MINIMALLY INVASIVE DAYCARE ADVANCED SURGICAL CENTRE

" We take care in cure "

MIDAS HOSPITAL
& SURGICAL CENTRE

Patient Information Brochure

VERSION 1.0

INDEX

- Services offered. 02
- Baseline and package rates with inclusions. 03
- Deposit and refund policy. 04
- Insurance/TPA empanelment and claim procedures. 09
- Estimate and billing policy. 14
- Discharge procedures. 19
- Ambulance and transport charges. 20
- 24×7 emergency care protocol 21
- Grievance redressal and escalation mechanism. 26

SERVICES OFFERED

1. INPATIENT CARE
2. OUTPATIENT CARE
3. SPECIALIZED TREATMENT
4. PRIMARY CARE PROVIDER
5. PREVENT CHRONIC HEALTH CONDITIONS
6. MEDICATIONS & PHYSICAL THERAPY
7. HEALTH INSURANCE COVERAGE
8. OPERATION THEATRE
9. ICU & VENTILATOR
10. RADIOLOGY (X-RAY, ULTRASOUND)
11. LAB (HEMATOLOGY,BIOCHEMISTRY, HORMONAL ASSAY,ABG
12. PHARMACY
13. CSSD (CENTRAL STERILE SUPPLY DEPARTMENT)

SERVICES OFFERED

1. EMERGENCY DEPARTMENT
2. ORTHOPEDICS
3. PAEDIATRICS
4. GENERAL MEDICINE
5. FAMILY MEDICINE & DIABETOLOGY
6. GENERAL SURGERY
7. ENT
8. GENERAL DENTISTRY, PERIODONTIST , ORAL & MAXILLOFACIAL
9. PULMONOLOGY
10. DERMATOLOGY
11. ANESTHESIOLOGY
12. PHYSIOTHERAPY
13. SURGICAL ONCOLOGY

ROOM BREAKUP DETAILS

SL NO	ROOM CATEGORY	ROOM	NURSING CHARGE	TOTAL
1	GENERAL WARD	700	300	1000
2	CUBICLE WARD	900	450	1350
3	SINGLE ROOM NON A/C	1100	500	1600
4	SINGLE ROOM A/C	1400	5500	1950

ROOM TARIFF

SL NO	SERVICE CATEGORY	GENERAL WARD	CUBICLE WARD	SINGLE ROOM NON A/C	SINGLE ROOM A/C	ICU & VENTILATOR
1	ROOM CHARGES PER DAY INCLUSIVE OF NURSING	1000	1350	1600	1950	
2	SPECIALIST CHARGES PER VISIT	600	750	800	900	
3	SUPER SPECIALIST PER VISIT	700	850	900	1000	
4	02 CHARGE / HOUR / LTR	50	75	75	100	150

OTHER SERVICES

SL NO	CATEGORY	RATES
1	ICU CHARGES PER DAY INCLUSIVE OF NURSING	5500
2	DAYCARE INCLUSIVE OF NURSING & DMO CHARGES	1500
3	VENTILATOR CHARGE PER 12 HOURS	3500
4	PHYSIOTHERAPY	600

E.N.T

SL NO	PROCEDURE NAME (ENGLISH)	WARD	TWIN SHARING ROOM	SINGLE ROOM NON A/C	SINGLE ROOM A/C	ADDITIONAL RATES / DAY
1	TONSILLECTOMY (ORDER EXTRACAPSULAR)BILIRUBIN T&D	52500	55000	60000	65000	5000
2	COBLATION INTRACAPSULAR TONSILLECTOMYBlood Routine	81250	85000	90000	95000	5000
3	ADENOTONSILLECTOMY	52500	55000	60000	65000	5000
4	TYMPANOPLASTY	60000	64500	69000	73500	5000
5	MASTOIDECTOMY	52500	55000	60000	65000	5000
6	FESS WITH SEPTOPLASTY & TURBINECTOMY - UNILATERAL	68750	73125	78125	85000	5000
7	CORTICAL MASTOIDECTOMY WITH MYRINGOPLASTY	77700	80850	83055	88200	5000
8	PERITONSILLAR ABSCESS DRAINAGE (DAY CARE)	41250	41250	41250	41250	5000
9	MICROLARYNGEAL SURGERIES FOR CYSTS AND POLYPS	42000	47438	48732	51750	5000

