

Guidelines for KASP and KBF Scheme during the FY 2019-20

Ref: GO(Rt) No. 1688/2019/H&FWD Dated 09-07-2019

All citizens of Kerala irrespective of APL /BPL category whose annual income is below Rs. 3,00,000/- with a valid Ration Card would continue to get the benefits of interventional procedures and major surgeries involving Heart, Liver, Brain, Kidney, Spine and Lungs and also Cancer treatment from respective empanelled hospitals of Karunya Arogya Suraksha Padhathi (KASP). The ceiling limits of procedures and coverage which existed under KBF would continue but under KASP packages and KASP rates.

As the KBF has been stopped from 1<sup>st</sup> July 2019 onwards, the staff of the Department of Lotteries being unavailable for pre-authorisations, hence it is hereby decided that the District Project Managers of CHIAK are entrusted for approval of pre-authorisations for the eligible beneficiaries.

**A) How to Apply:**

- The application shall be submitted by the beneficiaries in the prescribed form (A) attached to this guideline.
- The application for emergency care shall be submitted by the beneficiaries in the prescribed form (B). The priority shall be given for disposing emergency applications. The applications along with a self-declaration which is enclosed in Form A and B that the particular Ration card has not crossed the eligible ceiling limit of KBF and a copy of the Ration Card shall be submitted to the respective hospitals where the procedure is intended. The hospitals shall verify the application with the original document and scan the original document and forward the same by E-mail to the respective DPMs in the district for approval and pre-authorisation.
- The beneficiary shall also submit a self declaration to the effect that he/she has not earlier availed of the benefits under KBF.

**B) Process of Verification:**

- The DPM has to counter check in the KASP Portal whether the applicant is included under KASP scheme. If the patient is eligible under KASP, then further processing shall be continued under KASP. If it is a KBF beneficiary, the DPM shall examine whether he has fully availed the KBF benefit earlier. If the beneficiary has availed the benefit partly the DPM should ascertain whether balance amount is available and if found eligible, authorise only for the balance amount as per KASP rates. If the patient is ineligible, the application has to be rejected.
- The DPM after verification shall send the approved pre-authorisation in the form (C) back to the hospital.

- Based on the approval the hospital can proceed with the planned procedure.

**C) Claim Management:**

- Once the procedure is performed and the patient is discharged, the respective hospitals will maintain the accounts properly and raise the claim through the CHIS PLUS portal once it is operational.
- The reimbursement shall be as per package rate for KASP and based on document verification.

**D) Monitoring:**

- The original case sheets of the patients along with all supporting documents shall be maintained by all empanelled hospitals for audit purposes.

ഫാറം A

(മുൻകൂർ ചികിത്സ അനുമതിക്കും ധനസഹായത്തിനും ബന്ധപ്പെട്ട ആശുപത്രിയിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ട അപേക്ഷ)

1. ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര് ..... 2. പുരുഷൻ / സ്ത്രീ .....

3. മേൽവിലാസം: വീട്ടുപേര് ..... വാർഡ് / വീട്ടുനമ്പർ .....

പ്രദേശം / വില്ലേജ് .....  
ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത്/നഗരസഭ.....

പോസ്റ്റ് ..... പിൻകോഡ് .....

താലൂക്ക് ..... ജില്ല ..... ഫോൺ നം .....

4. വയസ്സ് ..... 5. തൊഴിൽ ..... 6. വാർഷിക കുടുംബ വരുമാനം .....

7. അച്ഛന്റെ / അമ്മയുടെ / ഭർത്താവിന്റെ പേര് .....

8. റേഷൻ കാർഡ് നമ്പർ ..... APL/ BPL ..... 9. ആധാർ നമ്പർ .....

10. RSBY/CHIS+ തിരിച്ചറിയൽ നമ്പർ ..... PMJAY-Id .....

11. രോഗിയല്ല അപേക്ഷിക്കുന്നതെങ്കിൽ

അപേക്ഷകന്റെ പേര് ..... രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം .....

12. രോഗ വിവരം .....

13. ചികിത്സ നടത്തുന്ന ആശുപത്രിയുടെ പേര് .....

മേൽവിലാസം .....

14. ചികിത്സയുടെ കാലദൈർഘ്യം..... 15. ഓപ്പറേഷൻ തീയതി .....

16. ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചില്ലെങ്കിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കാൻ ഉദ്ദേശിക്കുന്ന തീയതി .....

17. ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ തീയതി.....

എ പി നമ്പർ .....

18. ഗവ. സ്കീമിൽ ചികിത്സ ചിലവ് റിഇംബേഴ്സ്മെന്റ് / മുഖ്യമന്ത്രി / പ്രധാനമന്ത്രിയുടെ ദുരിതാശ്വാസനിധി തുടങ്ങിയവയിൽ നിന്ന് സാമ്പത്തിക സഹായം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് / ഇല്ല .....

19. കാര്യം എന്തിനാണ് അപേക്ഷിക്കുന്ന തുക .....

20.ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നതിനായി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കിയ രേഖകൾ

1.റേഷൻ കാർഡ് പകർപ്പ് (പേജ് 1,2,3,22)

2.മറ്റ് രേഖകൾ (വ്യക്തമാക്കുക )

**സത്യപ്രസ്താവന**

മേൽപ്പറഞ്ഞ വിവരങ്ങളെല്ലാം എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്നും ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം എനിക്കോ എന്റെ കുടുംബത്തിലെ മറ്റംഗങ്ങൾക്കോ ചികിത്സാ ധനസഹായം ലഭിച്ചിട്ടില്ലെന്നും കോളം 6-ൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വാർഷിക കുടുംബ വരുമാനം എന്തെങ്കിലും കാരണവശാൽ തെറ്റാണെന്ന് ബോധ്യപ്പെട്ടാൽ ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം കൈപ്പറ്റിയ മുഴുവൻ തുകയും 12% പലിശ സഹിതം ഒറ്റതവണയായി തിരിച്ചടച്ചുകൊള്ളാമെന്നും തുക തിരിച്ചടയ്ക്കുന്നതിൽ വീഴ്ച വരുത്തിയാൽ നിയമ നടപടികളിലൂടെ സർക്കാരിനു ലഭിക്കേണ്ട തുക വസൂലാക്കുവാൻ സമ്മതമാണെന്നും ബോധിപ്പിച്ചുകൊള്ളുന്നു

സ്ഥലം  
വിലാസം തീയതി

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് /  
പേര്

**For Hospital Use**

Name of the patient :  
Diagnosis :  
Name of the Procedure/Surgery :  
Cost of the Procedure/Surgery :  
(as per KASP rate) :

This is to certify that the patient Smt/Shri/Ms .....age .....  
is diagnosed to have ..... and needs .....( name of  
procedure / surgery) which cost Rs..... as per KASP Package rate.

Name of the Hospital : Signature :  
Date : Name of Doctor:  
Designation :

Seal

ഫാറം B

(നിലവിൽ സർക്കാർ അക്രഡിറ്റഡ് ആശുപത്രിയിൽ ചികിത്സയിൽ കഴിയുന്നവരും അടിയന്തിര ഘട്ടങ്ങളിൽ മുൻകൂർ അനുവാദം കൂടാതെ സർക്കാർ ആശുപത്രികളിൽ ചികിത്സ തേടിയിട്ടുള്ളവരും ബന്ധപ്പെട്ട ആശുപത്രിയിൽ സമർപ്പിക്കേണ്ട അപേക്ഷാ ഫോറം)

1. ഗുണഭോക്താവിന്റെ പേര് ..... 2. പുരുഷൻ / സ്ത്രീ

3. മേൽവിലാസം: വീട്ടുപേര് ..... വാർഡ് / വിട്ടുനമ്പർ

പ്രദേശം / വില്ലേജ് .....

ഗ്രാമപഞ്ചായത്ത്/നഗരസഭ.....

പോസ്റ്റ് .....

പിൻകോഡ് .....

താലൂക്ക് ..... ജില്ല ..... ഫോൺ നം .....

4. വയസ്സ് ..... 5. തൊഴിൽ ..... 6. വാർഷിക കുടുംബ വരുമാനം

7. അച്ഛന്റെ / അമ്മയുടെ / ഭർത്താവിന്റെ പേര് .....

8. റേഷൻ കാർഡ് നമ്പർ ..... APL/BPL ..... 9. ആധാർ നമ്പർ

10. RSBY/CHIS+ തിരിച്ചറിയൽ നമ്പർ ..... PMJAY-Id .....

11. രോഗിയല്ല അപേക്ഷിക്കുന്നതെങ്കിൽ

അപേക്ഷകന്റെ പേര് ..... രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം

12. രോഗ വിവരം .....

