



विन्या से मुक्ति

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Employees' State Insurance Corporation
आदर्श चिकित्सालय एवं व्यावसायिक रोग केन्द्र
Model Hospital and Occupational Disease Centre
नंदानगर, इन्दौर Nanda Nagar, Indore - 452011
दूरभाष / Tele - 0731-2554411 फेक्स / Fax-0731-2559080
E-Mail: ms-indore@esic.nic.in / www.esic.nic.in



निविदा – प्रपत्र

वर्ष

2015–2017

पैथालॉजी, बायोकेमेस्ट्री,
माईकोबॉयलाजी, सोनोग्राफी,
रेडियोलाजी, इण्डोस्कॉपी, ब्लड प्रोडक्ट्स, सिटी स्कैन,
एम0आर0आई0
एवं अन्य
जॉचो हेतु अनुपूर्ति (SUPPLYMENTARY) निविदा



चिन्ता से मुक्ति

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
Employees' State Insurance Corporation
आदर्श चिकित्सालय एवं व्यावसायिक रोग केन्द्र
Model Hospital and Occupational Disease Centre
नन्दानगर, इन्दौर Nanda Nagar, Indore - 452011
दूरभाष / Tele-0731-2554411 फेक्स Fax-0731-2559080
E-Mail: ms-indore@esic.nic.in / www.esic.nic.in



निविदा सूचना

चिकित्सा अधीक्षक क०रा०बी० निगम आदर्श चिकित्सालय एवं व्यावसायिक रोग केन्द्र, नन्दानगर, इन्दौर पैथॉलॉजी, बायो केमिस्ट्री, सोनोग्राफी, रेडियोलॉजी, एम०आर०आई०, सीटी स्कैन, एन्डोस्कोपी, ब्लड प्रोडक्ट्स आदि जाँच के लिए स्थानीय संस्थानों/फर्म से खुली निविदाएं आमंत्रित करते हैं। निगम की वेबसाइट <www.esic.nic.in> एवम <www.esicmp.in> से निविदा-प्रपत्र देखे जा सकते हैं। निविदा-प्रपत्र के साथ निविदा शुल्क रु. 500/- का किसी राष्ट्रीयकृत बैंक से आहरित डिमांड ड्राफ्ट जो क०रा०बी०नि० खाता सं. 1 के नाम से आहरित होकर इन्दौर में देय हो।

निविदा प्राप्त करने हेतु **16.02.15** से **09.03.15** तक सोमवार से शनिवार को सुबह 10:00 से 1:00 बजे के मध्य क०रा०बी० निगम आदर्श चिकित्सालय एवं व्यावसायिक रोग केन्द्र, नन्दानगर, में संपर्क किया जा सकता है।

निविदा जमा करने की अन्तिम तिथि :- **10.03.15**(दोपहर 1.00 बजे तक)

निविदा खोलने की तिथि :- **10.03.15**(दोपहर 2.30 बजे)

योग्यता एवं अन्य समस्त शर्तें निविदा फार्म में दी गई हैं। ईएमडी की राशि रु. 5,000/- होगी।

चिकित्सा अधीक्षक

प्रति,
चिकित्सा अधीक्षक
क०स०बी० निगम आदर्श चिकित्सालय
नन्दानगर, इन्दौर (म.प्र.)

विषय :- पैथालॉजी, बायोकेमेस्ट्री, माइक्रोबायोलॉजी, सोनोग्राफी, रेडियॉलाजी, इण्डोस्कोपी, ब्लड प्रोडक्ट्स, सिटीस्केन, एम०आर०आई० एवं अन्य जाँच हेतु निविदा वर्ष 2015-2017

श्रीमान,

विषयांतर्गत हम/मैं क०स०बी० निगम आदर्श चिकित्सालय, इन्दौर में पैथालॉजी, बायोकेमेस्ट्री, माइक्रोबायोलॉजी, सोनोग्राफी, रेडियॉलाजी, इण्डोस्कोपी, ब्लड प्रोडक्ट्स, सिटीस्केन, एम०आर०आई० एवं अन्य जाँचों हेतु निविदा वर्ष 2015-2017 हेतु निविदा संलग्न प्रपत्र में दर सहित अपना निविदा आवेदन सहर्ष प्रस्तुत करते हैं।

मुझे निविदा प्रपत्र के साथ संलग्न समस्त शर्तें मंजूर हैं।

1. निविदाकर्ता का नाम _____
2. संस्था/कम्पनी का नाम व सील _____
3. संस्था / कम्पनी का पूर्ण पता _____
मोबाईल नं० _____ कार्यालय फोन नं० _____ निवास फोन नं० _____
फैक्स नं० _____ ई-मेल एड्रेस _____
4. ड्रग लाइसेंस नं० _____
5. संस्थान का स्थापना वर्ष एवं रजिस्ट्रेशन/लायसेंस नम्बर _____
6. कार्य करने का विगत वर्षों का कार्य विवरण (कृपया आवश्यक होने पर अलग से शीट लगाए) _____
7. आयकर अदेयता का नम्बर (PAN) _____
8. क०स०बी० निगम आदर्श चिकित्सालय में कार्यरत कर्मचारी से संबंध यदि हो तो _____
9. अन्य कोई विवरण _____
10. निविदा पत्र प्रत्येक पृष्ठ पर हस्ताक्षर एवं रबर मोहर के साथ संलग्न है।