GENERAL SURGERY

SL NO	PROCEDURE NAME (ENGLISH)	WARD	TWIN SHARING ROOM	SINGLE ROOM NON A/C	SINGLE ROOM A/C	ADDITIONAL RATES / DAY
1	HAEMORRHOIDECTOMY (STAPLER /TRACKERS EXCLUDED)	75000	80000	85000	90000	10000
2	FISSURECTOMY AND FISSURE DILATATION	52500	55000	60000	65000	10000
3	LOW END FISTULECTOMY	72500	76500	79500	84500	10000
4	APPENDECTOMY -LAP	78500	82500	88500	92500	10000
5	APPENDECTOMY -OPEN	79200	82583	84836	90090	10000
6	EXCISION OF PILONIDAL SINUS WITH PRIMARY CLOSURE	42500	42500	42500	42500	10000
7	MASTECTOMY (SIMPLE)	78000	82500	84750	87500	10000
8	THYROIDECTOMY	78125	81250	84375	87500	10000
9	INGUINAL/FEMORAL HERNIOPLASTY - UNILATERAL MESH (EXCLUDED)	72000	79200	81360	86400	10000
10	UMBLICAL HERNIOPLASTY (MESH EXCLUDED)	60000	64500	69000	73500	10000
11	INCISIONAL HERNIOPLASTY (MESH INCLUDED) IF SIZE OF DEFECT IS LARGEMESH TO BE PAID AS PER ACTUAL DEFECT SIZE WITH JUSTIFICATION	69750	74250	76275	81000	10000
12	CIRCUMCISION (DAY CARE)	31250	31250	31250	31250	10000
13	PERIANAL ABSCESS	40625	40625	40625	40625	10000
14	BREAST LUMPECTOMY	43750	49375	53125	57500	10000
15	AV FISTULA (DAY CARE)	40625	40625	40625	40625	10000
16	HYDROCELE	52500	55000	57500	65000	10000
17	VARICOSE VEINS	35000	40000	45000	45000	10000
18	INCISION AND DRAINAGE UNDER GA	39000	41250	42375	45000	10000

ORTHOPAEDICS

SL NO	PROCEDURE NAME (ENGLISH)	WARD	TWIN SHARING ROOM	SINGLE ROOM NON A/C	SINGLE ROOM A/C	ADDITIONAL RATES / DAY
1	TOTAL KNEE REPLACEMENT - UNILATERAL	150000	155000	160000	165000	3000
2	HIP REPLACEMENT UNILATERAL	165000	170000	175000	180000	3000
3	HEMIARTHROPLASTY	91500	94875	97463	103500	3000
4	FEMUR SHAFT FRACTURE-PROXIMAL / MIDDLE / DISTAL	92655	94875	97463	103500	3000
5	TIBIA FRACTURE PROXIMAL UNICONDYLAR / MIDDLE / DISTAL-ORIF / ORIF	82388	85388	87717	93150	3000
6	TIBIA FRACTURE PROXIMAL BICONDYLAR - ORIF / ORIF	82388	85388	87717	93150	3000
7	ANKLE FRACTURE - ORIF / ORIF WITH SCREW /TBW	82388	85388	87717	93150	3000
8	OPEN REDUCTION AND INTERNAL FIXATION OF SHOULDER	82388	85388	87717	93150	3000
9	SHOULDER - ARTHROSCOPY BANKART REPAIR	90375	94875	97463	98500	3000
10	CLOSE REDUCTION OF FRACTURES / DISLOCATION (DAY CARE)	42500	42500	42500	42500	3000
11	SMALL WOUND DEBRIDEMENT (DAY CARE)	27500	27500	27500	27500	3000
12	LARGE WOUND DEBRIDEMENT (DAY CARE)	45000	45000	45000	45000	3000
13	TENDON REPAIR	50250	52800	54240	57600	3000

