



पश्चिम मध्य रेल

अभिव्यक्ति की अभिरुचि

मुख्य चिकित्सा अधीक्षक कोटा द्वारा स्वास्थ्य केन्द्र तुगलगाबाद के रेल लाभार्थियों को CGHS दर पर कैशलेस आधार पर पैथोलॉजी जांच की सुविधा हेतु अभिव्यक्ति की अभिरुचि आमंत्रित किये जाते हैं।

तुगलगाबाद के इच्छुक डायग्नोस्टिक जांच केन्द्र अपना आवेदन कर सकते हैं। पूर्ण विवरण पश्चिम मध्य रेलवे की वेबसाइट wcr.indianrailway.gov.in पर एवं मुख्य चिकित्सा अधीक्षक मंडल रेल चिकित्सालय कोटा के कार्यालय में उपलब्ध है।

जमा करने की अंतिम तिथि : दिनांक **21.10.2024** अपराह्न **03.00** बजे तक।

जमा करने का पता: कार्यालय, मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, मंडल रेल चिकित्सालय कोटा-324002


04.10.24

मुख्य चिकित्सा अधीक्षक कोटा
मुख्य चिकित्सा अधीक्षक कोटा
Chief Medical Supdt.
कोटा प.म.रे. / KOTA W.C.R



पश्चिम मध्य रेल

कार्यालय,
मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, कोटा
दिनांक : 03.10.2024

सं.एमडी/कोटा/2024/02/Pathology(EOI)

CPR0/WCR/JBP

विषय : Outsourcing के माध्यम से कोटा मंडल पर Pathology test की सुविधा हेतु समाचार पत्रों में प्रकाशित करने बाबत।

स्वास्थ्य केन्द्र तुगलगाबाद में Outsourcing के माध्यम से Pathology test की सुविधा हेतु EOI एवं अनेक्जर की प्रति समाचार पत्रों में प्रकाशित करने हेतु संलग्न कर आपके पास भेजी जा रही है। कृपया इसे तुगलगाबाद के स्थानीय समाचार पत्रों एवं राष्ट्रीय समाचार पत्रों में प्रकाशित करवाने का अनुरोध है।

संलग्न : यथोक्त..... पेज


04.10.24
मुख्य चिकित्सा अधीक्षक
Chief Medical Officer
कोटा प.म.रे. / KOTA W.C.R.



पश्चिम मध्य रेल

कार्यालय,
मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, कोटा
दिनांक : 03.10.2024

सं.एमडी/कोटा/2024/02/Pathology(EOI)

CIO/WCR/JBP

विषय : Outsourcing के माध्यम से कोटा मंडल पर Pathology test की सुविधा हेतु बेवसाईट पर अपलोड करने बाबत।

स्वास्थ्य केन्द्र तुगलगाबाद में Outsourcing के माध्यम से Pathology test की सुविधा हेतु EOI एवं अनेकजर की प्रति बेवसाईट पर अपलोड करने हेतु संलग्न कर आपके पास भेजी जा रही है। कृपया इसे wcr.indianrailway.gov.in बेवसाईट पर अपलोड करवाने का अनुरोध है।

संलग्न : यथोक्त.....पेज


मुख्य चिकित्सा अधीक्षक
Chief Medical Officer
कोटा प.म.रे. / KOTA W.C.R.

EXPRESSION OF INTEREST

The Chief Medical Superintendent, Health units Tuglakabad is inviting Expression of Interest (EOI) for empanelment of Pathological investigations on cashless system at CGHS rates.

Any interested Pathological Centre can give their option. Detail of Scope of work. Terms & Conditions are available in WCR website (wcr.indianrailway.gov.in) & Office of CMS / WCR / Kota.

Date of submission of EOI for Pathology investigations: On or before date **21.10.2024** by **15.00** Hours.

Address for submission EOI: Office of the Chief Medical Superintendent, Divisional Railway Hospital, WCR, Kota.-324002


मुख्य चिकित्सा अधीक्षक
Chief Medical Supdt.
कोटा प.म.रे. / WCR, Kota

महानगर चिकित्सा अधिकारी
Divisional Medical Officer
कोटा व. रे. KOTA W. R.

PART II: BACK GROUND INFORMATION :-

S.N.	Subject	Information given with Diagnostic Centre	Remarks of QCI(NABH)
1	Historical Background		
(a)	Date of Establishment		
(b)	Registered/Not/Registered* (with State Health Authorities) Quote Reg. No. with License No.		
©	Type-Govt/Private/Corporate		
3	Details of Equipments Available	Specification	Remark
a.			
b.			
c.			
d.			
e.			
f.			
g.			

All documents are to be signed and stamped by Authorized Signatory on all pages.

Signature_____

Authorized Signatory_____

Address_____

Phone No._____

E-mail ID._____

SEAL STAMP_____

मण्डल चिकित्सा अधिकारी
Divisional Medical Officer
कोटा व. रे. KOTA W. R.