निविदाकर के हस्ताक्षर
रबर मोहर

निविदा फार्म के साथ निम्नलिखित दस्तावेज प्रस्तुत करना अनिवार्य है।

1. फर्म/संस्थान का रजिस्ट्रेशन जिसमें निविदाकृत कार्य का उल्लेख होना अनिवार्य है।
2. अनुभव :- कम से कम दो प्रतिष्ठित संस्थानों/चिकित्सालयों के विगत दो वर्षों में संतोषजनक कार्य का अनुभव होना आवश्यक है। सम्बंधित संस्था/चिकित्सालय का अनुभव प्रमाण पत्र संलग्न करें (यदि क.स.बी.नि. आदर्श चिकित्सालय से अनुबंध हो तो एक अनुभव प्रमाण-पत्र संलग्न करें)।
3. विगत दो वित्तीय वर्षों की बेलेंस-शीट एवं आयकर विवरणी प्रस्तुत करें।
4. अनुलग्नक 'D' में दिया गया घोषणा पत्र रु.100 कीमत के नासजूडिशियल स्टाम्प पेपर पर देना अनिवार्य है।
5. संस्था/फर्म की वांछित जानकारी अनुलग्नक 'A' में देना अनिवार्य है।
उक्त पॉव दस्तावेज टेक्नीकल बिड के लिफाफे में रखा जाना अनिवार्य है अन्यथा निविदा विचार योग्य नहीं मानी जावेगी।

सामान्य निर्देश

A. निविदा बन्द करना :-

- i. निविदा फार्म तीन लिफाफों - 'I' 'II' एवं 'III' में प्रस्तुत किया जाना चाहिए।
 - ii. एक लिफाफे में धरोहर राशि रु. 5,000/- का डीडी जो राष्ट्रीयकृत बैंक से ई.एस.आई. अकाउन्ट नम्बर - 1 के नाम से आहरित हो तथा इन्दौर में देय हो रखा जाना है। इसी लिफाफे में अनुलग्नक 'C' भी डालें। लिफाफे पर 'I' अंकित करें और 'ई.एम.डी.' स्पष्ट रूप से लिखा जाए।
 - iii. दूसरे लिफाफे में सम्पूर्ण टेण्डर फार्म (अनुलग्नक 'C' को छोड़कर) रखा जाना है जिसके प्रत्येक पृष्ठ पर निविदाकार को हस्ताक्षर एवं रबर मोहर अनिवार्य है। प्रत्येक पृष्ठ पर हस्ताक्षर एवं रबर मोहर अंकित नहीं पाए जाने पर निविदा निरस्त की जा सकती है। टेण्डर डाक्यूमेंट के साथ अन्य कोई दस्तावेज जो निविदाकार संलग्न करना चाहे, संलग्न किए जा सकते हैं। उपर्युक्त समस्त डाक्यूमेंट एवं लिफाफे में रखें तथा सीलबंद करें। लिफाफे पर 'II' अंकित करें तथा "Technical Bid for Investigation" स्पष्ट रूप से लिखें।
 - iv. तीसरे लिफाफे में अनुलग्नक 'F' में योग्य जांचों के भाव (Rate) भरकर रखें तथा लिफाफा पूर्णतः सीलबंद करें। लिफाफे के ऊपर 'III' अंकित करें तथा "Financial Bid for Investigation" लिखें।
 - v. उक्त तीनों 'I' 'II' तथा 'III' लिफाफों को चौथे लिफाफे में रखकर सीलबंद करें तथा लिफाफे पर "Tender for Investigation" स्पष्ट रूप से लिखें।
 - vi. यह सीलबंद लिफाफा दिनांक **10.03.2015** को 1:00 बजे तक टेण्डर बॉक्स में डाला जावे। इसके पश्चात् टेण्डर उसी दिनांक को अपराह्न 2:30 बजे निविदाकारों के प्रतिनिधियों की उपस्थिति में अधिकृत समिति द्वारा खोले जावेगें। धरोहर राशि का लिफाफा 'I' खोला जावेगा। प्रथमतः धरोहर राशि का डीडी प्राप्त नहीं होने की दशा में निविदा विचार योग्य नहीं मानी जावेगी तथा निरस्त कर दी जावेगी।
6. सशर्त निविदा स्वीकार नहीं की जावेगी।
 7. अनिवार्य संलग्नक के अभाव में निविदा निरस्त मानी जावेगी।
 8. अस्पष्ट एवं अपूर्ण टेण्डर फार्म अस्वीकृत किये जाएंगे।
 9. जिनकी निविदाकताओं की निविदा स्वीकृत नहीं होगी, उनकी धरोहर राशि रु.पाँच हजार लौटा दी जावेगी। धरोहर राशि पर कोई ब्याज देय नहीं होगा।