MIDAS HOSPITAL & SURGICAL CENTRE

LABORATORY TEST TARIFF

SL NO	PROCEDURE NAME (ENGLISH)	PROCEDURE NAME (MALAYALAM)	RATE
1	Antenatel Profile	ആന്റിനെറ്റൽ പ്രൊഫൈൽ	1720
2	BILIRUBIN T&D	ബിലിറൂബിൻ	180
3	Blood Group	ബ്ലഡ് ഗ്രൂപ്പിങ്	110
4	Blood Routine	ബ്ലഡ് റൂട്ടീൻ	160
5	BT & CT	ബി ടി & സി ടി	70
6	Dengue IgG/IgM NS1 Combo Card	ഡെങ്കി ഐ ജി ജി/ഐ ജി എം ൻ സ് വൺ കോമ്പോ കാർഡ്	580
7	Electrolytes	ഇലക്ട്രോലൈറ്റ്സ്	420
8	GTT-Glucose Tolerance Test	ജി ടി ടി ഗ്ലൂക്കോസ് ടോളറൻസ് ടെസ്റ്റ്	90
9	Haemogram (CBC)	ഹീമോഗ്രാം (സി ബി സി)	250
10	Haemogram CBC	ഹിമോഗ്രാം സി ബി സി	250
11	HB/PCV	എച് ബി / പി സി വി	90
12	HB/PLT	എച് ബി / പി ൽ ടി	90
13	HB/TC	എച് ബി / ടി സി	90
14	HB/TC/DC/PLT	എച് ബി / ടി സി /ഡി സി /പി ൽ ടി	160
15	HB/TC/DC/PLT/PCV	എച്ബി/ടിസി/ഡിസി/പിൽടി/പിസിവി	160
16	Lipid Profile	ലിപ്പിഡ് പ്രൊഫൈൽ	350
17	Liver Function Test	ലിവർ ഫങ്ക്ഷൻ ടെസ്റ്റ്	550
18	PLATELET/PCV	പ്ലേറ്റ്ലെറ്റ് / പി സി വി	90
19	Renal Function Test	റീനൽ ഫങ്ക്ഷൻ ടെസ്റ്റ്	220
20	STAFF HEALTH CHECKUP	സ്റ്റാഫ് ഹെൽത്ത് ചെക്കപ്പ്	100
21	Stool Analysis	സ്റ്റൂൾ അനാലിസിസ്	160
22	TC	ടി സി	70
23	TC and DC	ടി സി & ഡി സി	90
24	TC and Platelets	ടി സി & പ്ലേറ്റ്ലെറ്റ്സ്	90
25	TC/PCV	ടി സി /പി സി വി	90
26	TC/PLT/PCV	ടി സി / പി ൽ ടി / പി സി വി	160
27	Total Protein&Albumin	ടോട്ടൽ പ്രോടീൻ & അൽബുമിൻ	180
28	Urine Analysis	യൂറിൻ അനാലിസിസ്	90
29	WB CT	ഡബ്ലു ബി സി ടി	30
30	ABG	എ ബി ജി	600
31	Absolute Eosinophil Count .	ആബ്സല്യൂട്ട് ഈസിനോഫിൽ കൗ	150
32	AEC COUNT	എ ഇ സി കൗ	70
33	Albumin	ആൽബ്യുമിൻ	130
34	Alkaline Phosphatase	ആൽക്കലൈൻ ഫോസ്ഫാറ്റേസ്	110
35	ASO Titre ...	എ എസ് ഒ ടൈറ്റർ	400
36	BLOOD KETONE	ബ്ലഡ് കീറ്റോൺ	300
37	Blood Sugar (GCT)	ബ്ലഡ് ഷുഗർ (ജി സി ടി)	30
38	CBC	സി ബി സി	250
39	COVID 19 ANTIGEN CARD TEST	കോവിഡ് 19 ആന്റിജൻ കാർഡ് ടെസ്റ്റ്	100
40	C-Reactive Protein (CRP) ..	സി റിയാക്ടിവ് പ്രോട്ടീൻ (സി ആർ പി)	300
41	CRP (JEEVA)	സി ആർ പി (ജീവ)	350
42	Dengue IGE	ഡെങ്കി ഐ ജി ഇ	500
43	Dengue IGM	ഡെങ്കി ഐ ജി എം	700
44	Dengue NS1 antigen	ഡെങ്കി എൻ എസ് 1 ആന്റിജൻ	800
45	DIPSI 75 gm glucose	ഡിപ്സ് ഐ 75 ഗ്രാം ഗ്ലൂക്കോസ്	30
46	ESR	ഇ എസ് ആർ	40
47	Fasting Blood Sugar(FBS)	ഫാസ്റ്റിംഗ് ബ്ലഡ് ഷുഗർ (എഫ് ബി എസ്)	30
48	GCT	ജി സി ടി	30
49	Glycosylated Haemoglobin (HbA1c)	ഗ്ലൈക്കോസിലേറ്റഡ് ഹീമോഗ്ലോബിൻ (എച്ച് ബി എ 1 സി)	400
50	GRBS (Glucometer - Random Blood Sugar)	ജി ആർ ബി എസ്	40
51	GTT 75G GLUCOSE TEST	ജി ടി ടി 75 ഗ്രാം ഗ്ലൂക്കോസ് ടെസ്റ്റ്	90
52	Haemoglobin	ഹീമോഗ്ലോബിൻ	70

