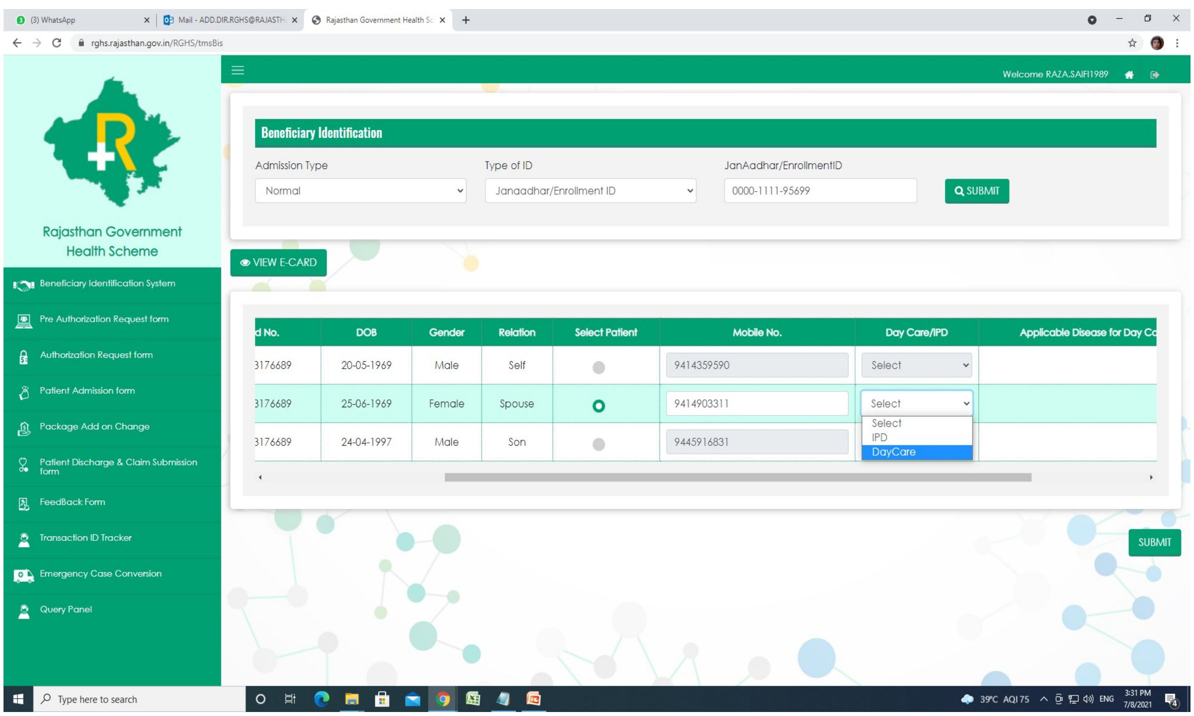
- अब आपको मरीज के परिवार के लाभार्थी होने की पहचान तथा मरीज की पहचान करनी है। इसके लिये निम्न प्रकार से दिशा निर्देशों का पालन किया जावे।

- **'Normal' Admission**: यदि रोगी की परिस्थिति सामान्य है तथा आपने Normal विकल्प चुना है, तो मरीज के परिवार के लाभार्थी होने की पहचान तथा मरीज की पहचान लिये निम्न प्रकार से दिशा निर्देशों का पालन किया जावे

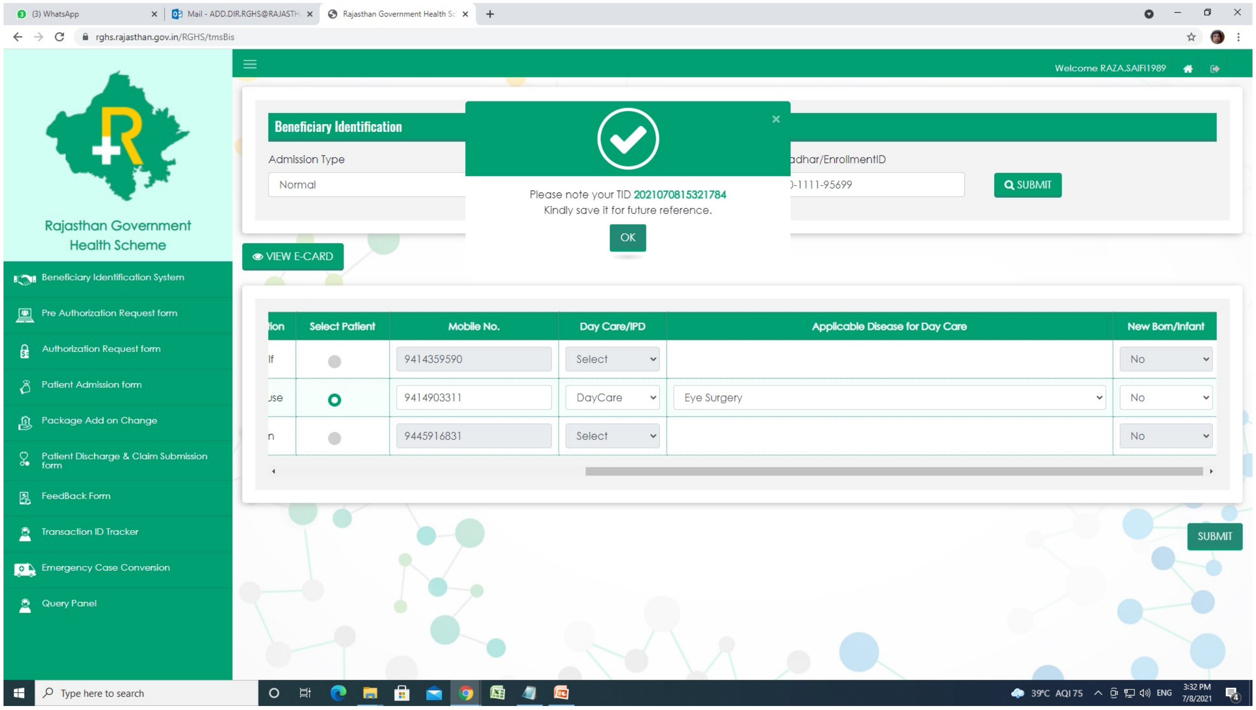
- मरीज के परिवार के लाभार्थी होने की पहचान– RGHS लाभार्थी की पहचान हेतु जनाधार आईडी/एनरोलमेन्ट संख्या अथवा आरजीएचएस कार्ड संख्या को भरे एवं Search बटन पर क्लिक करें।

- "Search" बटन पर क्लिक करने पर योजना में लाभार्थी RGHS परिवार की समस्त जानकारी एवं ई कार्ड दिखाई देगा। RGHS कार्ड विवरण में से Select Button द्वारा मरीज को चुनें एवं उपचार की प्रणाली (आईपीडी/डे केयर), डालकर आगे बढ़ेगे।