3. नियम व शर्त :-

1. जाँच की सुविधा 24 घंटे उपलब्ध करवाने एवं उसकी रिपोर्ट दो प्रतियों में जिसमें से एक रिपोर्ट बिल के साथ चिकित्सालय में तथा दूसरी रिपोर्ट मरीज को जल्द से जल्द देना अनिवार्य है। अगर 48 घण्टों में रिपोर्ट नहीं दी गई तो चिकित्सा अधीक्षक द्वारा कड़ी कार्यवाही की जा सकती है।
2. प्रत्येक जाँच जिस हेतु निविदाकार निविदा प्रस्तुत करने का इच्छुक है, के सामने दर प्रस्तावित की जाए। जाँच की दरें C.G.H.S. Rates जो अनुलग्नक -F में दी गई हैं उससे ज्यादा नहीं होनी चाहिए।
3. डायग्नोस्टिक सेंटर एवं चिकित्सालय स्थानीय रूप से इन्दौर में स्थित होना चाहिए।
4. जाँच हेतु प्रस्तावित दर फिल्म/एनेस्थेसिया/कन्ट्रास्ट/औषधि एवं अन्य सामग्री आदि को सम्मिलित करते हुए ही दी जाए। स्वीकृत दर के अतिरिक्त अन्य किसी भी प्रकार का शुल्क व कर देय नहीं होगा।
5. आवेदन पत्र ग्रहण किया जाना — इस आवेदन पत्र में उल्लेखित किसी भी नियम अथवा शर्त के विरुद्ध अथवा उससे मेल न रखने से संबंधित कोई भी शर्त अथवा रोक ब्रेअसर मानी जावेगी व शुन्य मानकर लागू नहीं होगी।
6. निविदाकर्ता को इस आशय का एक प्रमाण-पत्र प्रस्तुत करना होगा कि टेण्डर में कोट(quote) किए गए भाव से कम दर में वे अन्यत्र कहीं जाँच की सुविधा उपलब्ध नहीं करा रहे हैं। मान्य दर से कम दर पर अन्यत्र सुविधा प्रदान दी गई पाए जाने पर उसी कम दर से जाँच का भुगतान स्वीकार्य होगा।
7. निविदाकार केवल उन्हीं जाँच हेतु निविदा प्रस्तुत कर सकते हैं जिस हेतु आवश्यक उपकरण/उपस्कर उनके स्वयं की स्वामित्व में उपलब्ध हैं संबंधित-परीक्षण को करने हेतु आवश्यक दक्षता/कौशल एवं वैधानिक अनुमति/आज्ञप्ति (Licence) (जहाँ लागू हो) का होना आवश्यक है।
8. अनुबंधित संस्था द्वारा निविदा स्वीकृति उपरांत मरीजों के परीक्षण किसी भी कारण से नहीं किए जाने की स्थिति में परीक्षण अन्य संस्था से करवाया जावेगा और इस प्रकार की जाँच पर हुए व्यय की अनुबंधित दर से अन्तर की राशि की वसूली अनुबंधित संस्था से की जावेगी।
9. निविदाकर्ता द्वारा न्यूनतम दर प्रस्तुत करने मात्र से निविदाकर्ता को ठेका आदेश प्राप्त करने का अधिकार नहीं होगा। आवश्यकता पड़ने पर अधीक्षक, न्यूनतम निविदाकर्ता से पुनः चर्चा कर उनकी प्रस्तुत दरों को वास्तविकता के स्तर तक नीचे लाने के लिये सहमति प्राप्त करेंगे। यह सुविधा स्थिति विशेष में केवल न्यूनतम निविदाकर्ता को ही दी जावेगी। अन्य निविदाकर्ता इस सुविधा का लाभ नहीं पा सकेंगे।
10. अनुबंध निष्पादन के उपरान्त कार्य प्रारंभ नहीं करने की स्थिति में जमा प्रतिभूति राशि राजस्वत कर आदेश निरस्त करने का अधिकार चिकित्सा अधीक्षक को रहेगा तथा कार्यदेश अन्य योग्य एवम् इच्छुक संस्था को दिया जावेगा। इस कारण होने वाली वित्तीय हानि को भी राजकीय हानि मानते हुए निरस्त निविदाकर्ता से हानि राशि की वसूली जावेगी।
11. निविदा के भाव में कहीं भी काट-पीट न हो अर्थात् यदि सशोधन या कटे हुए भाग पर हस्ताक्षर किए गए हों तो भी मान्य नहीं किया जाएगा।
12. न्यूनतम निविदा दर शासन द्वारा अन्य किसी संस्थान हेतु स्वीकृत दर से अधिक होने पर चिकित्सा अधीक्षक को यह अधिकार होगा कि वे इस निविदा दर के स्थान पर बिना निविदा प्रक्रिया के ऐसे संस्थान को अधिकृत कर सकेंगे, यदि स्वीकृत निविदाकर्ता शासन द्वारा स्वीकृत दर पर संबंधित सुविधा उपलब्ध कराने हेतु सहमत होते हैं तो उसके प्रस्ताव पर भी विचार किया जा सकेगा। परन्तु किसी भी स्थिति में चिकित्सा अधीक्षक का निर्णय अंतिम एवं बंधनकारी होगा।
13. निविदाकार को निविदा के साथ रुपये 5,000/- का बैंकर्स चेक /मांग-पत्र (Demand Draft) ई0एस0आई0 फंड अकाउंट नं. 1 आदर्श चिकित्सालय, इन्दौर के नाम से धरोहर राशि स्वरूप जमा कराना होगा। धरोहर राशि के अभाव में निविदा मान्य नहीं की जावेगी। अगर किसी निविदाकार की निविदा निरीक्षणोपरान्त मान्य नहीं हुई तो ऐसी स्थिति में जमा राशि एक माह के अंदर वापस