SL NO	PROCEDURE NAME (ENGLISH)	PROCEDURE NAME (MALAYALAM)	RATE
53	HB/PLT	എച്ച് ബി / പി എൽ ടി	90
54	HB/TC	എച്ച് ബി / ടി സി	90
55	HB/TC/DC/PLT	എച്ച് ബി / ടി സി / ഡി സി / പി എൽ ടി	160
56	HB/TC/DC/PLT/PCV	എച്ച്ബി/ടിസി/ഡിസി/പിഎൽടി/പിസിവി	160
57	HBsAg	എച്ച് ബി എസ് എ ജി	220
58	HCV	എച്ച് സി വി	220
59	HIV	എച്ച് ഐ വി	220
60	MALARIA RAPID	മലേറിയ റാപ്പിഡ്	500
61	Malarial Parasite	മലേറിയൽ പാരസൈറ്റ്	200
62	Mantoux Test	മാൻടോക്സ്സ് ടെസ്റ്റ്	160
63	NT Pro BNP	എൻ ടി പ്രോ ബി എൻ പി	950
64	PLATELET AND PCV	പ്ലേറ്റ്ലെറ്റ് ആൻഡ് പി സി വി	90
65	Platelet Count	പ്ലേറ്റ്ലെറ്റ് കൗ	70
66	PLT/PCV	പി എൽ ടി / പി സി വി	90
67	Postprandial Blood Sugar(PPBS)	പോസ്റ്റ്പ്രാൻഡിയൽബ്ലഡ്ഷുഗർ(പ്രിപിബിഎസ്)	30
68	Random Blood Sugar (RBS)	റാൻഡം ബ്ലഡ് ഷുഗർ (ആർ ബി എസ്)	30
69	RAPID MALARIA	റാപ്പിഡ് മലേറിയ	80
70	Reducing Sugar	റിഡ്യൂസിംഗ് ഷുഗർ	60
71	Rheumatoid Factor	റ്യൂമറ്റോയ്ഡ് ഫാക്ടർ	270
72	Serum Amylase	സീറം അമൈലേസ്	250
73	Serum Calcium	സീറം കാൽസ്യം	140
74	Serum Creatinine	സീറം ക്രിയാറ്റിനിൻ	110
75	Serum Potassium (k+)	സീറം പൊട്ടാസ്യം	140
76	Serum Sodium (Na+)	സീറം സോഡിയം	140
78	Serum Uric Acid	സീറം യൂറിക് ആസിഡ്	110
79	SGOT	എസ് ജി ഒ ടി	110
80	SGPT	എസ് ജി പി ടി	110
81	Stool Ocult Blood	സ്റ്റൂൾ ഒക്കൾട്ട് ബ്ലഡ്	60
82	T3	ടി 3	140
83	T4	ടി 4	150
84	TC	ടി സി	70
85	TC/PCV	ടി സി / പി സി വി	90
86	TC/PLT/PCV	ടി സി / പി എൽ ടി / പി സി വി	160
87	TFT	ടി എഫ് ടി	375
88	Thyroid Stimulating Hormone (TSH)	തൈറോയ്ഡ് സ്റ്റിമുലേറ്റിംഗ് ഹോർമോൺ	160
89	Total Bilirubin	ടോട്ടൽ ബിലിറൂബിൻ	90
90	Total Cholesterol	ടോട്ടൽ കൊളെസ്ട്രോൾ	110
91	Total Protein	ടോട്ടൽ പ്രോടീൻ	90
92	Triglycerides	ട്രൈഗ്ലിസൈറൈഡ്സ്	110
93	Trop I	ട്രോപ് ഐ	650
94	Urea	യൂറിയ	110
95	Urine Acetone	യൂറിൻ അസടോൺ	60
96	Urine Albumin	യൂറിൻ അൽബുമിൻ	20
97	Urine Pregnancy Test	പ്രെഗ്നൻസി ടെസ്റ്റ്	110
98	URINE SUGAR	യൂറിൻ ഷുഗർ	20
99	VBG	വി ബി ജി	600
100	VDRL	വി ഡി ർ ൽ	160
101	WHOLE BLOOD CT	വോൾ ബ്ലഡ് സി ടി	70

The consumables will be charged extra.