Note- डे केयर की स्थिति में Applicable Disease for Day Care का भी चयन करना होगा।

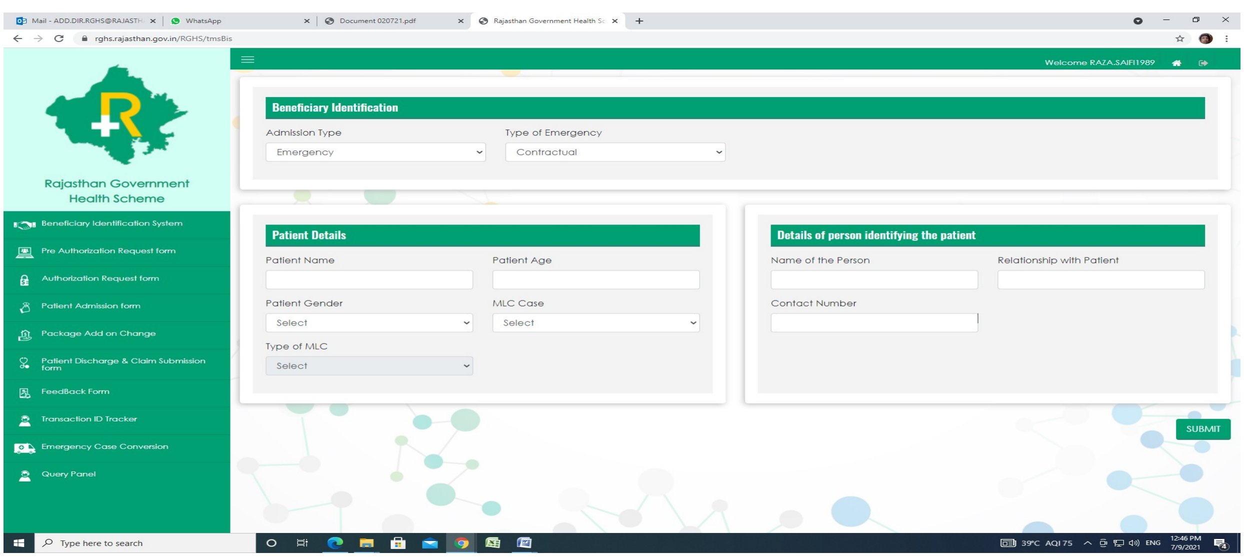


उक्त दोनों ही माध्यमों से मरीज की एक यूनिक **TID (Transaction ID)** जनरेट होगी। जो नीचे प्रदर्शित स्क्रीन के अनुसार **PopUp Window** में दिखाई देगी।



- **‘Emergency’ Admission** : यदि रोगी को अस्पताल में गंभीर स्थिति में लाया जाता है तथा उसे तुरंत इलाज की आवश्यकता है। ऐसी परिस्थिति में "Admission Type" में Emergency विकल्प को चुनना होगा। तथा TID जनरेट करने के लिए निम्न प्रकिया अपनानी होगी।

i. ''Admission Type''के drop-down menu में से ''Emergency'' के विकल्प को चुनने पर आपको निम्न स्क्रीन दिखाई देगी :

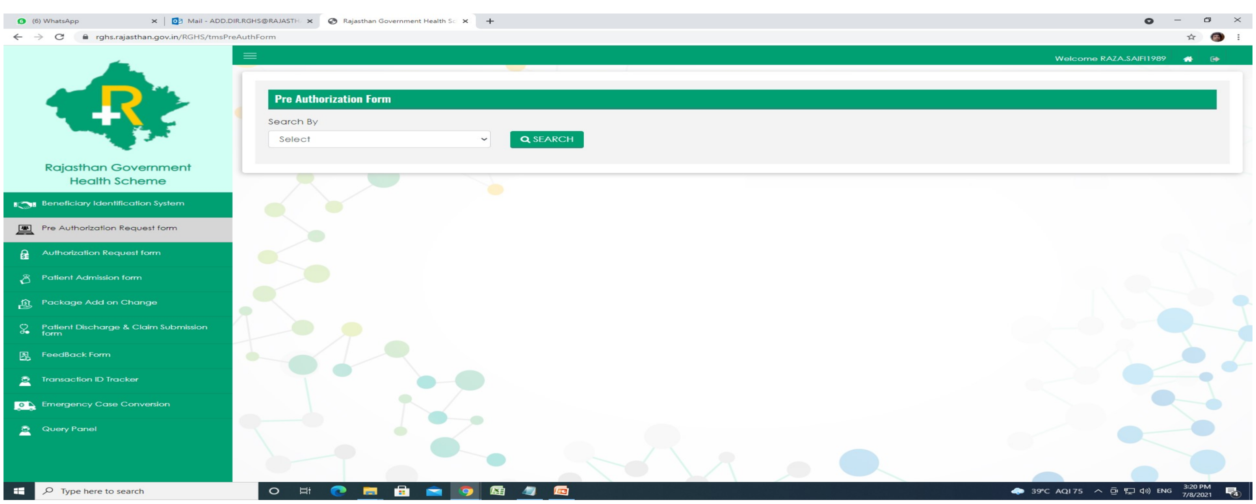


ii. Emergency में Patient Details भरे तथा MLC (Medico Legal Case) केस होने पर MLC Case के सामने वाले बटन में Yes क्लिक करें एवं MLC (Accident/Poisoning) का प्रकार चुने ,इसके बाद जिस व्यक्ति ने मरीज की पहचान की है उसका विवरण भरे एवं ''Submit'' बटन को क्लिक करने पर एक TID जनरेट हो जाएगी! कृपया इस TID को नोट कर ले बाद में यह नम्बर ''Emergency Case Conversion Form'' भरने में प्रयोग में लाए जाएगी।

Pre-Authorization

(राजकीय चिकित्सालयों में यह प्रक्रिया नहीं होगी। **BIS** के बाद सीधे ही **Authorization Request Form** भरना होगा । **Authorization Request Form** की सम्पूर्ण जानकारी भरकर **TPA** को **Submit** की जायेगी एवं **TPA** से **Approval** की सूचना की आवश्यकता नहीं होगी। **Authroization Request Form** की समस्त प्रक्रिया नीचे दिये गये **Pre-Authorization Module** के समान ही हैं।)

- निजी अनुमोदित चिकित्सालयों के लिये Pre-Authorization आवश्यक हैं जिसके लिये आपको Quick Link में से दूसरा Module अर्थात् "Pre-Authorization" पर क्लिक करने पर निम्न स्क्रीन दिखाई देगीः–

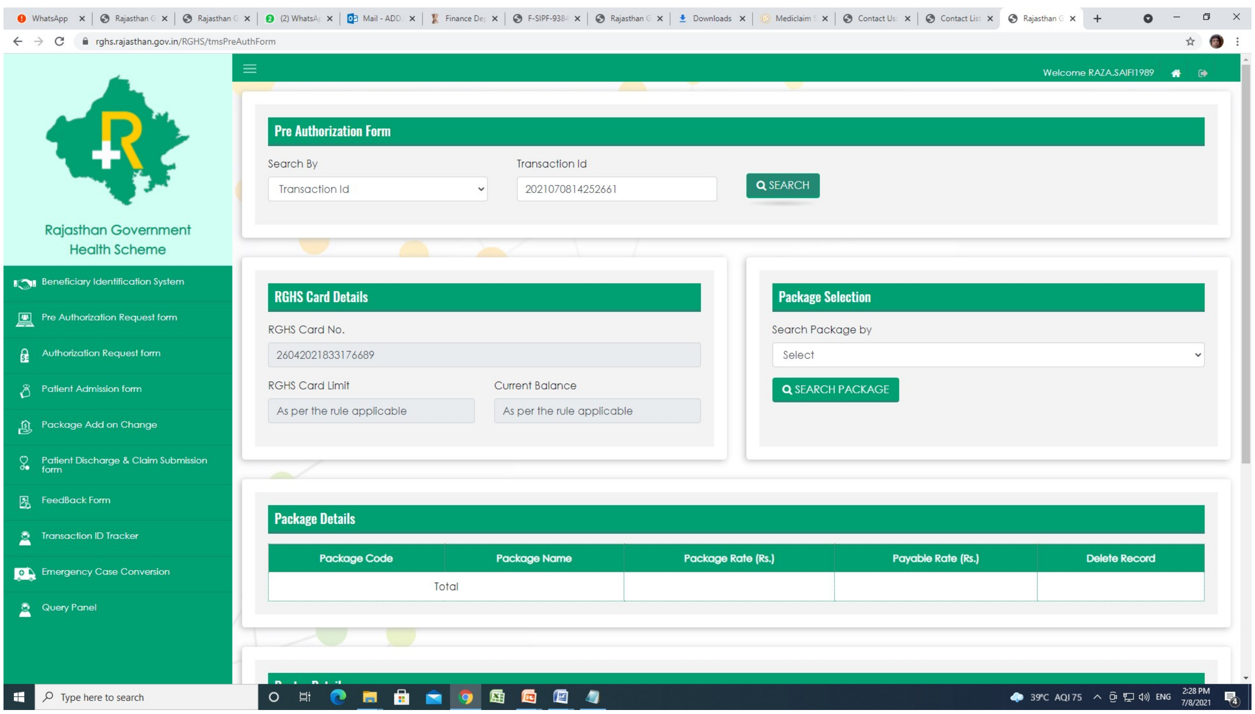


इसमें आपको सबसे पहले "Search By" के Dropdown Menu में दो विकल्पों में से एक विकल्प निम्न प्रकार से चुनना है।