कर दी जावेगी अन्य स्थिति में अमानती एकम सुरक्षा प्रतिभूति में बदल दी जावेगी अथवा कान्ट्रेक्ट समाप्त होने के पश्चात दावा करने पर दी जावेगी। "जॉन्घ" की अनियमितता की स्थिति में प्रतिभूति राशि के राजसात किए जाने का पूर्ण अधिकार चिकित्सा अधीक्षक, क0रा0बी0 निगम आदर्श चिकित्सालय, इन्दौर को रहेगा। धरोहर राशि की अनुपस्थिति में निविदा आवेदन पत्र निरस्त माना जावेगा।

14. शर्ती या किसी भी निविदा को बिना कारण दर्शाए स्वीकृत/अस्वीकृत करने का पूर्ण अधिकार चिकित्सा अधीक्षक के पास सुरक्षित है।
 15. निविदाकर्ता को निविदा के प्रपत्र की समस्त शर्तें मंजूर होनी चाहिए, जिनका पालन करने के लिये वह वैधानिक रूप से बाध्य है। इस आशय का घोषणा पत्र रुपये 100/- के स्टैम्प पेपर पर अनुलग्नक 'D' पर प्रस्तुत करना होगा।
 16. स्थायी लेखा संख्या (PAN No.) की प्रति आवश्यक रूप से अनुलग्नक 'A' में उल्लेखित करें।
 17. न्यायालय से संबंधित समस्त कार्यवाही इन्दौर न्यायालय के अंतर्गत ही मान्य होगी।
 18. निविदा की शर्तों में परिवर्तन का अधिकार चिकित्सा अधीक्षक, क0रा0बी0 निगम आदर्श चिकित्सालय को रहेगा।
 19. स्टाफ के व्यवहार से शासकीय कार्य में कोई बाधा उत्पन्न होती है तो उस स्टाफ को तत्काल बदलना होगा।
 20. निविदाकर्ता के कर्मचारी चिकित्सालय के अधिकारियों, कर्मचारियों, मरीजों एवं उनके परिजन से शालीनता का व्यवहार करेंगे।
 21. सशर्त निविदाएँ मान्य नहीं की जावेगी।
 22. जॉन्घ के पश्चात् तैयार की गई रिपोर्ट विशेषज्ञ द्वारा ही हस्ताक्षरित होना चाहिए।
 23. यदि निविदाकार की निविदा मान्य की जाती है तो निविदाकर्ता को चिकित्सालय द्वारा दूरभाष पर अवगत कराया जाता है, तो मरीजों के लिए, कर्मचारी राज्य बीमा निगम, आदर्श चिकित्सालय, इन्दौर से अपनी संस्था तक जाने एवं वापस लौटाने हेतु वाहन उपलब्ध करवाना होगा। ऐसा संभव नहीं होने पर संस्था के द्वारा मरीज का वाहन व्यय उसी समय देना होगा।
 24. किसी भी विवाद की स्थिति में चिकित्सा अधीक्षक का निर्णय अंतिम होगा।
 25. निविदाकार को संलग्न घोषणा-पत्र निविदा के साथ देना अनिवार्य है।
 26. निविदाकार संस्था के NABL प्रमाणित होने तथा ऐसा प्रमाण-पत्र संलग्न करने पर ऐसी निविदाकार संस्था को प्राथमिकता दी जाएगी।
4. दंड/अनुबंध का निरस्तीकरण :-
1. चिकित्सा अधीक्षक के पास किसी भी समय बिना कोई कारण बताए एक माह के नोटिस देने पर ठेका समाप्त करने का अधिकार सुरक्षित है।
 2. आर्थिक दंड बार-बार किये जाने के पश्चात भी कार्य में सुधार नहीं लाने पर निविदाकर्ता की निविदा निरस्त कर दी जावेगी।

मैं (निविदाकर्ता का नाम) यह प्रमाणित करता हूँ कि निविदा प्रपत्र के समस्त-दस्तावेज एवं नियम व शर्तों को मेरे द्वारा पूर्ण रूप से देख लिया गया है, अतः इस निविदा प्रपत्र को भरने हेतु अपनी सहमति प्रदान करता हूँ।

निविदाकर्ता के हस्ताक्षर
रबर मोहर

धरोहर राशि का विवरण (प्रारूप)

1. राशि रू. _____
2. डिमान्ड ड्राफ्ट _____

3. जारी होने की दिनांक _____
4. जारी करने वाले राष्ट्रीयकृत बैंक का नाम व शाखा _____