SECTION-II
PRESCRIED FORMAT APPLICATION
FOR
EXPRESSION OF INTEREST (EOI) FOR ENTERING INTO THE MOU WITH
DIAGNOSTIC CENTRE

1. NAME OF THE HOSPITAL FOR WHICH TIE-UP HAS BEEN APPLIED.

2. NAME OF THE DIAGNOSTIC CENTRE/ORGANISATION/ADDRESS/TELEPHONE NUMBER/E-MAIL ID.

3. WE AGREE TO PROVIDE CASHLESS SERVICES TO THE RAILWAY BENEFICIARIES IN FOLLOWING DISCIPLINES. As per enclosed List.(to be attached separately)

4. FOR THOSE SERVICES/INVESTIGATIONS/TREATMENT MODALITIES, WHICH ARE NOT LISTED IN THE CGHS RATE, DELHI AIIMS RATE LIST ADMINISTRATION WILL PROVIDE THE SERVICES ON CENTER RATES WITH. AFTER POSSIBLE MAX DISCOUNT, LIST OF WHICH ARE ENCLOSED WITH DISCOUNT LIST.

5. WE ALSO AGREE TO PROVIDE CASHLESS SERVICES ON BILL SYSTEM.

6. WE HEREBY, ENCLOSE THE LIST OF THE FACILITIES WHICH ARE AVAILABLE WITH OUR CENTRE AS PER ENCLOSED LIST.(to be attached separately)

(B)

7. WE ENCLOSE THE HUMAN RESOURCES/THE SPECIALISTS WHO ARE AVAILABLE IN OUR CENTER AS FOLLOWS.

8. WE AGREE TO A PERFORMANCE BANK GUARANTEE (PBG) OF RS.- 50,000/- (Rupees Fifty Thousand) in case of Non-CGHS Covered cities/areas and Rs.2,00,000/- for CGHS Covered cities/areas within 30 days of contract, VALID FOR A PERIOD OF 30 MONTHS i.e. SIX MONTHS BEYOND EMPANELMENT PERIOD AND ENSURE EFFICIENT SERVICES.

9. WE AGREE TO ALL CONDITION MENTIONED IN THE TERMS AND CONDITIONS.

All documents are to be signed and stamped by Authorized Signatory on all pages.

Signature _____

Authorized Signatory _____

Address _____

Phone No. _____

E-mail ID. _____

SEAL STAMP _____

68

EOI IS INVITED FOR PROVODING CASHLESS SERVICE ON BILL SYSTEM AT CGHS RATE AT HEALTH UNITS TUGLAKABAD.

Terms and Condition :-

1. Kindly mention name of the hospital (place of Health Unit) on envelope in clear words for which place expression of interest is given.
2. The contract will be for a period of three years from the date of execution of contract.
3. Amongst all the offers only those offers which fulfill CGHS and railway terms and condition, will be eligible.
4. Referral Letter for investigation will be given to patients with signature of Authority Doctor & hospital seal from the Health Unit/Hospital Kota.
5. The bills should be in 03(three) copies along with GST number. Payment shall be system. Bills should be submitted with the copy of referral letters and reports on monthly basis for all investigation conducted by the centre during the last month.
6. The centre should provide cashless service to the referred patient. No payment of any kind shall be charged from the patient.
7. The rates of test will be as per updated list of CGHS Delhi(CGHS Rates of Delhi & NCR for TKD Diagnostic centre). Those tests for which rates are not available in CGHS rate list, then rates of AIIMS Delhi will be considered. Those tests for which rates are neither available in CGHS rate list nor in AIIMS Delhi then rates of the concerned centre investigation will be accepted after possible maximum discount.
8. During the contract period, if there is any change in rates of CGHS rate list, it will be automatically applicable with consent of both parties.
9. Pathological services should be made available 24x7 hrs. Reports should be given in printed letter of investigation centre with the signature of pathologist on same day.
10. Centre should make arrangement for technician who will collect samples from indoor and patients of Health Unit Tuklakabad daily and will record data for the same in register kept in Health Unit Tuklakabad.
11. CMS Kota reserves the right to terminate contract without citing any reason before the stipulated time.

12. All complaints and medico legal matters related to reports will be borne by the centre. Railway authorities shall not bear any responsibility.
13. Team of doctors from Divisional Railway Hospital Kota and Health Unit Tuklakabad reserves the right to inspect pathology laboratory as and when required.
14. The investigation centre must have its premises established in municipal limit of that concerned area.
15. Performance bank guarantee (PBG) : After accepting offer the diagnostic centre will have to submit Rs. 50,000/- for Non-CGHS Covered cities/areas and Rs.2,00,000/- for CGHS Covered cities/areas within 30 days of contract.
16. Terms and conditions can be changed at any time during period of contract in respect to the betterment and convenience of patients.
17. Awarding of contract will be sole discretion by CMS Kota.
18. All reports should provide with CR/UMID Number for bill verification of the patient.
19. All reports should be send/forward to what's app mobile Number/Email mentioned in referral letter
20. Terms and conditions may be seen on Indian Railway website www.indianrailway.gov.in.

TECHNICAL CRITERIA/ESSENTIAL CRITERIA

1. At least one full time qualified Pathologist with experience in performing these tests should be on regular roll of the pathology lab. Center should have qualified technician performing the tests. Attested copy of certificates of qualification should be enclosed with the offer.
2. Laboratory should have fully automated biochemistry analyzer and 5 part hematology analyzer.
3. For hormonal tests, centre should have chemiluminescence hormone analyzer.
4. Diagnostic centre must have backup office arrangements to supply the required printed reports duly signed by pathologist.
5. The pathology laboratory/ Diagnostic centre should have all valid licenses to conduct these tests as per government policy. The copy of the same should be attached with offer If NABL registered then also provide the certificate for the same offer.