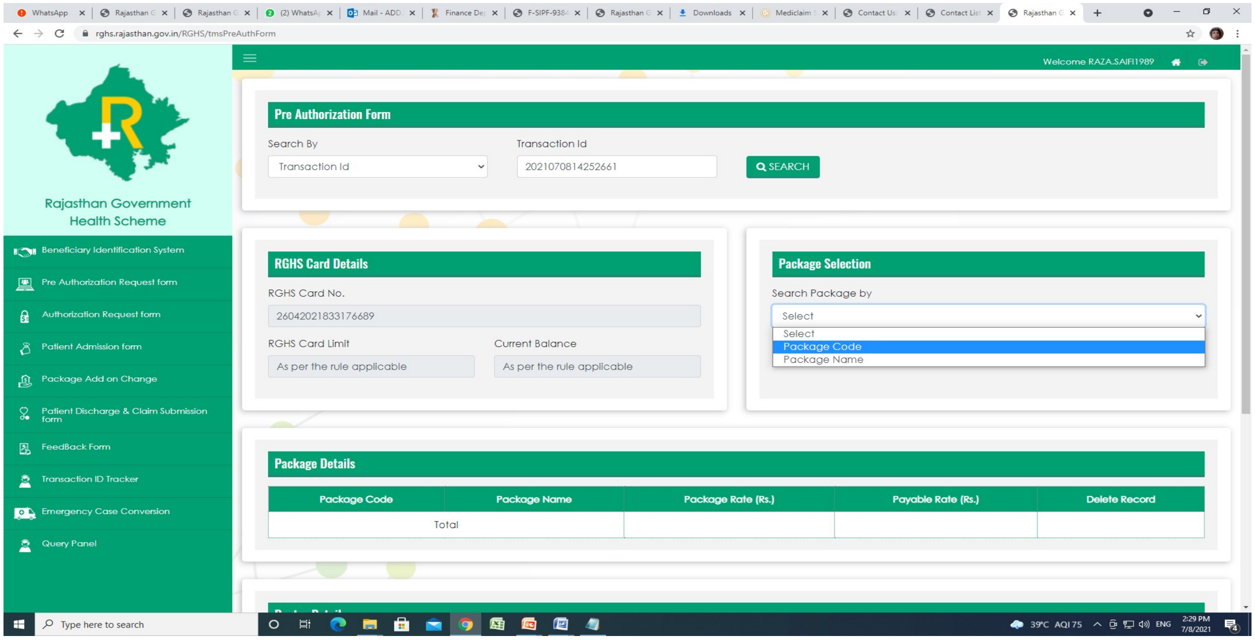
A) Mobile Number - यदि रोगी का आरजीएचएस में रजिस्टर्ड मोबाइल नंबर उपलब्ध है तो ऐसी परिस्थिति में मोबाइल नंबर का विकल्प चुन सकते है।

B) Transaction ID (TID) - नियमित प्रक्रिया में रोगी की TID उपलब्ध है तो ऐसी परिस्थिति में TID विकल्प को चुने।

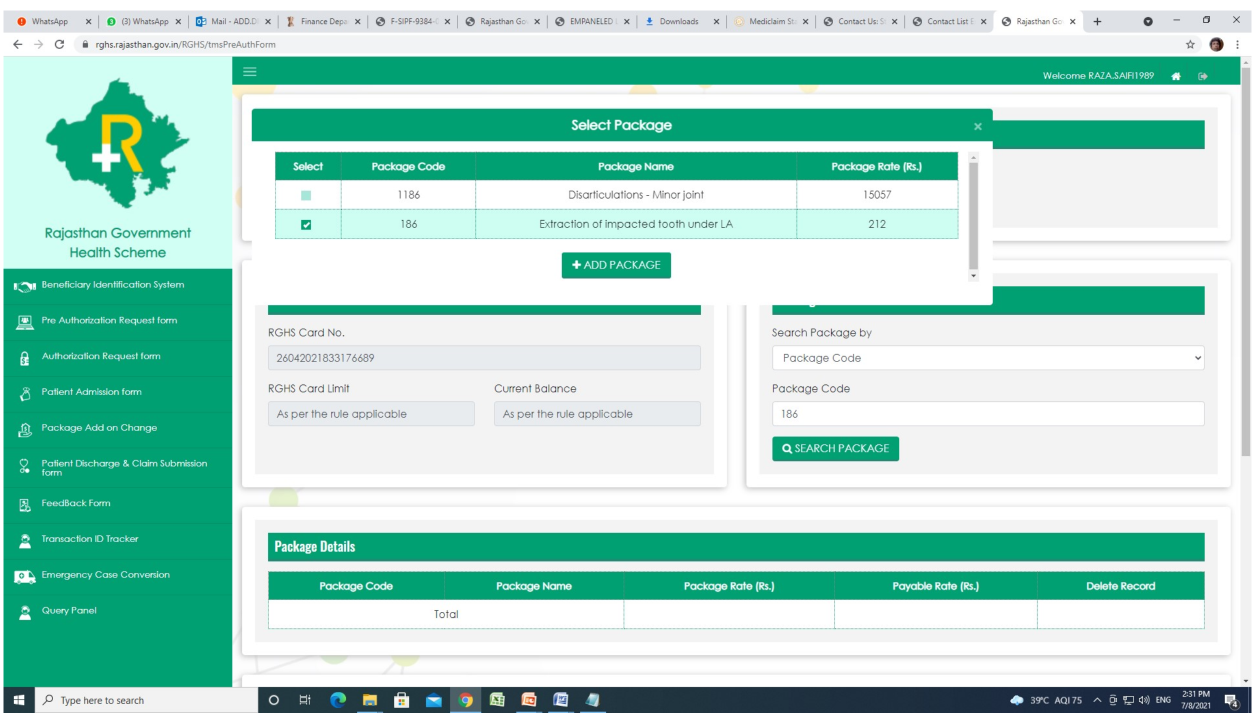
ऐसा करने पर लाभार्थी का RGHS कार्ड विवरण स्वतः ही प्रदर्शित होगा।



- अब आपको चिकित्सक द्वारा पर्ची पर लिखे हुए पैकेज कोड चुनने है, इसके लिये आप 'Search Package' पर क्लिक करें एवं Drop Down के द्वारा पैकेज नेम एवं पैकेज कोड को सलेक्ट करें।



- इसके पश्चात पॉप अप विन्डो के द्वारा पैकेज डिटेल्स प्रदर्शित होगीं, सही पैकेज डिटेल्स को जोडने के लिये Select कर 'Add Package' पर क्लिक करें।



- यदि आपको और दूसरा पैकेज लेना है अथवा पैकेज Add/Change करना है तो Quick Link में Add Packages को क्लिक कर प्रकिया को पुनः दोहराये। यदि गलती से कोई गलत पेकेज ले लिया है तो नीचे की तालिका के अंतिम कॉलम में "Delete Record" का कॉलम है । उस कॉलम में बने निशान पर क्लिक करने से वह पेकेज हट जायेगा।

- अब एक बार पुनः सुनिश्चित करलें की आपने डाक्टर के लिखे अनुसार ही पेकेज Enter किये हैं। परंतु यह ध्यान रहे कि चुने हुये पेकेज की कुल राशि आरजीएचएस कार्ड में उपलब्ध राशि से कम हो।