X-RAY PROCEDURE TARIFF & TAT

SL NO	PROCEDURE NAME (ENGLISH)	PROCEDURE NAME (MALAYALAM)	RATE	TAT
1	CHEST AP	നെഞ്ച് എപി	330	30 min
2	CHEST AP LATERAL	നെഞ്ച് എപി ലാറ്ററൽ	660	30 min
3	CHEST AP LATERAL OBLIQUE	നെഞ്ച് എപി ലാറ്ററൽ ഒബ്ലിക്	990	30 min
4	SHOULDER AP	ഷോൾഡർ എപി	330	30 min
5	SHOULDER AP LATERAL	ഷോൾഡർ എപി ലാറ്ററൽ	550	30 min
6	SHOULDER AP LATERAL AXIAL	ഷോൾഡർ എപി ആക്സിയൽ	660	30 min
7	HUMERUS AP LATERAL	ഹ്യൂമറസ് എപി ലാറ്ററൽ	550	30 min
8	ELBOW AP LATERAL	കൈമുട്ട് എപി ലാറ്ററൽ	330	30 min
9	FOREARM AP LATERAL	കൈത്ത എപി ലാറ്ററൽ	330	30 min
10	WRIST AP LATERAL	റിസ്റ്റ് എപി ലാറ്ററൽ	330	30 min
11	WRIST AP LATERAL SKYPHOID	റിസ്റ്റ് എപി ലാറ്ററൽ ഒബ്ലിക്	550	30 min
12	HAND AP OBLIQUE	കൈ എപി ഒബ്ലിക്	330	30 min
13	FINGER AP LATERAL	വിരൽ എപി ലാറ്ററൽ	330	30 min
14	ABDOMAN ERROTT	വയർ ഇരറ്റ്	550	30 min
15	PELVIS	ഇടുപ്പ് എപി	330	40 min
16	HIP AP LATERAL	ഇടുപ്പ് എപി ലാറ്ററൽ	550	40 min
17	FEMUR AP LATERAL	തുടയെല്ല് എപി ലാറ്ററൽ	550	40 min
18	LEG AP LATERAL	കാൽ എപി ലാറ്ററൽ	550	30 min
19	KNEE AP LATERAL	കാൽമുട്ട് എപി ലാറ്ററൽ	330	30 min
20	KNEE AP {STAND} LATERAL	കാൽമുട്ട് എപി (സ്റ്റാന്ഡ്) ലാറ്ററൽ	550	30 min
21	KNEE AP LATERAL SKYLINE	കാൽമുട്ട് എപി ലാറ്ററൽ സ്കൈലിൻ	550	30 min

SL NO	PROCEDURE NAME (ENGLISH)	PROCEDURE NAME (MALAYALAM)	RATE	TAT
22	ANKLE AP LATERAL	കണങ്കാൽ എപി ലാറ്ററൽ	330	30 min
23	ANKLE AP LATERAL AXIAL	കണങ്കാൽ എപി ലാറ്ററൽ ആക്സിയൽ	550	30 min
24	FOOT AP OBLIQUE	പാദം എപി ഒബ്ലിക്	330	30 min
25	FOOT AP LATERAL OBLIQUE	പാദം എപി ലാറ്ററൽ ഒബ്ലിക്	550	30 min
26	L S SPINE	നട്ടെല്ല് സ്പൈൻ	550	40 min
27	C SPINE	കഴുത്തിലെ നട്ടെല്ല് സ്പൈൻ	550	40 min
28	T SPINE	തൊറസിസ് സ്പൈൻ	550	40 min
29	T L SPINE	തൊറക്കോ ലബാർ സ്പൈൻ	550	40 min
30	SACCRUM	പൂണേല്ല്	550	40 min
31	COCCYX	വാൽസ്ഥി	550	40 min
32	SKULL AP	തലയോട്ടി എപി	330	40 min
33	SKULL LATERAL	തലയോട്ടി ലാറ്ററൽ	330	40 min
34	SKULL AP LATERAL	തലയോട്ടി എപി ലാറ്ററൽ	660	40 min
35	NASOPHARYNX LATERAL	നാസോ ഫറിന്സ് ലാറ്ററൽ	330	30 min
36	NECK SOFT TISSUE LATERAL	നെക്ക് സോഫ്റ്റ് ടിഷ്യൂ ലാറ്ററൽ	330	30 min
37	NASAL BONE {BOTH}	നാസൽ ബോൺ ബൊത്	330	30 min
38	PNS AP	പി ൻ സ് എപി	330	30 min
39	FROG LEG LATERAL	ഫ്രോഗ് ലെഗ് ലാറ്ററൽ	330	30 min
40	PELVIS AP & FROG LEG LATERAL { CHILD}	പെൽവിസ് എപി ഫ്രോഗ് ലെഗ് ലാറ്ററൽ	550	30 min
41	MANDIBLE AP {CHILD}	താടിയെല്ല് എപി	330	30 min
42	MANDIBLE AP LATERAL	താടിയെല്ല് എപി ലാറ്ററൽ	660	30 min

ADVANCE & REFUND POLICY

1. Purpose

To define a clear and standardized process for collection, adjustment, and refund of advance deposits for all admitted patients, ensuring transparency, accountability, and smooth discharge procedures.