6. Centre should have External Quality Assurance Certificate every year in Tuglakabad.



(SIGNATURE OF APPLICANT OR
AUTHORISED AGENT WITH SEAL)

Annexure-A

CERTIFICATE OF UNDERTAKING

1. It is certified that the particulars given in offer letter are correct & minimum eligibility criteria are satisfied.
2. That the Diagnostic centre shall not charge higher than the CGHS Delhi (CGHS Rates of Delhi & NCR for TKD Diagnostic centre) notified rates or the rates agreed to.
3. That if any information given by the diagnostic centre is found to be false diagnostic centre would be liable for de-recognition by Railway. The Diagnostic centre will be liable to pay compensation for any financial loss caused to Railway, physical and /or mental injuries caused to its beneficiaries.
4. That the hospital has the capability to submit bills and medical records both in soft and hard format.
5. That no investigation by Central Govt/State Govt. or any statutory investigating agency is pending or contemplated against the Diagnostic centre.
6. Agreeing for the terms & conditions prescribed in the application document.
7. Agreeing for the terms & conditions prescribed in the attached list.

(SIGNATURE OF APPLICANT OR
AUTHORISED AGENT WITH SEAL)

मण्डल चिकित्सा अधिकारी
Divisional Medical Officer
कोटा व. र. KOTA W. R.

स्वास्थ्य इकाई तुकलकाबाद में सीजीएचएस दर पर बिल प्रणाली पर कैशलेस सेवाएं प्रदान करने के लिए ईओआई आमंत्रित की जाती है।

नियम व शर्तें :-

1. कृपया लिफाफे पर स्पष्ट शब्दों में उस अस्पताल (स्वास्थ्य इकाई का स्थान) का उल्लेख करें जिसके लिए रुचि की अभिव्यक्ति दी गई है।
2. अनुबंध निष्पादन की तिथि से 3 वर्ष की अवधि के लिए होगा।
3. सभी ऑफरों में से केवल वही ऑफर पात्र होंगे जो सीजीएचएस और रेलवे के नियमों और शर्तों को पूरा करते हों।
4. जांच के लिए रेफरल पत्र स्वास्थ्य इकाई/अस्पताल कोटा से प्राधिकारी डॉक्टर के हस्ताक्षर और अस्पताल की मुहर के साथ मरीजों को दिया जाएगा।
5. बिल जीएसटी नंबर सहित 03 प्रतियों में होने चाहिए। भुगतान की व्यवस्था होगी। पिछले महीने के दौरान जांच केंद्र द्वारा की गई सभी जांचों के लिए मासिक आधार पर रेफरल पत्रों और रिपोर्टों की प्रति के साथ बिल जमा किए जाएंगे।
6. जांच केन्द्र द्वारा रेफर किए गए मरीज को कैशलेस सेवा प्रदान की जाए। मरीज से किसी भी प्रकार का कोई भुगतान नहीं लिया जाएगा।
7. परीक्षण की दरें सीजीएचएस दिल्ली की अद्यतन सूची (टीकेडी डायग्नोस्टिक सेंटर के लिए दिल्ली और एनसीआर की सीजीएचएस दरें) के अनुसार होंगी। जिन परीक्षणों की दरें सीजीएचएस दर सूची में उपलब्ध नहीं हैं, तो एम्स दिल्ली की दरों पर विचार किया जाएगा। वे जांचें जिनकी दरें न तो सीजीएचएस दर सूची में उपलब्ध हैं और न ही एम्स दिल्ली में, तो संबंधित केंद्र की जांच दरें संभावित अधिकतम छूट के बाद स्वीकार की जाएंगी।
8. अनुबंध अवधि के दौरान, यदि सीजीएचएस दर सूची की दरों में कोई बदलाव होता है, तो यह दोनों पक्षों की सहमति से स्वचालित रूप से लागू होगा।
9. पैथोलॉजिकल सेवाएं 24x7 घंटे उपलब्ध कराई जानी चाहिए। रिपोर्ट उसी दिन जांच केंद्र से मुद्रित होकर पैथोलॉजिस्ट के हस्ताक्षर के साथ दी जानी चाहिए।
10. जांच केंद्र को तकनीशियन की व्यवस्था करनी चाहिए जो प्रतिदिन स्वास्थ्य इकाई तुकलकाबाद के इनडोर और रोगियों से नमूने एकत्र करेगा और स्वास्थ्य इकाई तुकलकाबाद में रखे गए रजिस्टर में इसका डेटा दर्ज करेगा।
11. सीएमएस कोटा के पास निर्धारित समय से पहले बिना कोई कारण बताए अनुबंध समाप्त करने का अधिकार सुरक्षित है।
12. रिपोर्ट से संबंधित सभी शिकायतें और मेडिकोलीगल मामले जांच केंद्र द्वारा वहन किए जाएंगे। रेलवे अधिकारियों की कोई जिम्मेदारी नहीं होगी।
13. मंडल रेलवे अस्पताल कोटा/स्वास्थ्य इकाई तुकलकाबाद के डॉक्टरों की टीम को आवश्यकता पड़ने पर पैथोलॉजी प्रयोगशाला का निरीक्षण करने का अधिकार सुरक्षित है।
14. जांच केन्द्र का परिसर संबंधित क्षेत्र की नगर निगम सीमा में स्थापित होना चाहिए।