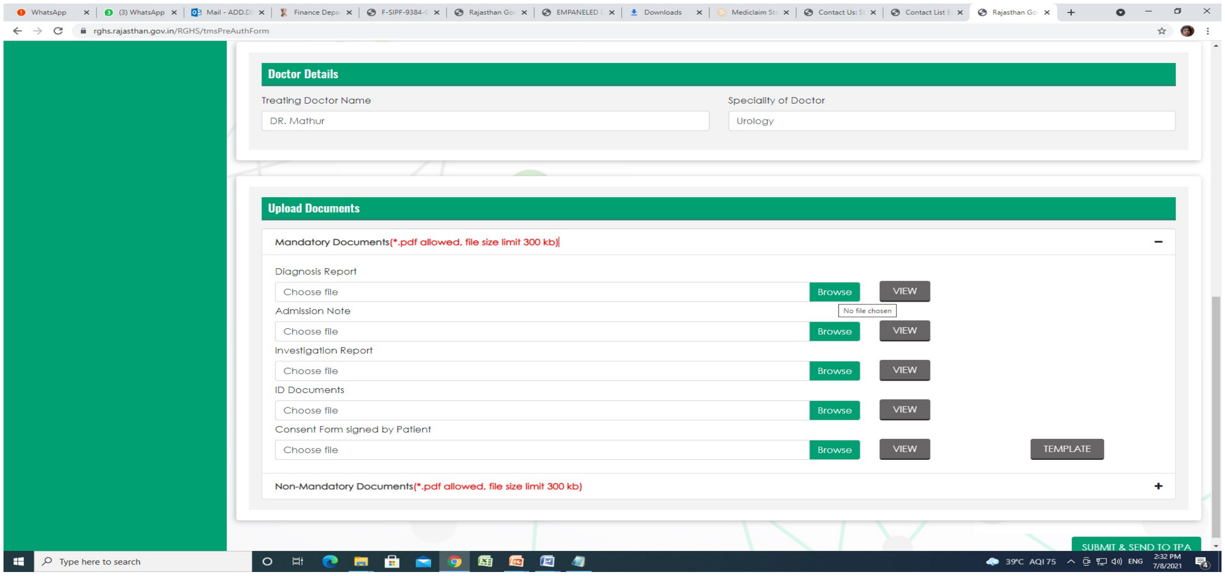
- पैकेज डिटेल्स के सलेक्शन के पश्चात Pre-Authorization हेतु आवश्यक दस्तावेजों की पीडीएफ अपलोड करे जिनकी साइज 300 केबी से अधिक नहीं हो। इस हेतु आवश्यक एवं गैर आवश्यक दस्तावेजों की सूची निम्नानुसार हैं।

Mandatory Documents (आवश्यक दस्तावेज)

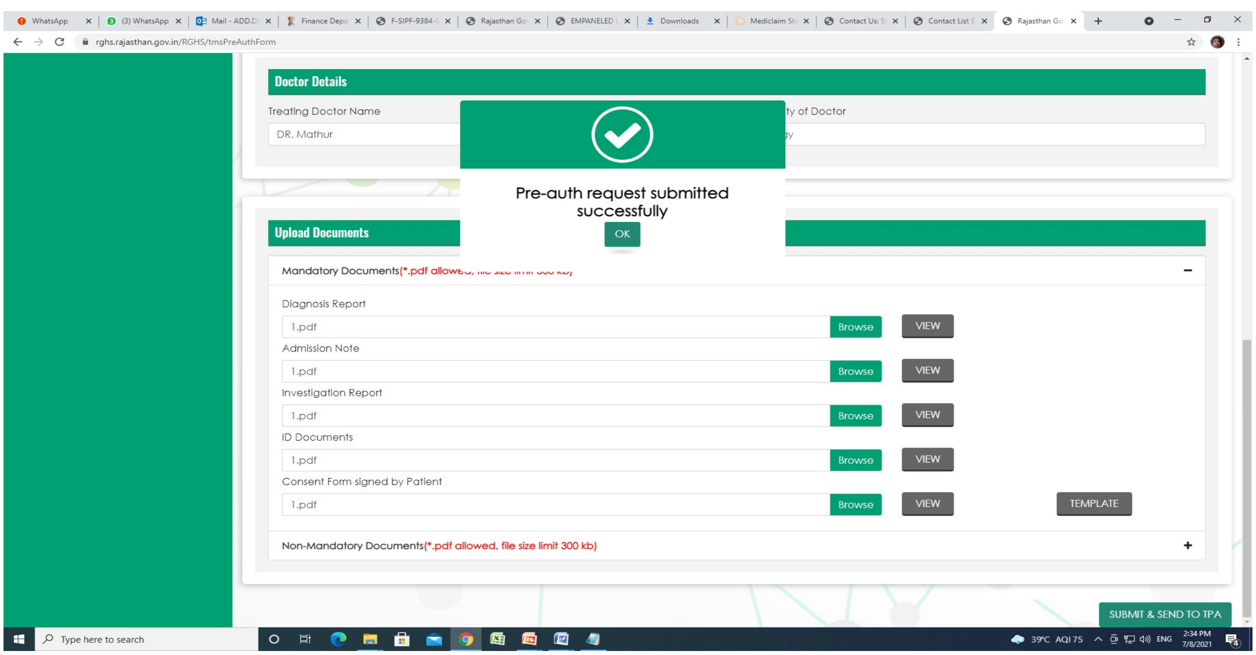
1- Doctor's Prescription
2- Admission Note
3- Investigation Report
4- ID Documents
5- Consent Form signed by Patient

Non-Mandatory Documents (जो दस्तावेज अपलोड करना आवश्यक नहीं हैं)

1- Patient History
2- OPD Consultation Paper
3- Referral from Physician
4- Family History of Dieseas

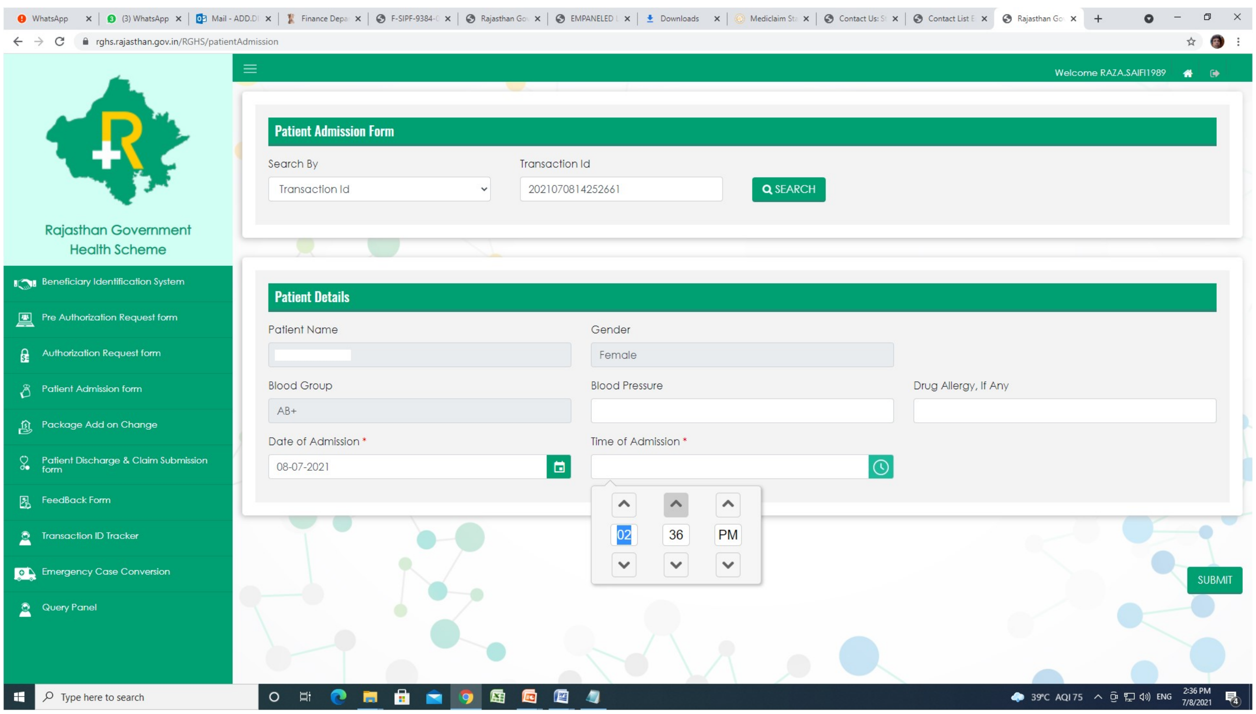


- 'Submit To TPA' पर जाकर क्लिक करे। इसके उपरान्त पॉपअप विन्डो द्वारा Checkbox में 'Pre Authorization Request Submitted Successfully' प्रदर्शित होगा। जिसमें Ok पर जाकर क्लिक करना है। इससे Pre Authorization Request प्रक्रिया पूर्ण होगी।