2. Scope

This SOP applies to:

- Front Office / Admission Desk
- Billing Department
- Finance Department
- Insurance Desk

All inpatient (IP) admissions including Medical and Surgical cases

3. Definitions

Advance Deposit: Amount collected from patients at the time of admission to cover initial hospitalization expenses.

Excess Amount: Remaining balance after adjusting the advance against the final bill.

Refund: Return of excess amount to the patient after full bill settlement.

4. Policy Statement
All admitted patients must make a mandatory advance deposit. Refunds will be processed based on mode of payment and bill settlement status. All procedures must be documented, transparent, and traceable.

5. Responsibilities
Admission Desk: Collects advance, issues receipts, updates patient file.
Billing Department: Adjusts advance during final billing; confirms refund eligibility.
Finance Department: Processes refunds for GPay/Card payments within stipulated timelines.
PRO/Patient Coordinator: Assists patients with refund form and communication.

6. Procedure
6.1 Advance Collection at Admission
6.1.1 Surgical Patients
Collect Rs. 5000/- as advance deposit.
Enter the payment in the billing system and issue a receipt.
Inform the patient/attender that the amount will be adjusted during discharge.

6.1.2 Medical Patients
Collect Rs. 2500/- as advance deposit.
Enter the payment in the billing system and issue a receipt.
Inform the patient/attender about adjustment at final billing.

6.2 Adjustment of Advance
During discharge billing, the Billing Department must:
Verify all charges (room, nursing, pharmacy, diagnostics, procedures).
Deduct the advance deposit from the total bill amount.
Update the final payable amount accordingly.
If amount payable > advance, collect the difference before discharge.
If advance > amount payable, initiate refund procedure.

6.3 Refund Process
6.3.1 Cash Refunds
Applicable only when the advance was paid in cash.
After final bill settlement, if there is an excess amount:
Refund the remaining balance in cash at the time of discharge.
Obtain patient's signature in the Refund Register.
Attach refund receipt to the discharge billing file.

6.3.2 GPay / Card Refunds
Cash refunds cannot be given for GPay or Card payments.
Provide the patient with a Refund Form at the reception.
Patient must fill and sign the form and submit it to the Billing Desk.

Billing Desk verifies and forwards the form to the Finance Department.
Finance Department processes the refund within 3–5 working days.
Refund must be made to the same account/card used for original payment.
Update the patient record and file the refund confirmation.

6.4 Documentation Requirements
Advance receipt
Final bill summary
Refund form (for digital payments)
Refund register entry (for cash refunds)
Finance approval note (for GPay/Card refunds)
All documents must be stored in the patient file as per hospital data-retention policy.

7. Audit & Compliance
Billing and Finance Departments will conduct monthly audits to ensure:
Proper recording of deposits
Timely refunds
No cash discrepancies
Any deviation must be reported to the Hospital Administrator.

8. Timelines
Cash Refund: Immediate at discharge
GPay/Card Refund: 3 to 5 working days
Documentation Processing: Same day as discharge

9. DAMA / LAMA (Discharge Against Medical Advice)
If a patient leaves against medical advice:
Billing will be completed up to the time of discharge.
Any excess deposit will be refunded in accordance with this policy.

10. Revision & Review
This SOP must be reviewed annually or whenever policy changes occur.

MIDAS HOSPITAL & SURGICAL CENTRE Insurance / TPA Empanelment and Claim Procedure

Policy No	___	**Version**	___
Effective Date	__/__/____	**Review Date**	__/__/____
Prepared By	_____	**Reviewed By**	_____
Approved By	_____	**Issued By**	_____

Document Type: SOP / Procedure

Department	Front Office | Insurance (Outsourced) | Finance | Operations | Billing | GRE
Applies to	Cashless (Empanelled), Cashless Anywhere (where available), Reimbursement, MRP package cases
Prepared by	_____
Approved by	_____
Effective date	__/__/____
Review frequency	Annual or earlier if payer rules change

1. Objective

To ensure a consistent, transparent, and traceable process for insurance/TPA verification, empanelment checks, cashless approvals, reimbursement support, financial settlement, and follow-up of claims, through an outsourced Insurance Desk.

