

ഇൻഷുറൻസ് മെഡിക്കൽ സർവീസസ് ഡയറക്ടറുടെ കാര്യാലയം

തെക്കോട്, തിരുവനന്തപുരം-14.

ഇ-മെയിൽ : director.ims@kerala.gov.in

ഫോൺ നം : 0471-2323960

വെബ്സൈറ്റ് : www.ims.kerala.gov.in

No: F5-2514/2026/DIMS

തീയതി : 08-09-2026

സർക്കുലർ

വിഷയം :- ഐ എം എസ് വകുപ്പ് - DG ESIC RC/NON RC, CGHS/NON CGHS പാക്കേജ് റേറ്റിലും ഉൾപ്പെടെയുള്ള ഹൈക്കോസ്റ്റ് ചികിത്സയുടെ റിവൈസ്ഡ് ഗൈഡ് ലൈൻസ് സംബന്ധിച്ച്:-

സൂചന:- 1.20/07/2026 ലെ F5-2514/2026/DIMS നമ്പർ സർക്കുലർ

2. 18.08.2026 ലെ റീജിയണൽ ഡയറക്ടറുടെ മെയിലിലെ നിർദ്ദേശം .

സൂചന 1 ലേക്ക് ശ്രദ്ധ ക്ഷണിക്കുന്നു.ഇ.എസ്.ഐ.സി റീജിയണൽ ഡയറക്ടറുടെ സൂചന 2 ലെ ഇ മെയിൽ നിർദ്ദേശപ്രകാരം സ്പെഷ്യൽ ഇൻഡന്റ് മുഖേന മരുന്നുകൾ വാങ്ങുന്നതിന് 5 ലക്ഷം രൂപയും 7.5 ലക്ഷം രൂപയും കവിയുന്ന സന്ദർഭങ്ങളിൽ ആശുപത്രികളിൽ നിന്നുള്ള ലോക്കൽ എസ്.എസ്.ടി (SST) കമ്മിറ്റി റിപ്പോർട്ട്/അംഗീകാരം നിർബന്ധമില്ല എന്ന് അറിയിച്ചിരിക്കുന്നു. എങ്കിലും, ഒരു ഗുണഭോക്താവിന് ഒരു സാമ്പത്തിക വർഷം ചികിത്സയ്ക്കുള്ള ചെലവും (CGHS / Non CGHS) മരുന്നുകളുടെ ചെലവും (RC/Non RC) ഉൾപ്പെടെ മൊത്തം 10 ലക്ഷം രൂപയിൽ കവിയുന്ന സന്ദർഭങ്ങളിൽ, നിലവിലുള്ള മറ്റ് വ്യവസ്ഥകളിൽ മാറ്റമില്ല. അത്തരം കേസുകൾ മുൻകാലങ്ങളെപ്പോലെ തന്നെ ആവശ്യമായ പരിഗണനയ്ക്കായി/അംഗീകാരത്തിനായി റീജിയണൽ ഓഫീസിലേക്ക് ആവശ്യമായ രേഖകൾ ഉൾപ്പെടുത്തി സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.

സ്പെഷ്യൽ ഇൻഡന്റ് മുഖേന വാങ്ങിയ മരുന്നുകളുടെ മുഴുവൻ വിവരങ്ങളും(ഇൻവോയ്സ് പകർപ്പ് ഉൾപ്പെടെ) ആവശ്യമായ മറ്റ് രേഖകളോടൊപ്പം ആശുപത്രി സൂപ്രണ്ടിന് കൈമാറുന്നുണ്ടെന്ന് ബന്ധപ്പെട്ട ഐ എം ഓ മാർ ഉറപ്പുവരുത്തേണ്ടതാണ്.