15. प्रदर्शन बैंक गारंटी (पीबीजी): प्रस्ताव स्वीकार करने के बाद डायग्नोस्टिक सेंटर को रुपये जमा करने होंगे। अनुबंध के 30 दिनों के भीतर गैर-सीजीएचएस कवर शहरों/क्षेत्रों के लिए 50,000/- रुपये और सीजीएचएस कवर शहरों/क्षेत्रों के लिए 2,00,000/- रुपये।
16. मरीजों की सुविधा एवं सुविधा के अनुसार टीम एवं स्थिति में परिवर्तन किया जा सकता है।
17. ठेका देना सीएमएस कोटा का पूर्ण विवेक होगा।
18. सभी रिपोर्टों में मरीज के बिल सत्यापन के लिए सीआर/यूएमआईडी नंबर उपलब्ध होना चाहिए।
19. सभी रिपोर्ट रेफरल पत्र में उल्लिखित मोबाइल नंबर/ईमेल पर भेजी/अग्रेषित की जानी चाहिए।
20. नियम एवं शर्तें भारतीय रेलवे की वेबसाइट [www. Indianrailway.gov.in](http://www.Indianrailway.gov.in) पर देखी जा सकती हैं।

तकनीकी मानदंड/आवश्यक मानदंड

1. इन परीक्षणों को करने का अनुभव रखने वाला कम से कम एक पूर्णकालिक योग्य पैथोलॉजिस्ट, पैथोलॉजी लैब के नियमित रोल पर होना चाहिए। केंद्र में परीक्षण करने वाले योग्य तकनीशियन होने चाहिए। योग्यता प्रमाणपत्रों की सत्यापित प्रति प्रस्ताव के साथ संलग्न की जानी चाहिए।
2. प्रयोगशाला में पूरी तरह से स्वचालित जैव रसायन विश्लेषक और 5 भाग हेमेटोलॉजी विश्लेषक होना चाहिए।
3. हार्मोनल परीक्षणों के लिए, केंद्र में केमिलुमिनसेंस हार्मोन विश्लेषक होना चाहिए।
4. डायग्नोस्टिक सेंटर में पैथोलॉजिस्ट द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित आवश्यक मुद्रित रिपोर्ट की आपूर्ति के लिए बैचअप कार्यालय की व्यवस्था होनी चाहिए।
5. पैथोलॉजी प्रयोगशाला/डायग्नोस्टिक सेंटर के पास सरकारी नीति के अनुसार इन परीक्षणों को संचालित करने के लिए सभी वैध लाइसेंस होने चाहिए। इसकी प्रति कार्यालय में संलग्न की जानी चाहिए। यदि एनएबीएल पंजीकृत है तो प्रमाण पत्र भी उपलब्ध कराएं।
6. जांच केंद्र के पास हर साल कोटा मंडल के एचयू अर्थात् बूंदी, सवाई माधोपुर, भरतपुर और तुकलकाबाद में बाहरी गुणवत्ता आश्वासन प्रमाणपत्र होना चाहिए।

(आवेदक के हस्ताक्षर या मुहर सहित अधिकृत एजेंट)

मण्डल चिकित्सा अधिकारी
Divisional Medical Officer
कोटा प. र. KOTA W. R.

अनुबंध एक

वचनबद्धता/उपक्रम का प्रमाण पत्र

1. यह प्रमाणित किया जाता है कि प्रस्ताव पत्र में दिए गए विवरण सही हैं और न्यूनतम पात्रता मानदंड संतुष्ट हैं।
2. कि डायग्नोस्टिक सेंटर सीजीएचएस दिल्ली (टीकेडी डायग्नोस्टिक सेंटर के लिए दिल्ली और एनसीआर की सीजीएचएस दरें) अधिसूचित दरों या सहमत दरों से अधिक शुल्क नहीं लेगा।
3. यदि डायग्नोस्टिक सेंटर द्वारा दी गई कोई भी जानकारी झूठी पाई जाती है तो रेलवे द्वारा डायग्नोस्टिक सेंटर की मान्यता रद्द कर दी जाएगी। डायग्नोस्टिक सेंटर रेलवे को हुई किसी भी वित्तीय हानि, उसके लाभार्थियों को हुई शारीरिक और/या मानसिक चोटों के लिए मुआवजा देने के लिए उत्तरदायी होगा।
4. यह कि अस्पताल के पास सॉफ्ट और हार्ड दोनों फॉर्मेट में बिल और मेडिकल रिकॉर्ड जमा करने की क्षमता है।
5. केंद्र सरकार/राज्य सरकार द्वारा कोई जांच नहीं। या डायग्नोस्टिक सेंटर के खिलाफ कोई वैधानिक जांच एजेंसी लंबित है या विचाराधीन है।
6. आवेदन दस्तावेज़ में निर्धारित नियमों और शर्तों के लिए सहमति।
7. संलग्न सूची में निर्धारित नियमों एवं शर्तों के लिए सहमति।

(आवेदक के हस्ताक्षर या मुहर सहित अधिकृत एजेंट)

महानगर चिकित्सा अधिकारी
Divisional Medical Officer
कोटा व. र. KOTA W. R.