5. मुग्तान का स्थान _____

निविदाकर्ता के हस्ताक्षर

नाम एवं पूर्ण पता _____

संस्था की सील _____

दिनांक :-

घोषणा – पत्र

1. मैं / हम भारत के नागरिक हूँ / हैं।
2. मैं / हम भारतीय संविदा अधिनियम के अनुसार संविदा के लिये संक्षम हूँ / हैं।
3. मुझे / हमें चिकित्सालय में पैथोलॉजी जांचे आदि के लिये म0प्र0 शासन / केन्द्र शासन के किसी विभाग द्वारा बहिष्कृत नहीं किया गया है। मेरी/हमारी संस्था को किसी भी शासकीय/अर्द्धशासकीय/स्वशासी संस्था द्वारा काली सूची में नहीं रख गया है।
4. मेरे/हमारे द्वारा निविदा की शर्तों के अलावा अन्य कोई शर्तें प्रस्तुत नहीं की गयी हैं। यदि अन्य कोई शर्त प्रस्तुत की गयी है, तो उसे अमान्य किया जाये।
5. मेरे/हमारे द्वारा इस निविदा में भरी दर से कम दर की निविदा म0प्र0 राज्य / केन्द्र शासन अथवा किसी संस्था या कार्यालय में प्रस्तुत नहीं की गई है।
6. मैं/हम चिकित्सालय के किसी भी कर्मचारी से संबंधित नहीं हैं। हमारी संस्था के विरुद्ध सी0बी0आई0/शासकीय कार्यालय आदि में कोई जांच लंबित नहीं है।
7. यदि हमारी संस्था के साथ रक्त प्रदाय किये जाने का अनुबंध निष्पादित किया जाता है तो हम शासन द्वारा निर्धारित मापदण्डों को पूर्ण कर ब्लड बैंक से ब्लड प्रदाय करेंगे। ब्लड प्रदाय करने में असमर्थ होने पर हम यह सहमति देते हैं कि बीमित व्यक्ति द्वारा अन्य स्रोतों से ब्लड प्राप्त करने पर बिल का भुगतान हमारे द्वारा किया जावेगा। हमारे द्वारा दिये ब्लड की एच0आई0वी0 एवं हेपेटाईटिस जांच कराने के पश्चात् ही ब्लड दिया जावेगा जो एच0आई0वी0 एवं हेपेटाईटिस से मुक्त होगा।

गवाह के हस्ताक्षर

1. गवाह का नाम _____

व पता _____

2. गवाह का नाम _____

व पता _____

निविदाकार के हस्ताक्षर _____

संस्था के संक्षम अधिकारी का नाम _____

निविदाकार के हस्ताक्षर _____

संस्था का नाम व पता _____

संस्था की सील _____

चेक लिस्ट
(संलग्न दस्तावेज)

1.	मूल निविदा प्रपत्र में प्रत्येक पृष्ठ पर इरताकर व सील युक्त मूलतः	हाँ/नहीं
2.	फर्म/संस्था राजिस्ट्रेशन की छायाप्रति, जिसमें निविदाकृत कार्य व्यवसाय में प्रदर्शित है।	हाँ/नहीं
3.	ई0एम0डी0 की राशि रु. 5,000/- का डिमांड ड्राफ्ट/बैंकर्स चेक जो ई0एस0आई0 फंड अकाउंट नं. 1, इन्दौर में देय होकर पृथक लिफाफे में बत्तौर अनुलग्नक 'C' संलग्न किया जाए।	हाँ/नहीं
4.	विगत 2 वर्षों की बैलेंस शीट एवं आयकर विवरणी प्रस्तुत करें।	हाँ/नहीं
5.	100 रुपये राशि के नॉन ज्यूडिशियल स्टैम्प पेपर पर शपथ पत्र मूलतः	हाँ/नहीं
6.	अनुभव प्रमाण-पत्र की प्रतिलिपि	हाँ/नहीं
7.	वर्तमान आयकर अदेयता (PAN) कार्ड की छायाप्रति।	हाँ/नहीं
8.	दर सूची (Financial Bid) (पृथक लिफाफे में) (अनुलग्नक- 'F')	हाँ/नहीं

अनुलम्बक - 'F'

MRI (Including All Charges – Contrast & Anesthesia & CD if needed)

S No.	Name Of Investigation	Quoted rates		NABH/NABL		CGHS Rates (Non-NABH/ NABL)		CGHS Codes
		Plain	Contrast	Plain	Contrast	Plain	Contrast	
1	Brain (Head)			2298	3275	1998	2848	1661 & 1662
2	Angio with Contrast				5750		4950	1711
3	Brain +Angio							
4	Brain +Angio+Venography							
5	Spine (one Region)					2125	4500	
6	Joints (each)					2125	4500	
7	Chest			2444	4600	1913	4000	1701 & 1702
8	Pelvis			2444	5750	2125	4500	1688 & 1689
9	Whole Abdomen with Mesentric Angiography							
10	Whole Abdomen			2444	5750	2125	4500	1696 & 1697
11	Lower Abdomen							
12	Upper Abdomen							
13	Vertigo Profile							
14	Mylo (Soft tissue)							
15	Neck			3450	5750	2700	4500	1668 & 1669
16	Spine screening without contrast			1150		1000		1700
17	MRI PNS & Nasopharynx			2818	4025	2450	3500	1665 & 1666
18	Orbit			1662	2300	1445	2000	1663 & 1664
19	Limbs (Thigh /Foot /Leg /Arm /Forearm)			2444	5750	2125	4500	1690 & 1691
20	Venography							
21	Spectroscopy							
22	MRI Brain + Orbit				3571		3105	151
23	Cardiac MRI for anatomical assesment				2811		2200	604
24	MRI whole Spine							
25	MR Cholecysto Pancreatography				5693		4500	1710