Patient Admission Form (मरीज भर्ती फॉर्म)

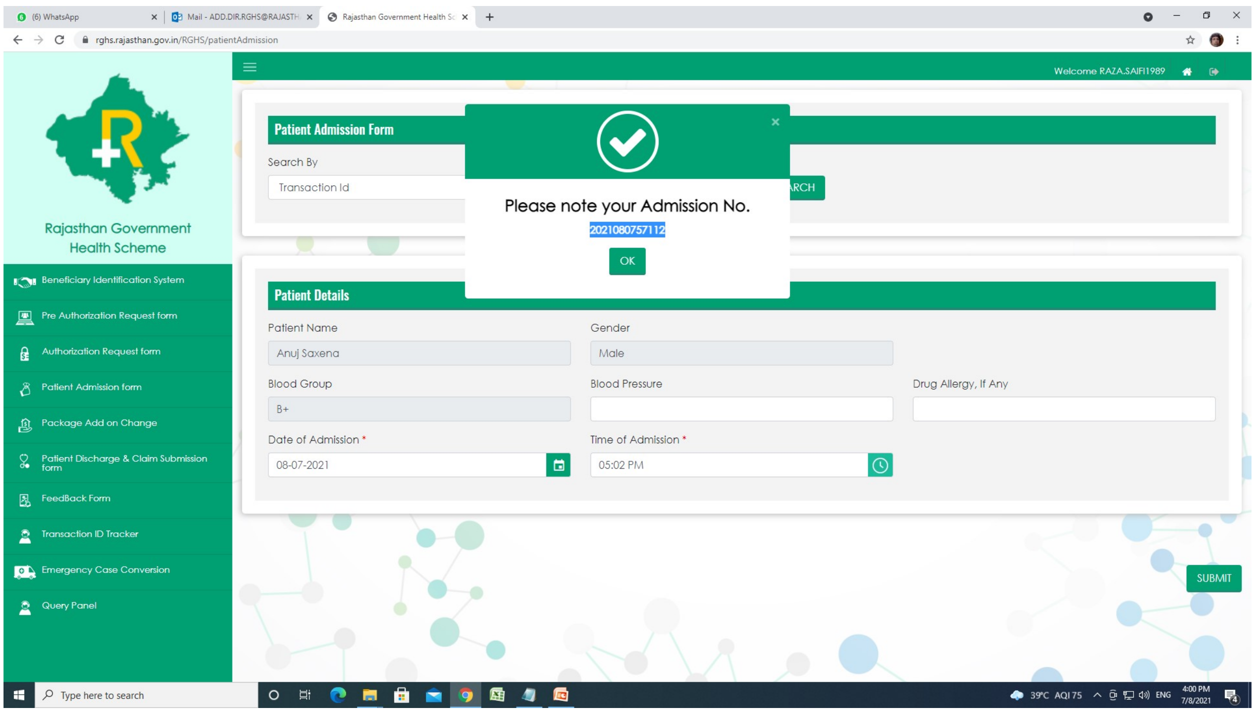
- किसी मरीज का Pateint Admission Form तब ही भरा जा सकता है जब तक उस TID की स्थिति "Pre Authorization Approved" की हो जायेगी।
  स्क्रीन पर बायीं तरफ दिये गये लिंक "Pateint Admission Form" पर क्लिक करें, एक स्क्रीन निम्नानुसार दिखाई देगी।
  अब मरीज की TID/MOBILE NUMBER को टाईप करें अथवा कॉपी करके TID/MOBILE NUMBER वाले बॉक्स में पेस्ट करें। इसके बाद SEARCH के बटन पर क्लिक करना होगा। ऐसा करने पर निम्न स्क्रीन दिखाई देगी।



- यदि TID का Case Status "Pre Authorization Approved" का है तो इस स्क्रिन पर Patient Name एवं Gender, Age, Blood Group स्वतः ही रिफलेक्ट होगें तथा शेष जानकारी आपको भरनी होगी जो निम्न स्क्रीन के अनुसार प्रदर्शित होगी।
  'Blood Pressure' and 'Drug Allergy, If Any' वाले विकल्प में मरीज से पूछ कर यदि किसी प्रकार की Drug Allergy है तो लिख सकते हैं।

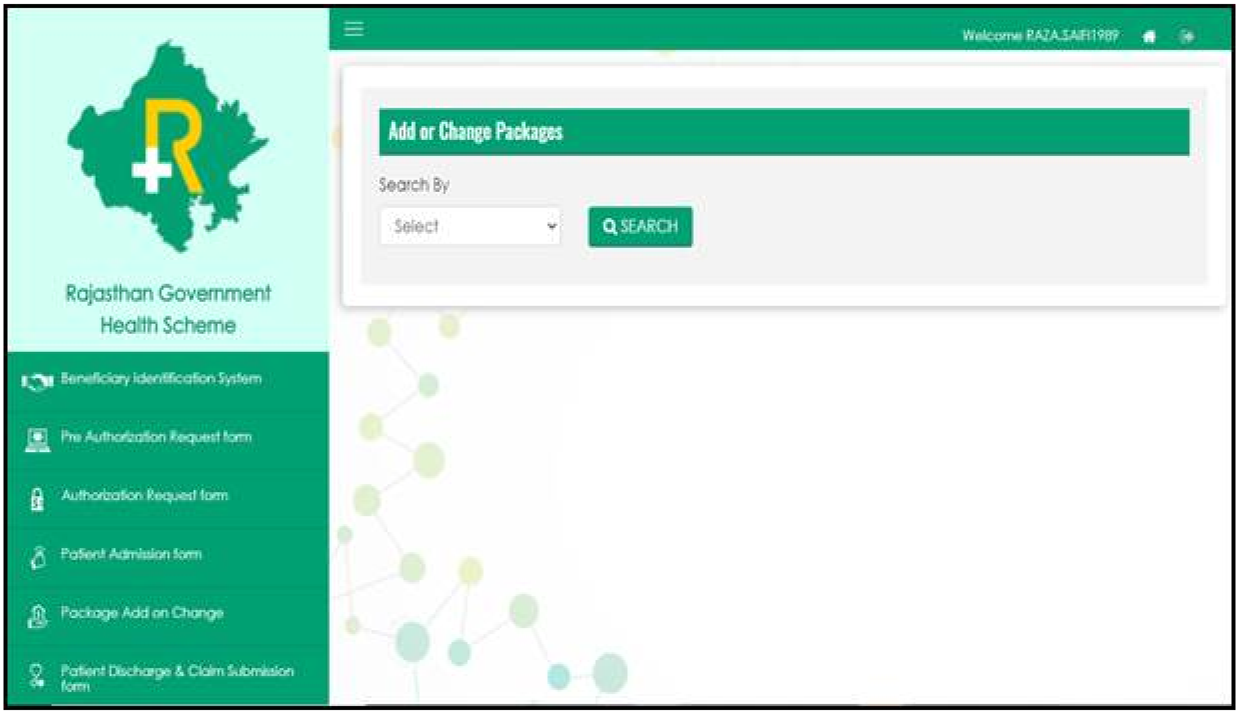
अब मरीज के भर्ती किये जाने की दिनांक एवं मरीज के भर्ती किये जाने का समय भरना हैं।

इसके पश्चात् आपको 'Submit To TPA' बटन पर क्लिक कर आगें बढ़ना हैं। ऐसा करने पर पॉपअप विन्डो द्वारा स्क्रीन पर ''मरीज भर्ती संख्या'' (Admission Number) प्रदर्शित होगी। इस मरीज भर्ती संख्या को नोट/सेव कर लेवें।