		Applicable Rates only for Tuglakabad Health Unit EOI			Annexure-I
		CGHS package rate Delhi/NCR 2014 updated ON 22 June 2023			
CGHS RATE CODE		CGHS TREATMENT PROCEDURE/INVESTIGATION LIST	Non NABH	NABH/NABL	Accepted offer Rates after Discount
			Non NABL Rates in rupees	(Delhi/NCR) Rates in rupees	
1	1383	Urine routine- pH, Specific gravity, sugar, protein and microscopy	35	40	
2	1384	Urine Microalbumin	70	81	
3	1385	Stool routine	35	40	
4	1386	Stool occult blood	24	28	
5	1387	Post coital smear examination	30	35	
6	1388	Semen analysis	35	40	
7	1389	Haemoglobin (Hb)	18	21	
8	1390	Total Leucocytic Count (TLC)	31	36	
9	1391	Differential Leucocytic Count (DLC)	31	36	
10	1392	Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR)	25	29	
11	1393	Total Red Cell count with MCV,MCH,MCHC,DRW	32	37	
12	1394	Complete Haemogram/CBC, Hb,RBC count and indices,TLC, DLC, Platelet, ESR, Peripheral smear examination	135	155	
13	1395	Platelet count	48	55	
14	1396	Reticulocyte count	48	55	
15	1397	Absolute Eosinophil count (AEC)	48	55	
16	1398	Packed Cell Volume (PCV)	13	15	
17	1399	Peripheral Smear Examination	43	49	
18	1400	Smear for Malaria parasite	41	47	
19	1401	Bleeding Time	35	40	
20	1402	Osmotic fragility Test	50	58	
21	1403	Bone Marrow Smear Examination	70	81	
22	1404	Bone Marrow Smear Examination with iron stain	250	288	
23	1405	Bone Marrow Smear Examination and cytochemistry	440	506	
24	1406	Activated partial ThromboplastinTime (APTT)	102	117	
25	1407	Rapid test for malaria(card test)	44	51	
26	1408	WBC cytochemistry for leukemia -Complete panel	110	127	
27	1409	Bleeding Disorder panel- PT, APTT, Thrombin TimeFibrinogen, D-Dimer/ Fibrinogen Degradation Products (FDP)	400	460	
28	1410	Factor Assays-Factor VIII	720	828	
29	1411	Factor Assays-Factor IX	680	782	
30	1412	Platelet Function test	50	58	
31	1413	Tests for hypercoagulable states- Protein C, Protein S, Antithrombin	400	460	
32	1414	Tests for lupus anticoagulant	150	173	
33	1415	Tests for Antiphospholipid antibody IgG, IgM (for cardiolipin and B2 Glycoprotein I)	500	575	
34	1416	Thalassemia studies (Red Cell indices and Hb HPLC)	560	644	
35	1417	Tests for Sickling / Hb HPLC)	77	89	
36	1418	Blood Group & RH Type	30	35	
37	1419	Cross match	50	58	
38	1420	Coomb's Test Direct	90	104	
39	1421	Coomb's Test Indirect	100	115	
40	1422	3 cell panel- antibody screening for pregnant female	170	200	
41	1423	11 cells panel for antibody identification	170	200	
42	1424	Hepatitis B surface antigen (HBsAg)	102	120	

43	1425	Hepatitis C virus (HCV)	128	150	
44	1426	Human immunodeficiency virus- HIV I and II	150	173	
45	1427	Venereal Disease Research Laboratory test (VDRL)	43	50	
46	1428	RH Antibody titer	80	92	
47	1429	Platelet Concentrate	56	64	
48	1430	Random Donor Platelet(RDP)- (Select CGHS rate Code 1828 for approved rate)	400	400	
49	1431	Single Donor Platelet (SDP- Apheresis)- (Select CGHS rate Code 1830 for approved rate)	11000	11000	
50	1432	Routine-H & E	90	104	
51	1433	special stain	65	75	
52	1434	Immunohistochemistry(IHC)	750	863	
53	1435	Frozen section	780	897	
54	1436	Paraffin section	343	394	
55	1437	Pap Smear	150	173	
56	1438	Body fluid for Malignant cells	150	173	
57	1439	Fine Needle Aspiration Cytology (FNAC)	200	230	
58	1440	Leukemia panel /Lymphoma panel	1536	1766	
59	1441	Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria (PNH) Panel-C	1000	1150	
60	1442	Karyotyping (Select CGHS rate code 677 for approved rate)	800	920	
61	1443	Fluorescent in situ hybridization (FISH)	500	575	
62	1444	Blood Glucose Random	24	28	
63	1445	24 hrs urine for Proteins,Sodium, creatinine	50	58	
64	1446	Blood Urea Nitrogen	54	62	
65	1447	Serum Creatinine	55	63	
66	1448	Urine Bile Pigment and Salt	25	29	
67	1449	Urine Urobilinogen	20	23	
68	1450	Urine Ketones	30	35	
69	1451	Urine Occult Blood	35	40	
70	1452	Urine total proteins	18	21	
71	1453	Rheumatoid Factor / Rh Factor test	100	115	
72	1454	Bence Jones protein	47	54	
73	1455	Serum Uric Acid	55	63	
74	1456	Serum Bilirubin total & direct	80	92	
75	1457	Serum Iron	90	104	
76	1458	C-reactive Protein (CRP)	100	115	
77	1459	C-reactive Protein (CRP) Quantitative	160	184	
78	1460	Body fluid (CSF/Ascitic Fluid etc.)Sugar, Protein etc.	90	104	
79	1461	Albumin.	18	21	
80	1462	Creatinine clearance.	80	92	
81	1463	Serum Cholesterol	62	71	
82	1464	Total Iron Binding Capacity (TIBC)	80	92	
83	1465	Glucose (Fasting & PP)	47	54	
84	1466	Serum Calcium -Total	60	69	
85	1467	Serum Calcium -Ionic	44	51	
86	1468	Serum Phosphorus	60	69	
87	1469	Total Protein Alb/Glo Ratio	50	58	
88	1470	Immunoglobulin G (IgG)	250	288	
89	1471	Immunoglobulin M(IgM)	250	288	
90	1472	Immunoglobulin A(IgA)	250	288	
91	1473	Antinuclear antibody (ANA)	200	230	
92	1474	Anti-double stranded DNA (anti-dsDNA)	350	403	