CT SCAN (Including All Charges – Contrast & Anesthesia)

1	C.T. Scan Head			1035	1553	893	1215	1637 & 1638
2	C.T. Scan PNS			1035	1840	900	1600	1651 & 1652
3	HRCT Temporal Bone							

4	C.T. Scan Neck		1725	2151	1500	1870	1647 & 1648
5	C.T. Scan spine partial (Cervical, Dorsal, Lumbar, Sacral)		1725		1488		1653
6	C.T. Scan chest		1955		1700		1639
7	C.T. Chest with Virtual Bronchoscopy						
8	C.T. Chest + CT Guided Biopsy of Mass + Histopathology						
9	C.T. Scan Upper abdomen						
10	C.T. Scan lower abdomen including pelvis		1725	1955	1500	1530	1640 & 1641
12	C.T. Scan whole Abdomen		3450	4744	2700	4050	1642 & 1643
13	C.T. Scan whole Abdomen with contrast with I.V.P.						
14	C.T. Scan Joint (each)						
15	C.T. Scan Whole body						
16	C.T. Scan angiography (ONE REGION)						
17	C.T. Scan Orbit		1369	1857	1190	1615	1649 & 1650
18	C.T. Scan Angiography Heart						
19	C.T. Scan Coronary Angiography		6935		6030		602
20	C.T. Scan Limbs (Thigh /Foot /Leg /Arm /Forearm)		1955	2591	1700	2253	1656 & 1657
21	CT Guided FNAC		1380		1200		1658
22	C.T. Urogram/KUB/IVP						
23	C.T. MRI Combo						
24	C.T. Scan Tumour Lesion with CT Guided FNAC						
25	CECT Whole Abdomen with Mesentric Angiography						
26	CT Sinogram						
27	CT Angio major vessel						
28	CT Brain + Orbit		199			156	150
29	CT Cisternogram for CSF Rhinorrhea						
30	PET Scan						
31	Whole body PET Scan			23607		20528	1380

S. No.	Investigations	Quoted Rates	CGHS Rates		CGHS Codes
			NABH/NABL	Non-NABH/Non NABL	
1	Trans Echophageal ECHO (TEE)		1613	1263	595
2	Colour Doppler, Renal Arteries / any other organ		920	800	1602
3	Carotid Colour Doppler		920	850	1599
4	Colour Doppler Obstetrics		880	800	710
5	Cardiac Catheterisation				
6	Cardiac Cath Study				
7	Colour Doppler one region (Arterial + Venous)		812 each	706 each	1600 & 1601
8	E.E.G./Video E.E.G.		343	298	1716
9	Impedence audiometry		253	207	233
10	BERA Test (brainstem evoked response audiometry)				
11	ASSR (Auditory Steady State Response)				
12	OAE (Oto Acoustic Emission Test)				
13	Speech Therapy (per sitting)		150	118	238
14	ENG(Electronystagmography)				
15	Hearing Assesment		132	104	235
16	Lung function test (P.F.T.) (Pediatrics)				
17	Bone marrow aspiration and biopsy and reporting				
18	AV Fistula		2645	2300	822
19	AV Fistula + Colour Doppler Upper Limb U/L		2645 + 812	2300 + 706	
20	Haemodialysis Urgent (Single) + Jugular Venous Catheterisation + HIV + HBsAg + Anti HCV				
21	I V Jugular catheterization		1725	1350	824
22	Bone Scan (Nuclear Medicine)		3934	3421	1344
23	Brain Scan (Nuclear Medicine)				
24	Thyroid Scan (Nuclear Medicine)		1686	1466	1360
25	Renal Scan (Nuclear Medicine)				
26	DTPA Scan for Renal Function (Nuclear Medicine)				
27	DMSA Scan for Renal Function (Nuclear Medicine)		3934	3421	1354
28	HIDA Scan (Nuclear Medicine)				
29	Mammography (high resolution) BOTH BREAST		362	315	1635
30	Digital Subtractin Angiography Brain (D.S.A.)		2011	1749	1634
31	COLPOSCOPY examination with Cytology		991	862	669