2. Scope

- All inpatients and day-care patients who declare insurance/TPA coverage at or before admission
- All empanelled TPAs/insurers and any 'cashless anywhere' arrangements where permitted by insurer
- Non-empanelled insurance cases managed as reimbursement with hospital facilitation and patient undertaking

MRP (MIDAS Reassured Package) cases where consolidated billing is done at discharge

3. Definitions

- Empanelled: MIDAS has a documented arrangement with the insurer/TPA for cashless processing.
- Cashless: Approval-based settlement where insurer/TPA pays the hospital directly (patient pays non-payables/co-pay).
- Cashless Anywhere: Insurer product/process that may allow cashless even in non-empanelled hospitals (subject to insurer).
- Reimbursement: Patient pays hospital; insurer reimburses patient (hospital assists with documentation).
- Affidavit/Undertaking patient: Reimbursement pathway where patient signs undertaking to pay hospital upon receiving reimbursement and/or by a defined timeline.

4. Roles and Responsibilities

Role	Key Responsibilities
Front Office / Reception	Capture insurance declaration; collect basic ID/policy details; notify in Front Office group; coordinate admissions.
Outsourced Insurance Desk (Third Party)	Verify empanelment; initiate pre-auth; coordinate approvals/denials; guide patient; compile and submit documents; follow-up with insurer/TPA; communicate approvals and co-pay; coordinate final submission.
Billing	Ensure all charge capture; provide interim/final bill; generate receipts as advised; share required bill formats to Insurance Desk.
Finance	Confirm receipts from insurer/TPA/patient; reconcile settlements; track TDS and deductions; support weekly/monthly reconciliation.
Operations	Oversight; ensure registers are updated; ensure communication traceability; review pending settlements monthly.
GRE / Ward staff	Provide discharge summary and documents; facilitate reports; support patient education handouts; provide copies as required.

5. Empanelment List Management

- The empanelled insurer/TPA list shall be maintained and displayed at Reception/Insurance Desk (physical and digital copy).
- Updates (additions/temporary empanelment changes) are communicated by the outsourced Insurance Desk to Operations and Front Office.
- The latest list must be used during verification before initiating cashless documentation.

6. Procedure

6.1 Patient declaration and verification at admission

- Patient/bystander declares insurance/TPA and provides policy/ecard and ID proof.
- Insurance Desk verifies whether the insurer/TPA is empanelled.
- If not empanelled, Insurance Desk checks feasibility of 'cashless anywhere' or reimbursement pathway.
- Front Office sends admission intimation message in the Front Office group using the standard format (Name, UHID, IP, doctor, type of admission, insurer/TPA, room, etc.).

6.2 Pathway decision (choose one)

A. Empanelled Cashless Pathway

- Collect required documents and submit for pre-authorisation (planned admissions ideally pre-admission).
- On initial approval: Insurance Desk informs Finance and Operations; patient file is marked as Cashless with insurer/TPA name.
- During stay: Insurance Desk tracks enhancements/revisions as required by insurer.

B. Non-Empanelled: Reimbursement Facilitation (Affidavit/Undertaking)

- Insurance Desk checks feasibility of reimbursement and explains that insurer decision is outside hospital control.
- If feasible, patient signs the Reimbursement Facilitation Affidavit/Undertaking before discharge/billing finalisation.
- Insurance Desk assists in preparing and submitting documents to insurer/TPA and follows up.
- If reimbursement is denied OR not credited within 45 days (from discharge/submission as defined by hospital), patient must settle the bill directly.
- If reimbursement credited is less than final bill, patient must pay the difference.

C. MRP (MIDAS Reassured Package) Pathway

- For MRP cases, consolidated payment is collected at discharge as per package policy and documented inclusions/exclusions.

If insurance is also involved, follow the insurer rules for submission while respecting MRP billing logic.

6.3 During hospital stay: interim billing and updates

- For stays beyond 48 hours, interim bill is generated and advance requirements are communicated (as per billing policy).
- Insurance Desk communicates expected co-pay/non-payables early to prevent discharge delays.
- Pharmacy and Laboratory dues are to be settled within 24 hours of intimation (as per hospital billing rules) to avoid clearance delays.

6.4 Final approval, discharge, and document set

- Insurance Desk submits the final bill and required medical documents to insurer/TPA for final approval/settlement.
- Insurance Desk communicates final approval amount, co-pay, deductions, TDS, and patient-payable balance to Finance/Billing/Reception as applicable.
- At discharge, the patient is provided: discharge summary, prescriptions, all lab and imaging reports pertaining to the admission, and patient education materials / instructions.