93	1475	Serum glutamic pyruvic transaminase (SGPT) / Alanine Aminotransferase (ALT)	55	63	
94	1476	Serum Glutamic oxaloacetic transaminase (SGOT) / Aspartate Aminotransferase (AST)	55	63	
95	1477	Serum amylase	117	135	
96	1478	Serum Lipase	130	150	
97	1479	Serum Lactate	72	83	
98	1480	Serum Magnesium	100	115	
99	1481	Serum Sodium	50	58	
100	1482	Serum Potassium	50	58	
101	1483	Serum Ammonia	100	115	
102	1484	Anemia Profile	204	240	
103	1485	Serum Testosterone	150	173	
104	1486	Imprint Smear From Endoscopy	240	276	
105	1487	Triglycerides	75	86	
106	1488	Glucose Tolerance Test (GTT)	90	104	
107	1489	Triple Marker.	800	920	
108	1490	Creatine Phosphokinase (CPK)/Creatine Kinase (CK)	100	115	
109	1491	Foetal Haemoglobin (HbF)	85	100	
110	1492	Prothrombin Time (PT)	110	127	
111	1493	Lactate dehydrogenase (LDH)	100	115	
112	1494	Alkaline Phosphatase	60	69	
113	1495	Acid Phosphatase	78	90	
114	1496	CPK MB/CK MB	190	219	
115	1497	CK MB Mass/CPK MB Mass	140	161	
116	1498	Troponin I	100	115	
117	1499	Troponin T	600	690	
118	1500	Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase (G6PD)	100	115	
119	1501	Lithium	130	150	
120	1502	Dilantin (phenytoin)	400	460	
121	1503	Carbamazepine	400	460	
122	1504	Valproic acid	300	345	
123	1505	Ferritin (Select CGHS rate code 1517 for approved rate)	100	115	
124	1506	Blood gas analysis / Arterial Blood Gas (ABG)	120	138	
125	1507	Blood gas analysis / Arterial Blood Gas (ABG) with electrolytes	460	529	
126	1508	Urine pregnancy test	65	75	
127	1509	Tests for Antiphospholipid antibodies syndrome	280	322	
128	1510	Glycosylated Haemoglobin (HbA1c)	130	150	
129	1511	Haemoglobin Electrophoresis/ Hb HPLC (Select CGHS rate code 1417 for approved rate)	77	89	
130	1512	Kidney Function Test (KFT)	225	259	
131	1513	Liver Function Test (LFT)	225	259	
132	1514	Lipid Profile. (Total cholesterol, LDL, HDL, Triglycerides)	200	230	
133	1515	Serum Iron	90	104	
134	1516	Total Iron Binding Capacity (TIBC) (Select CGHS rate code 1464 for approved rate)	80	92	
135	1517	Serum Ferritin	100	115	
136	1518	Vitamin B12 assay.	250	288	
137	1519	Folic Acid assay.	300	345	