Add or Change Packages

- उक्त विकल्प के द्वारा लाभार्थी मरीज के उपचार हेतु पैकेज को परिवर्तित किये जाने की सुविधा उपलब्ध होगी। इस हेतु TID अथवा मोबाईल नम्बर के माध्यम से मरीज की पहचान की जाकर पैकेज परिवर्तित किया जा सकता है। सम्पूर्ण जानकारी निम्न स्क्रीन पर दिखाई देगी।



Patient Discharge & Claim Submission Form
(रोगी डिस्चार्ज एवं दावा प्रस्तुतीकरण फॉर्म)

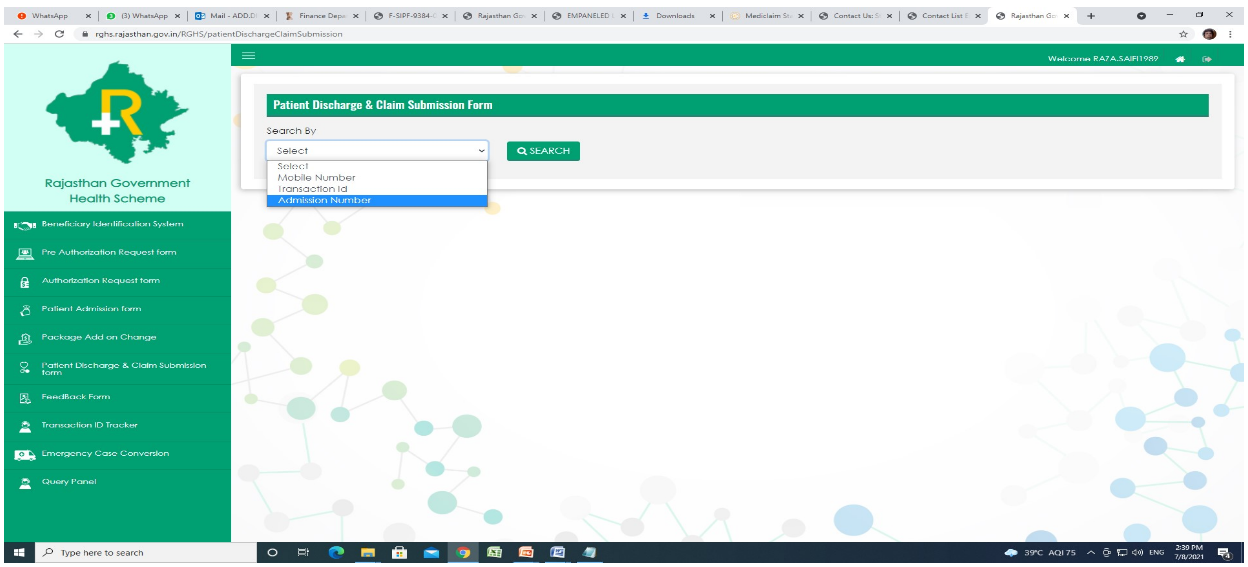
- उपचार के बाद आपको Patient Discharge and Claim Submission Form भरना होगा। इस फार्म को भरने के लिए निम्नानुसार सुनिश्चित कर लें :–

i- जिस TID का Claim Submit करना है उसका Status Pre-Authorization Approved होना चाहिए।

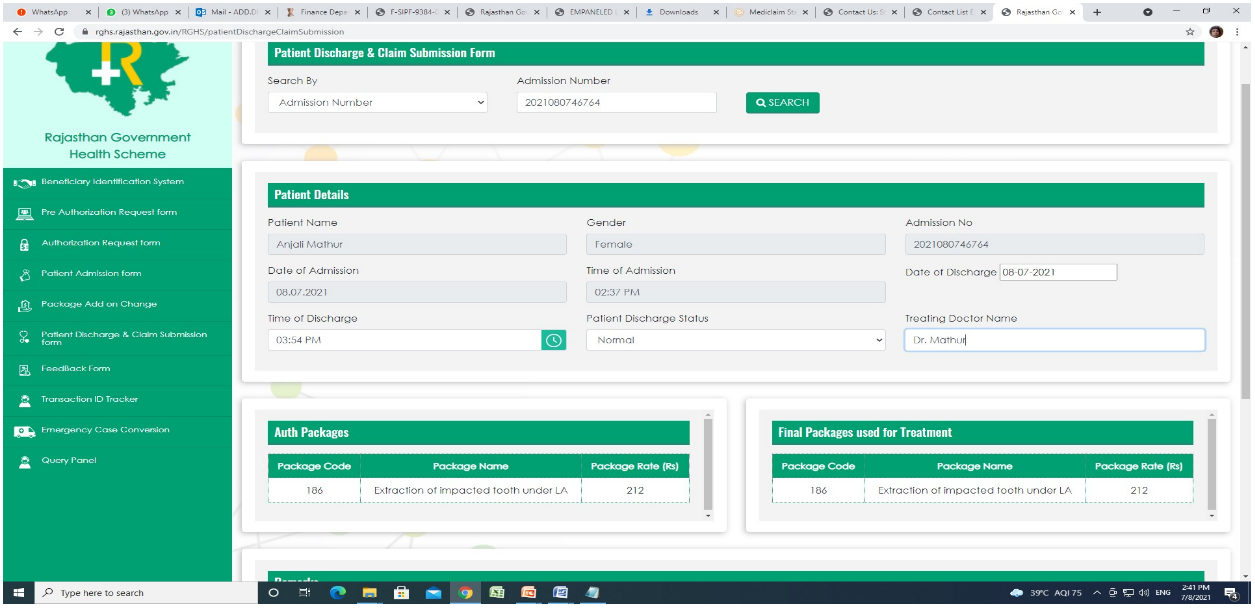
ii- मरीज का Patient Admission Form सफलतापूर्वक भर दिया गया है।

iii- मरीज के समस्त जांच रिपोर्ट एवं अन्य दस्तावेज स्कैन करके कम्प्यूटर पर एक फोल्डर में रख ली गई है।

- उपरोक्त सुनिश्चित हो जाने के पश्चात अब स्क्रीन पर बायीं तरफ दिए गये Quick Link में से Patient Discharge and Claim Submission पर क्लिक करें। Patient Discharge and Claim Submission हेतु DropDown द्वारा Admission Number सलेक्ट कर Submit करें। इसके बाद निम्न स्क्रीन प्रदर्शित होगी।



- Admission Number 'Select' करके Search बटन पर क्लिक करें। ऐसा करने पर मरीज का नाम, भर्ती का दिनांक एवं भर्ती का समय स्वतः ही स्क्रीन पर आ जायेगा। अब आपको मरीज के डिस्चार्ज की दिनांक एवं समय Enter करना है।



- अब आपको उक्त स्क्रीन में Patient Discharge Status में से एक विकल्प चुनना है। यहां पांच विकल्प 1. Normal 2. Referred 3. Death 4. LAMA/DAMA एवं 5- Absconding दिये गये हैं इनमें से परिस्थिति अनुसार एक विकल्प चुनना है।

- उक्त के साथ ही Authorization Package एवं Final Package स्वत: ही प्रदर्शित होगें। किसी भी प्रकार के Package बदलाव अथवा परिवर्तन अथवा कोई अन्य स्थिति के अन्तर्गत आपको Remarks Column भरना है।

- सॉफ्टवेयर में दावा प्रस्तुत करने के लिये आवश्यक दस्तावेज को निम्नानुसार अपलोड करें।

Mandatory Documents for Discharge and Claim Submission
(डिस्चार्ज और दावा प्रस्तुत करने के लिए आवश्यक दस्तावेज को अपलोड करें)