13. ചികിത്സ നടത്തുന്ന ആശുപത്രിയുടെ പേര് .....

മേൽവിലാസം .....

14. ചികിത്സയുടെ കാലദൈർഘ്യം..... 15. ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചോ? ?.....

16. ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചെങ്കിൽ തീയതി .....

17. ഐ പി നമ്പർ .....

18. ചികിത്സ ഇപ്പോഴും തുടരുന്നുണ്ടോ ?

എ. ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദ വിവരം

ബി. ഓപ്പറേഷൻ തീയതി

19. ഗവ. സ്കീമിൽ ചികിത്സ ചിലവ് റീഇംബേഴ്സ്മെന്റ് / മുഖ്യമന്ത്രി / പ്രധാനമന്ത്രിയുടെ ദുരിതാശ്വാസനിധി തുടങ്ങിയവയിൽ നിന്ന് സാമ്പത്തിക സഹായം ലഭിച്ചിട്ടുണ്ടോ? ഉണ്ട് / ഇല്ല .....

20. കാര്യം ഫണ്ടിലേയ്ക്ക് അപേക്ഷിക്കുന്ന തുക .....

21. ആനുകൂല്യം ലഭിക്കുന്നതിനായി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഹാജരാക്കിയ രേഖകൾ

1. റേഷൻ കാർഡ് പകർപ്പ് (പേജ് 1,2,3,22)

2. മറ്റ് രേഖകൾ (വ്യക്തമാക്കുക )

**സത്യപ്രസ്താവന**

മേൽപ്പറഞ്ഞ വിവരങ്ങളെല്ലാം എന്റെ അറിവിലും വിശ്വാസത്തിലും സത്യമാണെന്നും ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം എനിക്കോ എന്റെ കുടുംബത്തിലെ മറ്റംഗങ്ങൾക്കോ ചികിത്സാ ധനസഹായം ലഭിച്ചിട്ടില്ലെന്നും കോളം 6-ൽ പ്രസ്താവിച്ചിട്ടുള്ള വാർഷിക കുടുംബ വരുമാനം എന്തെങ്കിലും കാരണവശാൽ തെറ്റാണെന്ന് ബോധ്യപ്പെട്ടാൽ ഈ പദ്ധതി പ്രകാരം കൈപ്പറ്റിയ മുഴുവൻ തുകയും 12% പലിശ സഹിതം ഒറ്റതവണയായി തിരിച്ചടച്ചുകൊള്ളാമെന്നും തുക തിരിച്ചടയ്ക്കുന്നതിൽ വിഴ്ച വരുത്തിയാൽ നിയമ നടപടികളിലൂടെ സർക്കാരിനു ലഭിക്കേണ്ട തുക വസൂലാക്കുവാൻ സമ്മതമാണെന്നും ബോധിപ്പിച്ചുകൊള്ളുന്നു

സ്ഥലം  
വിലാസം

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ് /

തീയതി

പേര്

**For Hospital Use**

Name of the patient :

Diagnosis :

Name of the Procedure/Surgery :

Cost of the Procedure/Surgery

(as per KASP rate) :

This is to certify that the patient Smt/Shri/Ms .....age .....is diagnosed to have ..... and needs .....(name of procedure / surgery) which cost Rs. .... as per KASP Package rate.

Name of the Hospital :

Signature :

Date :

Name of Doctor:

Designation :

Seal

**Approval Letter- form C**

I have examined the request Smt/Shri/Ms.....age.....yrs, holding the Ration Card with No.....and find that:

- 1) The beneficiary is under KASP scheme hence not Eligible
- 2)The beneficiary Ration Card has already utilized Rs.....,hence not Eligible.
- 3) The beneficiary Ration Card has got Rs.....balance under KBF,hence the beneficiary is Eligible.

Place

Signature

Date

Name

DPM of CHIAK.....

മേശ്യൂറൽ നം. O & M 4 - 60492 / 19 / DHS തീയതി 24/07/2019.

2019 - 20 കാലയളവിൽ KASP, KBF സ്കീമുകൾക്കുള്ള

താൽപ്പര്യങ്ങൾ അനന്തര നടപടികൾക്കായി എല്ലാ ജില്ലാ മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർക്കും അയക്കുന്നു.

24/7/19  
 Dr. [Signature] ഡി.എസ്.എസ്. ഡി.എസ്.എസ്. ഡി.എസ്.എസ്.