		Extended Lipid Profile. (Total cholesterol, LDL, HDL, Triglycerides Apo A1, Apo B, Lp (a))	595	684	
138	1520				
139	1521	Apolipoprotein A1 (ApoA1)	200	230	
140	1522	Apolipoprotein B (Apo B)	199	229	
141	1523	Lipoprotein A / Lp A	445	512	
142	1524	CD 3,4 and 8 counts	170	200	
143	1525	CD 3,4 and 8 percentage	170	200	
144	1526	Low density lipoprotein (LDL)	62	71	
145	1527	Homocysteine.	400	460	
		Haemoglobin (Hb) Electrophoresis/ (Select CGHS rate code 1417 for approved rate)	77	89	
146	1528				
147	1529	Serum Electrophoresis.	220	253	
148	1530	Fibrinogen.	165	190	
149	1531	Chloride.	60	69	
150	1532	Magnesium.	150	173	
151	1533	Gamma-Glutamyl Transpeptidase (GGTP)	90	104	
152	1534	Lipase.	239	275	
153	1535	Fructosamine.	200	230	
154	1536	Beta 2 microglobulin (B2M) / β 2 microglobulin	90	104	
155	1537	Catecholamines.	1050	1208	
		Creatinine clearance - (Select CGHS rate code 1462 for approved rate)	80	92	
156	1538				
157	1539	Prostate Specific antigen (PSA)- Total	312	359	
158	1540	Prostate-specific antigen (PSA) - Free	375	431	
159	1541	Alpha Fetoprotein (AFP)	300	345	
160	1542	Human chorionic gonadotropin (HCG)	289	332	
161	1543	Cancer Antigen 125 (CA 125)	391	450	
162	1544	Cancer Antigen 19.9 (CA 19.9)	616	708	
163	1545	Cancer Antigen 15.3 (CA 15.3)	560	644	
164	1546	Vanillylmandelic Acid (VMA)	350	403	
165	1547	Calcitonin	500	575	
166	1548	Carcinoembryonic Antigen (CEA)	340	391	
167	1549	Immunofluorescence	150	173	
168	1550	Direct (Skin and kidney Disease)	425	500	
169	1551	Indirect (antids DNA Anti Smith ANCA)	425	500	
		Calcidiol / 25-hydroxycholecalciferol / Vitamin D3 assay (Vit D3)	550	633	
170	1552				
		Serum Protein electrophoresis with immunofixation electrophoresis (IFE)	300	345	
171	1553				
		BETA-2 Microglobulin assay (Select CGHS rate code 1536 for approved rate)	90	104	
172	1554				
173	1555	Anti-Cyclic Citrullinated Peptide (Anti CCP)	450	518	
		Anti-tissue Transglutaminase antibody (Anti TTG Antibody)	425	500	
174	1556				
175	1557	Serum Erythropoietin	425	500	
176	1558	Adrenocorticotrophic Hormone (ACTH)	500	575	
177	1559	T3, T4, TSH	200	230	
178	1560	Triiodothyronine- T3	64	75	
179	1561	Tetraiodothyronine T4	64	75	
180	1562	Thyroid stimulating hormone (TSH)	90	104	
181	1563	Luteinizing hormone (LH)	150	173	
182	1564	Follicle stimulating hormone (FSH)	150	173	
183	1565	Prolactin	150	173	
184	1566	Cortisol	250	288	

185	1567	PTH(Paratharmone)	500	575	
186	1568	C-Peptide (C Peptide / Connecting Peptide)	330	380	
187	1569	Insulin.	150	173	
188	1570	Progesterone.	225	259	
189	1571	17 Hydroxyprogesterone (17 OH Progesterone)	440	506	
190	1572	Dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS)	440	506	
191	1573	Androstenedione	600	690	
192	1574	Growth Hormone.	340	391	
193	1575	Thyroid peroxidase antibody (TPO)	300	345	
194	1576	Throglobulin.	300	345	
195	1577	Hydatic Serology.	318	374	
196	1578	Anti Sperm Antibodies.	380	437	
197	1579	Hepatitis B Virus (HBV) DNA Qualitative	2000	2300	
198	1580	Hepatitis B Virus (HBV) DNA Quantitative.	1500	1725	
199	1581	Hepatitis C Virus (HCV) RNA Qualitative.	1691	1945	
200	1582	Human papillomaviruse (HPV) Serology	218	251	
201	1583	Rota Virus serology	130	150	
202	1584	PCR for Tuberculosis (TB)	900	1035	
203	1585	PCR for Human immunodeficiency virus (HIV)	600	690	
204	1586	Chlamydae antigen	850	978	
205	1587	Chlamydae antibody	238	280	
206	1588	Brucella serology	230	265	
207	1589	Influenza A serology	943	1084	
208	1724	Muscle biopsy	383	450	
209	1725	Acetylcholine receptor (AChR) antibody titre	1848	2125	
		Anti muscle specific receptor tyrosine kinase (Anti	2340	2691	
210	1726	MuSK) antibody titre			
211	1727	Serum copper	500	575	
212	1728	Serum ceruloplasmin	450	518	
213	1729	Urinary copper	500	575	
214	1730	Serum homocysteine	450	518	
215	1731	Serum valproate level	315	362	
216	1732	Serum phenobarbitone level	350	403	
217	1733	Coagulation profile	553	636	
		Protein C, Protein S, Antithrombin-III (Select CGHS	400	460	
218	1734	rate code 1413 for approved rates)			
		Serum lactate level (Select CGHS rate code 1479 for	72	83	
219	1735	approved rate)			
		Basic studies including cell count, protein, sugar, gram	240	276	
220	1736	stain,India Ink preparation and smear for AFP			
221	1737	Special studies	1000	1150	
222	1738	PCR for tuberculosis/ Herpes simplex	1200	1380	
223	1739	Bacterial culture and sensitivity	200	230	
224	1740	Mycobacterial culture and sensitivity	200	230	
225	1741	Fungal culture	128	150	
226	1742	Malignant cells	64	75	
			890	1024	
227	1743	Anti measles antibody titre (with serum antibody titre)			
228	1744	Viral culture	255	300	
		Antibody titre (Herpes simplex, cytomegalo virus,	760	874	
229	1745	flavivirus, zoster varicella virus)			
230	1746	Oligoclonal band	1200	1380	
231	1747	Myelin Basic protein	1871	2125	