1- Patient Discharge Summary (पेंसेट डिस्र्चाज से संबंधित फार्म को अपलोड करें।)
2- Patient Feedback Form (पेंसेट द्वारा दिये गए प्रतिक्रिया फोर्म को अपलोड करें।)
3- Treatment Note (उपचार की प्रक्रिया के दस्तावेज)
4- Final Bill duly signed by Beneficiaries (उपचार का अन्तिम बिल जो लाभार्थी एवं चिकित्सक दोनों द्वारा हस्ताक्षर किये गए हो।)
5- Bifurcation of Final Bill (बिलों की विस्तरीत सूची)

6- Copy of the Detailed Bill paid by Beneficiary (लाभार्थी द्वारा चुकाये गए बिलों की प्रतिलिपि)

7- Investigations Report (जांच रिपोर्ट)

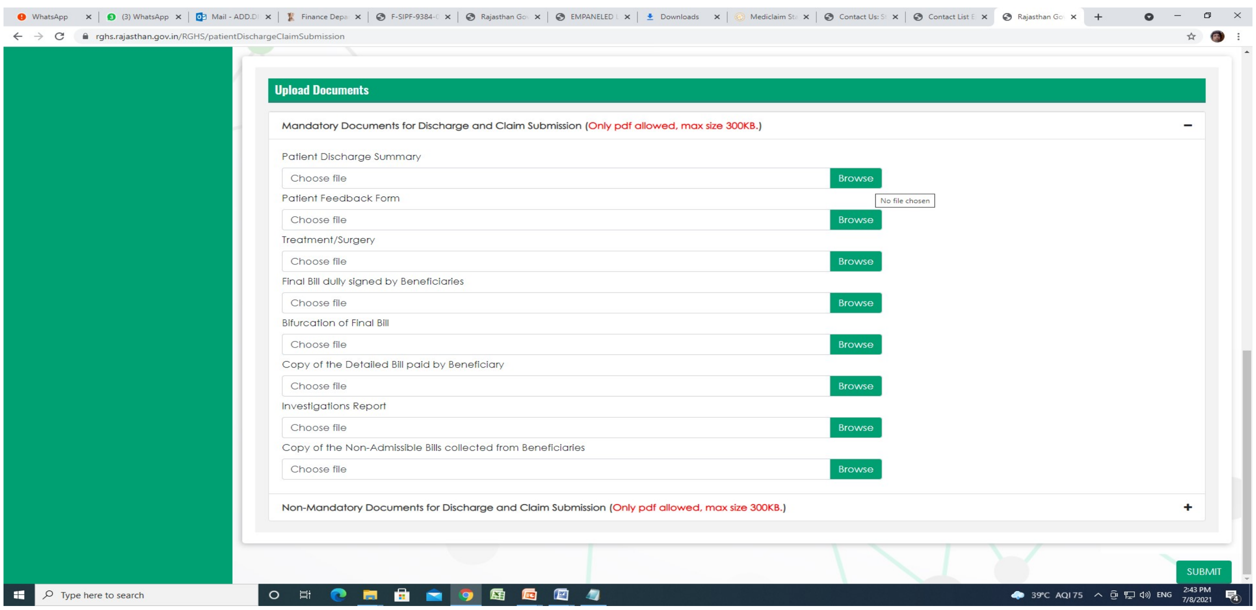
8- Copy of the Non-Admissible Bills collected from Beneficiaries

9- OT note whenever Surgery done

10- Implant Invoices and Implant Stickers

Non-Mandatory Documents for Discharge and Claim Submission

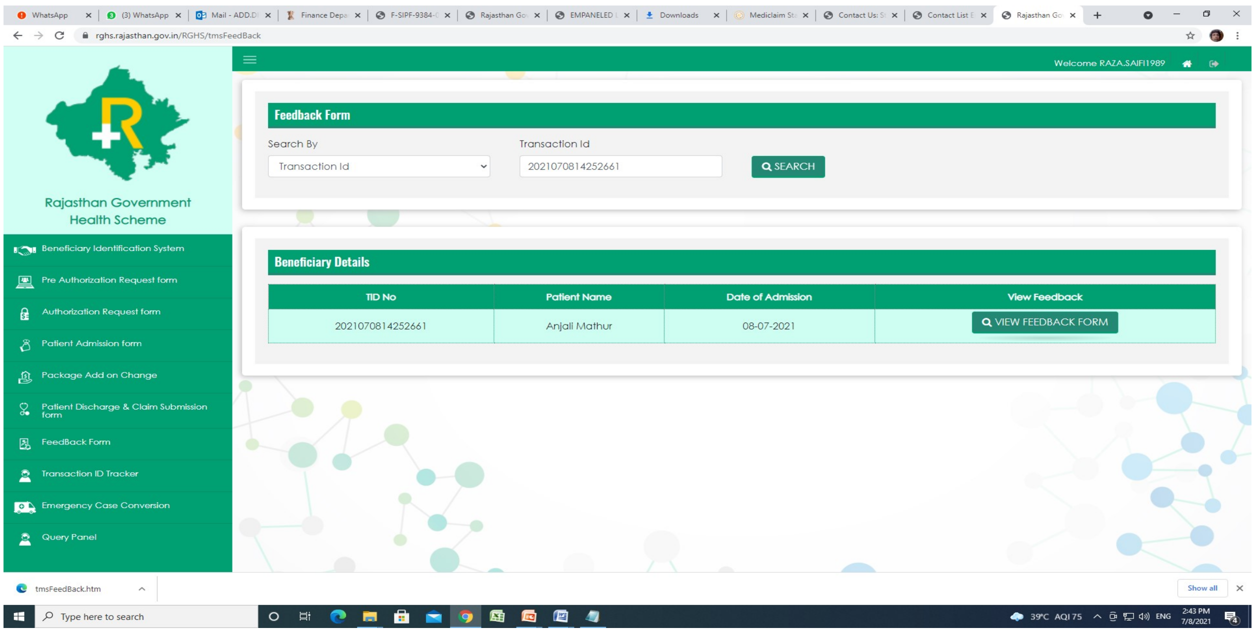
1- Histopathology report where ever required



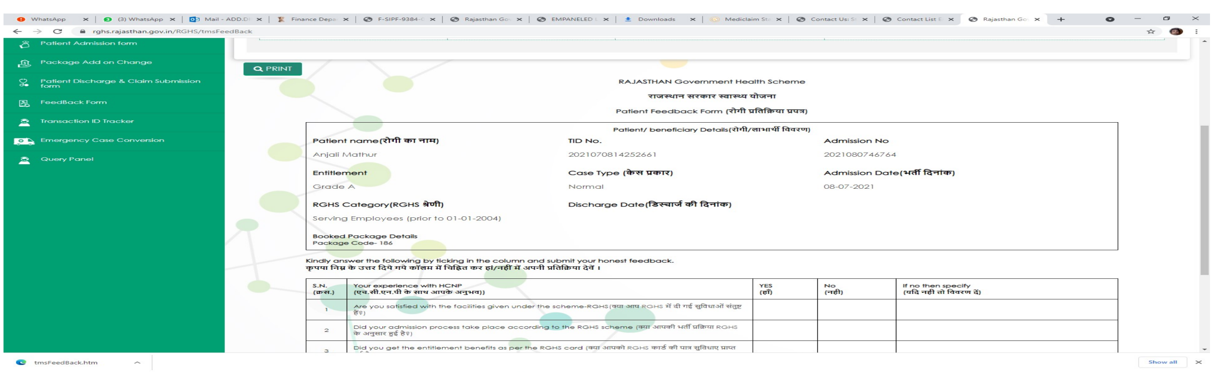
आवश्यक समस्त दस्तावेज अपलोड होने की सुनिश्चिता करने के बाद सबसे नीचे दिए बटन "Submit" को क्लिक करने पर यह Claim TPA को Submit हो जाएगा।

FeedBack Form (रोगी प्रतिक्रिया फॉर्म)

उपचार के पश्चात् रोगी को जब डिस्चार्ज किया जायेगा तो उससे उपचार की प्रतिपुष्टि (FeedBack) करवायें जाने हेतु FeedBack Form भरवाया जायेगा।