32	Amniocentesis	1012	880	676
33	Chorionic Villous Sampling			
34	Stroboscopy			
35	Gastrograftin Study of GI Tract			
36	Stress Thallium Test	10868	9450	1372
37	F.F.A. (Fluorescein Angiography)	952	828	71
38	O.C.T (Ocular coherent tonography)	2200	1913	83
39	Pachymetry	265	207	78
40	Corneal topography	343	298	77
41	Fundus Photography (each eye)	230	180	74
42	Specular Biomicroscopy	265	207	76
43	Ultra Bio Microscopy (UBM)	173	150	86
44	BMD (Bone Marrow density)			
45	Electromyography (EMG)	734	638	1717
46	Nerve Conduction velocity (NCV) atleast 2 limbs	734	638	1718
47	Uroflometry	518	405	889
48	Urodynamic study (Cystometry)	552	480	890
49	ERCP	2588	2500	1624
50	ERCPwith Stenting			
51	Angiography lower abdomen			
52	Angiography upper abdomen			
53	Angiography carotid			
54	Peripheral Angiography of Extremities (each)			
55	P.T.T.			
56	BONE MARROW EXAMINATION	81	64	1403
57	BONE MARROW ASPIRATION FOR CYTOLOGY			
58	Automated Perimetry	166	130	70
59	I Q testing ,D.Q.			
60	New Born Screening (Enzyme Study for Metabolic Study)			
61	T.P.A. (Texture Profile Analysis)			
62	Cystoscopy (Diagnostic)	2976	2588	694

ENDOSCOPY INVESTIGATION (Including All Charges)

1	Endoscopy (Diagnostic)	288	250	1282
2	Endoscopy with Biopsy	397	345	1283
3	Endoscopy with Sclerotherapy of Oesophageal Varices	2875	2380	1290
4	Nasal Endoscopy			
5	Nasal Endoscopy with Biopsy with Histopathology			
6	Direct laryngoscopy with biopsy under GA	5175	4500	295

7	Fibre Optic Bronchoscopy (Diagnostic) + Bronchial Lavage + Routine Microscopy of Specimen			
8	Bronchoscopy with Biopsy with Histopathology			
9	Colonoscopy		1600	
10	UGI Endoscopy with Band Ligation of Oesophageal varices	2875	2500	1289

**DIGITAL X-RAY(Only if the hospital X-Ray Machine is non – operable)
(Including All Charges)**

1	X-Ray Sinogram	894	800	580
2	ONE REGINE ONE FILM			
3	X-RAY Barium swallow	575	510	1618
4	X- RAY BARIUM ENEMA	880	850	1622
5	Digital OPG	225	196	1341
6	DIGITAL X-RAY RCU,MCU	782	680	1628
7	Genitogram (Digital)			
8	DIGITAL X-RAY IVP	1369	1190	1627

Blood Products (Including All Charges)

1	Packed Red Cell		1450	
2	Fresh frozen Plasma		400	
3	Platelet Concentrate (RDP)		400	
4	Cryoprecipitate		200	
5	Platelet Concentrate - Apheresis		should not exceed 11000/- per unit	

Ultra Sonography (when our machine not working) including all charges

1	Target Scan			
2	A-Scan & B-Scan (each)	894 & 238	777 & 230	72 & 73
3	USG Guided Biopsy	828	720	1604
4	USG One Region			
5	USG Whole Abdomen	371	291	1591
6	USG guided FNAC	661	518	1316
7	Transrectal USG Guided Prostatic Biopsy with Histopathology Reporting			
8	USG Guided Truocut Biopsy of Solid Organ (Tumour) with Histopathology			
9	USG Guided Biopsy of Renal Mass with Histopathology			
10	USG Guided Biopsy of Retro Peritoneal Mass with Histopathology			
11	Transvaginal sonography	529	414	689

Pathology Special Investigation (Including All Charges)

1	SERUM/PLASMA LAMOTRIGINE			
2	Ability Assessment			
3	ACTH PLASMA	518	500	1558
4	ACTH SUPPRESSION TEST			
5	ACUTE LEUKEMIA (ALL) PANEL/ LYMPHOMA PANEL	1766	1382	1440
6	ALBUMIN	21	18	1461
7	ALPHA-2-MACROGLOBULIN			
8	ALPHA-I-ANTI TRYPSIN			
9	Amniotic fluid AFP assay			
10	Apo B LEVEL	229	179	1522
11	BRUCELLA SCREENING	265	208	1588
12	BRUCELLA SEROLOGY-TITRE	265	208	1588
13	CHLAMYDIA SCREENING			
14	CHLORIDE	69	56	1531
15	CK-MB	219	171	1496
16	CORTISOL-FREE URINE 24 HRS	230	200	1771
17	CSF ELECTROPHORESIS			
18	EPITHELIAL MEMBRANE ANTIGEN (EMA)			
19	FACTOR - II			
20	FACTOR - VIII ASSAY	828	648	1410
21	FAECAL FAT ESTIMATION	978	765	1751
22	FOETAL Hb	98	85	1491
23	FLUORIDE			
24	GALACTOSE SERUM			
25	GALACTOSE URINARY			
26	GLOBULIN			
27	GLUTATHIONE			
28	HAPATOGLOBIN			
29	HLA B-28			
30	HLA TYPING			
31	HPV DNA TESTING (HPV 16 & HPV 18) each			
32	HERPES SIMPLEX ANTIBODY TITRE	874	760	1745
33	IgD HEAVY CHAIN (CYTOPLASMIC)			
34	IgD HEAVY CHAIN (SURFACE)			
35	IGF BP3 (CELIAC DISEASE)			
36	IgG HEAVY CHAIN (SURFACE)			
37	IgG HEAVY CHAIN (CYTOPLASMIC)			
38	IgM HEAVY CHAIN (SURFACE)			
39	IgM HEAVY CHAIN (CYTOPLASMIC)			
40	IMMUNO ELECTROPHORESIS			
41	IMMUNOHISTOCHEMISTRY	776	746	1434