232	1748	Lactate (Select CGHS rate code 1479 for approved rate)	72	83	
233	1749	Cryptococcal antigen	850	1000	
234	1750	D-xylase test	850	1000	
235	1751	Fecal fat test/ fecal chymotrypsin/ fecal elastase (Select CGHS rate code 1335 for approved rate)	350	403	
236	1752	Breath tests (select CGHS rate code 1336 for approved rate)	300	345	
237	1753	H pylori serology for Coeliac disease /Celiac disease	500	725	
238	1754	HBV genotyping	2500	2875	
239	1755	HCV genotyping	4875	5606	
240	1756	Urinary vanillylmandelic acid (VMA)	1500	1725	
241	1757	Urinary metanephrine/Normetanephrine	1138	1309	
242	1758	Urinary free catecholamine	1690	1944	
243	1759	Serum catecholamine	3400	3910	
244	1760	Serum aldosterone	1125	1294	
245	1761	24 Hr urinary aldosterone	920	1058	
246	1762	Plasma renin activity	1000	1150	
247	1763	Serum aldosterone/renin ratio	1200	1380	
248	1764	Osmolality urine	128	150	
249	1765	Osmolality serum	128	150	
250	1766	Urinary sodium	80	94	
251	1767	Urinary Chloride	43	50	
252	1768	Urinary potassium	80	94	
253	1769	Urinary calcium	80	94	
254	1770	Thyroid binding globulin	510	600	
255	1771	24 hour urinary free cortisol	200	230	
256	1772	Islet cell antibody	750	863	
257	1773	Glutamic Acid Decarboxylase Autoantibodies test (GAD antibodies)	1330	1530	
258	1774	Insulin associated antibody	449	516	
259	1775	Insulin-like growth factor-1 (IGF-1)	1500	1725	
260	1776	Insulin-like growth factor binding protein 3 (IGF-BP3)	1650	1898	
261	1777	Sex hormone binding globulin	1333	1533	
262	1778	USG guided FNAC thyroid gland	387	455	
263	1779	Estradiol (E2)	208	245	
264	1780	Thyroglobulin antibody	587	675	
265	1781	Kappa Lambda Light Chains, Free, Serum/ Serum free light chains (SFLC)	3500	4025	
266	1782	Serum IGE Level	300	345	
267	1783	NT-Pro BNP	1800	2070	
268	1784	CECT Chest	2445	2875	
269	1785	MRI-Prostate (Multi-parametric)	6000	6900	
270	1786	HCV RNA Quantitative	1500	1725	
271	1787	Tacrolimus	2300	2645	
272	1788	Protein Creatinine Ratio, Urine	120	138	
273	1789	Fibroscan Liver	1000	1150	
274	1790	HLA B27 (PCR)	500	575	
275	1791	Mantoux Test	175	200	
276	1792	Procalcitonin	1800	2070	
277	1793	TORCH Test	1120	1288	
278	1796	Anti -Smooth Muscle Antibody Test (ASMA)	1241	1460	
279	1797	C ANCA-IFA	1275	1500	

280	1798	P ANCA-IFA	1275	1500	
281	1799	Angiotensin converting enzyme (ACE)	850	1000	
282	1800	Endo bronchial Ultrasound (EBUS) Trans bronchial needle aspiration (TBNA) Using New Needle	15614	18370	
283	1801	Extractable Nuclear Antigens (ENA) - Quantitative	4250	4600	
284	1802	Chromogranin A	4250	5000	
285	1803	Faecal calprotectin (fecal calprotectin)	2320	2730	
286	1804	C3-COMPLEMENT	552	650	
287	1805	C4-COMPLEMENT	552	650	
288	1806	Genexpert Test	880	1035	
289	1809	EUS (Endoscopic Ultrasound) guided FNAC (Using with Needle)	12750	15000	
290	1813	H1N1 (RT-PCR)	921	1084	
291	1814	Erythropoietin Level (Select CGHS rate code 1557 for approved rate)	425	500	
292	1815	Anti HEV IgM	850	1000	
293	1816	Anti HAV IgM	637	750	
294	1817	HBsAg Quantitative	552	650	
295	1818	Typhidot IgM	340	400	
296	1819	Hepatitis B Core Antibody (HBcAb) Level (Hepatitis B Core IgM Antibody)	408	480	
297	1820	Anti HBs	552	650	
298	1821	Free Triiodothyronine (FT3)	106	125	
299	1822	Free Thyroxine (FT4)	106	125	
300	1823	Widal Test	60	70	
301	1824	Dengue Serology	510	600	
302	1825	Blood component charges - Whole Blood per Unit	1450	1450	
303	1826	Blood component charges - Packed Red Cell per Unit	1450	1450	
304	1827	Blood component charges - Fresh Frozen Plasma	400	400	
305	1828	Platelet Concentrate- Random Donor Platelet (RDP)	400	400	
306	1829	Blood component charges - Cryoprecipitate	200	200	
307	1830	Platelet Concentrate - Single Donor Platelet (SDP)- Apheresis per unit	11000	11000	
308	1831	CCS Group A Officer of above 40 years of age -Male, Annual Health Check up	2000	2000	
309	1832	CCS Group A Officer of above 40 years of age - female, Annual Health Check up	2200	2200	
310	1833	Interleukin 6 (IL 6)	1360	1600	

Authorized Signature.....

Address.....

Phone No.....

E-mail ID.....

SEAL STAMP.....

अवधन चिकित्सा अधिकारी
Divisional Medical Officer
कोटा व. रे. KOTA W. R.