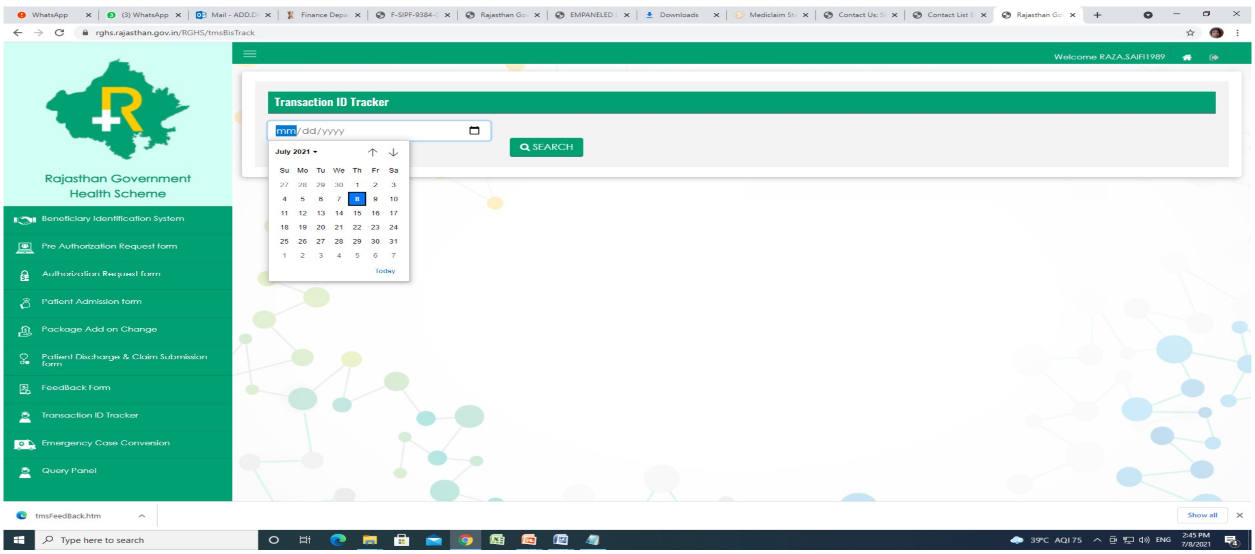


- FeedBack Form के View बटन पर क्लिक करने के उपरान्त FeedBack Form प्रदर्शित होगा जिसमें लाभार्थी की जानकारी स्वतः ही प्रदर्शित होगी। फॉर्म के Print बटन पर क्लिक कर लाभार्थी को Feedback Form उपलब्ध करवाये एवं भरवाने के पश्चात दावे के साथ Feedback Form को आवश्यक रूप से अपलोड करना होगा।



Transaction ID Tracker

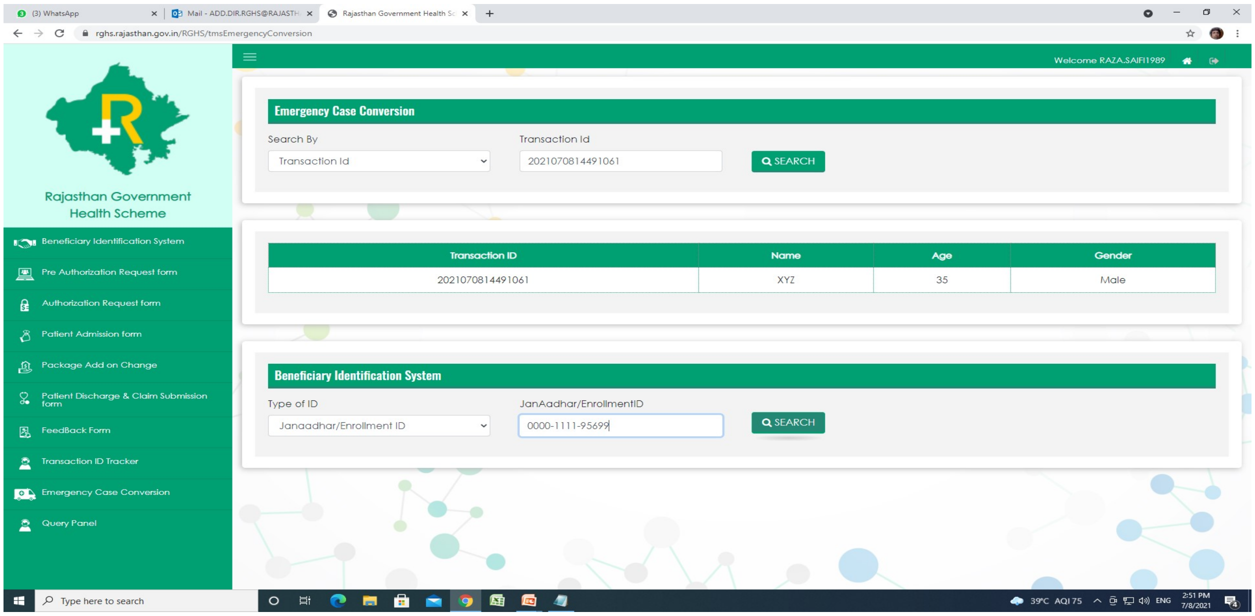
- यदि किसी TID का status देखना हो तो आप Transaction ID Tracker में जाकर देख सकते है, इसके लिए बांयी तरफ दिए गये Quick Links में से Transaction ID Tracker पर क्लिक करेगें, तथा Transaction ID Tracker में Date TID डालकर Search पर क्लिक करें।



Emergency Case Conversion

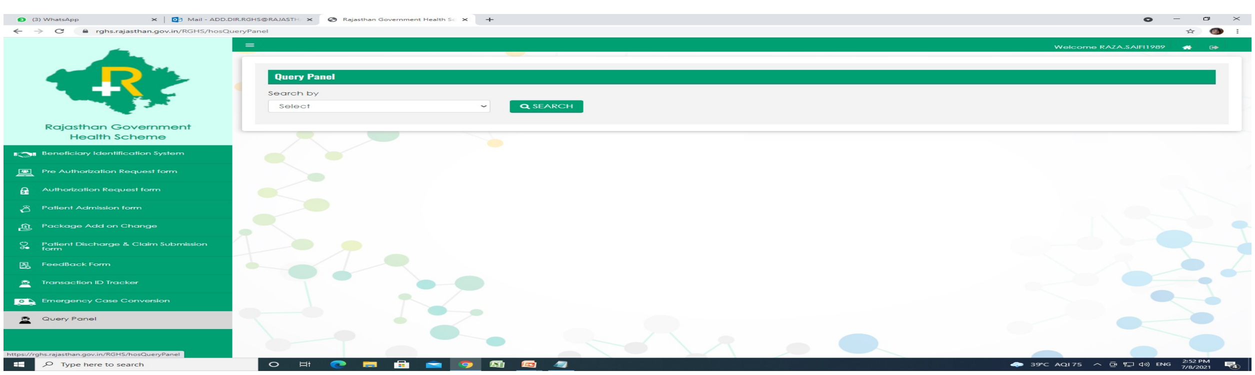
- Emergency Admission को Normal Admission में परिवर्तित करने के लिये Quick Link में Emergency Case Conversion को क्लिक करें। उक्त विकल्प के द्वारा आपातकालीन परिस्थिति में भर्ती किये गये मरीज के केस का स्टेटस परिवर्तन करना होगा।
- Emergency Admission के लिये जनरेटेड TID अथवा मोबाईल नम्बर अथवा जनाधार के माध्यम से मरीज की पहचान की जाकर केस परिवर्तन किये जाने की

प्रक्रिया पूरी की जानी हैं। इसके लिये सम्पूर्ण प्रक्रिया Normal Admission में रोगी को भर्ती किये जाने की प्रक्रिया के समान ही होगी।



Query Panel

- आपके अस्पताल से संबंधित Query को जानने के लिए आपको बायीं तरफ दिये गये Quick Link में से Query Panel पर क्लिक करने पर निम्नानुसार स्क्रीन दिखाई देगी।



- Drop Down Menu में से TID अथवा Status के दो विकल्प में से किसी को भी चुनने पर Query की डिटेल्स स्वत: ही आ जायेगी।