42	IMMUNOGLOBULIN ESTIMATION IgE LEVEL			
43	INSULIN ASSOCIATED ANTIBODIES	516	404	1774
44	ISO CITRIC DEHYDROGENASE			
45	LDH ISOENZYMES (H1 TO H5)			
46	LEAD LEVELS			
47	LEGIONELLA SPP CULTURE			
48	LEISHMANIA DONOVANNI BODIES DETECTION			
49	LEISHMANIA DONOVANNI CULTURE			
50	LEPTOSPIRA DARKFIELD & CULTURE			
51	LIPID ASSOC SIALIC ACID (LASA)			
52	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTIBODIES			
53	LONG ACTING THYROID STIMULATING HORMONE (LATS)			
54	MAGNESIUM	115	100	1480
55	MEASLES VIRUS (IgG & IgM) ANTIBODIES each			
56	Memory Function test			
57	METHEMOGLOBIN			
58	METHYL MALONIC ACID IN URINE			
59	MICROALBUMIN (URINARY)	72	70	1384
60	MYCOPLASMA CULTURE			
61	MYCOPLASMA -PNEUMONIAE ANTIBODY IgG & IgM each			
62	NBT REDUCTION TEST			
63	Newborn screening (enzyme study for metabolic study)			
64	OPIATES & METABOLITES - BLOOD			
65	P53 (MUTANT WILD TYPE)			
66	PAUL BUNNELL TEST			
67	PHENYL ALANINE			
68	OSMOLALITY SERUM	147	128	1765
69	PLASMA RENIN ACTIVITY (ANGIOTENSIN -1)			
70	PLASMINOGEN LEVELS			
71	PROTEIN C LEVEL			
72	PROTOPORPHYRIN			
73	PTTK			
74	RED CELL FRAGILITY			
75	RESPIRATORY SYNCITIAL VIRUS			
76	RNP ANTIBODIES			
77	ROSE WAALER TEST (R.A. Test)			
78	ROTAVIRUS SEROLOGY	150	130	1583
79	SALICYLATE ESTIMATION			

80	SCMC (SPERM CERVICAL MUCUS CONTACT TEST)			
81	17 DH PROGESTERONE	506	396	1571
82	SERUM PHOSPHATE			
83	SERUM/PLASMA CLONAZEPAM			
84	SERUM/PLASMA LEVITERACETAM			
85	ANTI SMITH ANCA	440	383	1551
86	STOOL ALPHA-1 ANTITRYPSIN LEVEL			
87	STOOL FOR UROBILINOGEN (STERCOBLLINOGEN)			
88	STREPTOCOCCUS GROUP B ANTIGEN - (CSF,SERUM,URINE)			
89	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGEN			
90	TB ELISA IgG & IgM (each)			
91	TERMINAL DEOXYNUCLEOTIDYL TRANSFERASE(TDT)- (BLOOD,BM,TISSUE)			
92	Test for Intelligence			
93	THYROID BINDING GLOBULIN	587	510	1770
94	U1 RNP ANTIBODIES, ds DNA			
95	UNSATURATED B12 BINDING CAPACITY			
96	URINE 17 HYDROXY CORTICOSTEROIDS			
97	URINE 5- OH INDOLE ACETIC ACID (SHIAA)			
98	URINE COPROPORPHYRIN			
99	URINE ELECTROPHORESIS			
100	URINE ESTORGEN			
101	URINE FOR METABOLIC DISEASE (SCREENING TEST)			
102	URINE CHLORIDE 24 HRS	49	43	1767
103	URINE COPPER	518	450	1729
104	URINE CREATININE	58	49	1445
105	URINE FREE CORTISOL			
106	URINE HOMOGENTISIC ACID			
107	URINE HOVANILIC ACID (HVA)			
108	URINE I.F.ELECTORPHORESIS (1FE)			
109	URINE LEAD			
110	URINE MAGNISIUUM			
111	URINE METANEPHRINE/ NOR METANEPHRINE	1309	1024	1757
112	URINE OSMOLALITY	147	128	1764
113	URINE PHENYLPYRUVIC ACID			
114	URINE PORPHOBILINOGEN			
115	URINE PORPHYRINS			

116	URINE PROTEIN ELECTORPHORESIS			
117	URINE SODIUM 24 HRS	58	45	1445
118	URINE SUGAR 24 HRS			
119	URINE UREA 24 HRS			
120	URINE UROBILINOGEN	23	20	1449
121	VARICELLA ZOSTER ANTIBODY TITER	874	760	1745