നിലവിലെ കാർഡ് ഹിസ്റ്ററി("Card History") പ്രകാരമുള്ള സാമ്പത്തിക വർഷത്തിലെ ആകെ ചെലവ്,സ്പെഷ്യൽ ഇൻഡന്റ് മുഖേന വാങ്ങിയ മരുന്നിന്റെ ആകെ ചെലവ് എന്നിവ സഹിതം കാലതാമസം കൂടാതെ ആശുപത്രി സൂപ്രണ്ടുമാർ S O P യിൽ നിഷ്കർഷിച്ചിട്ടുള്ള പ്രകാരം അപേക്ഷ റീജിയണൽ ഡയറക്ടർക്ക് സമർപ്പിക്കേണ്ടതും അനുമതി ലഭിക്കുന്ന മുറയ്ക്ക് ബന്ധപ്പെട്ട ഐ എം ഓ മാർ അറിയിക്കേണ്ടതുമാണ്.

സ്പെഷ്യൽ ഇൻഡന്റ് മുഖേന മരുന്ന് വാങ്ങുതിനുള്ള അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഉൾപ്പെടുത്തേണ്ട പ്രൊഫോർമയുടെ പുതുക്കിയ പതിപ്പ് ഇതോടൊപ്പം ഉള്ളടക്കം ചെയ്യുന്നു.

ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാവരും മേൽപ്പറഞ്ഞ കാര്യങ്ങൾ ശ്രദ്ധിക്കുകയും നിലവിലുള്ള വ്യവസ്ഥകൾ കർശനമായി പാലിക്കേണ്ടതുമാണ്.

ഉള്ളടക്കം : പുതുക്കിയ സ്പെഷ്യൽ ഇൻഡന്റ് പ്രൊഫോർമ

**Digitally signed by
Rani Prasad
Date: 08-09-2026
15:57:36**

ഇൻഷുറൻസ് മെഡിക്കൽ സർവീസസ് ഡയറക്ടർ(I/c)

സ്വീകർത്താവ്

1. എല്ലാ ഹോസ്പിറ്റൽ സൂപ്രണ്ടുമാർ
2. എല്ലാ ഇൻഷുറൻസ് മെഡിക്കൽ ഓഫീസർമാർ

പകർപ്പ്

1. റീജിയണൽ ഡെപ്യൂട്ടി ഡയറക്ടർ, ദക്ഷിണ മേഖല/ മദ്ധ്യ മേഖല / ഉത്തര മേഖല
2. ജോയിന്റ് ഡയറക്ടർ
3. ഐ ടി ഡിവിഷൻ
4. എഫ് 6, എഫ് 7 സെക്ഷൻ
5. സ്റ്റോക്ക് ഫയൽ

PROFORMA FOR SPECIAL INDENT

ESI DISPENSARY:_____

1	Name of Insured person							
2	Insurance Number							
3	Phone Number							
4	Name of patient							
5	Relationship with I.P							
6	Entitlement period	From:						To:
7	Name of disease							
8	Date of first Diagnosis							
9	Specify whether this treatment falls under specialty or super specialty category.							
10	Sl. No	Name of Drug	RC No-Item No. (If Available in RC)	Gem/Quotation (If procurement through Quotation specify L1)	Quantity contained in one Packet	Rate of drug (Rs)	Quantity Indented	Total Cost of drug
	1.							
	2.							
	3.							
	4.							
	5.							
11	Previous purchase		Yes/No					
	(i) If Yes, Previous purchase order details in current Financial Year							
	Purchase Order No.		Purchase Order Date			Quantity received		
	i							
	ii							
	iii							
	iv							
12	Amount Spent for Non RC&RC drug during the current financial year till date (included GST)							
13	Amount spent for Treatment as per card history in Current financial year							
14	Total amount spent during current financial year (12+13)							
15	Will Total expenditure on treatment already received ,drugs already indented(RC&NON RC) in this financial year plus current indent (rc&non rc) exceed 10 LAKHS				Yes/No			
	If Yes, (i) Whether attached Approval from LHCTC/HQHCTC				Yes/No			
	Remarks							

Place:

Date :

(Office Seal)

Insurance Medical officer

Name :

TCMC No :

Ph No.