6.5 Cash collection and receipts (when patient-payable exists)

- Insurance Desk issues Payment Advice Slip and directs patient to Reception for payment.
- Reception collects payment, issues receipt, and returns signed copies as per internal workflow.
- Collected cash and documents are handed to Accounts next working day.

7. Communication and Traceability

- All approval/denial and payment mode updates must be traceable (Front Office group message / email trail).
- Standard email subject format for cashless cases: Cashless Patient / UHID / IP No. / Patient Name.
- All key milestones: initial approval, enhancement, final approval, discharge date, and receipt details must be recorded.

8. Insurance/Affidavit Register and Reconciliation

An Insurance/Affidavit Register shall be maintained for audit and tracking with at minimum the following fields:

- Patient name, UHID, IP No, doctor
- Payment mode (Cashless / Affidavit-Reimbursement / Insurance)
- Insurer/TPA name
- Bill amount, approval date and amount, co-pay amount, hospital discount
- Amount received date, amount received, TDS, remarks
- Register entries are updated when payment mode is confirmed and subsequently updated weekly with Finance.
- Weekly fund reconciliation with Finance for receipts and TDS.

Monthly submission to Operations Manager for review of pending settlements and payer performance.

9. Exceptions and Escalation

- If insurer requires additional documents, Insurance Desk coordinates within 24 hours where feasible.
- If claim is denied or delayed beyond timelines, the case is escalated to Operations/Management as per internal escalation matrix.
- Any dispute on deductions/non-payables is handled as per insurer policy; patient remains responsible for non-payable amounts.

10. Standard Document Checklist (Indicative)

- Patient ID proof and insurance e-card/policy copy
- Claim form (if applicable)
- Admission notes / discharge summary
- Final itemised bill, receipts
- Lab reports and imaging reports, OT notes if applicable
- Prescriptions, nursing notes summary where required
- Any affidavits/undertakings (reimbursement facilitation)
- Bank details / cancelled cheque (for reimbursement to patient)

11. Annexures (Attach as applicable)

- Annexure A: Latest Empanelled Insurer/TPA List (Reception display copy)
- Annexure B: Reimbursement Facilitation Affidavit/Undertaking (English + Malayalam)
- Annexure C: Payment Advice Slip format

Annexure D: Insurance/Affidavit Register format

NAME OF ORGANIZATION	DOCUMENT CODE	ISSUE DATE	DATE OF NEXT REVISION / VALIDITY
MIDAS HOSPITAL & SURGICAL CENTRE	MHSC/QD/02/2026	02/02/2026	02/02/2027

Insurance TPA Empanelment & Claim Procedure

(MALAYALAM)

MINIMALLY INVASIVE DAYCARE ADVANCED SURGICAL CENTRE

" We take care in cure "

MIDAS HOSPITAL
& SURGICAL CENTRE

Insurance TPA Empanelment & Claim Procedure	
DOCUMENT NO	MHSC/QD/02/2026
DATE OF ISSUE	02/02/2026
ISSUE NO	01
REV. NO	00
NO OF PAGES	06

AUTHORISED BY : MANAGING DIRECTOR	ISSUE NO / VERSION NO	ISSUE BY : QUALITY MANAGER
	1.0	

NAME OF ORGANIZATION	DOCUMENT CODE	ISSUE DATE	DATE OF NEXT REVISION / VALIDITY
MIDAS HOSPITAL & SURGICAL CENTRE	MHSC/HR/02/2026	02/02/2026	02/02/2027

മൈഡാസ് ആശുപത്രി **&** സർജിക്കൽ സെന്റർ

ഇൻഷുറൻസ് **/ TPA** എംപാനൽമെന്റും ക്ലെയിം നടപടിക്രമവും

ഇൻഷുറൻസ് സേവനം മൂന്നാംകക്ഷി *(Outsourced)* ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് മുഖേനയാണ് നടത്തുന്നത്

ഡോക്യുമെന്റ് തരം: **SOP** / പ്രോസീജർ

വകുപ്പ്	ഫ്രണ്ട് ഓഫീസ് | ഇൻഷുറൻസ് (Outsourced) | ഫിനാൻസ് | ഓപ്പറേഷൻസ് | ബില്ലിംഗ് | GRE
പ്രയോഗ പരിധി	എംപാനൽ ചെയ്ത ക്യാഷ്‌ലെസ്, 'Cashless Anywhere' (ലഭ്യമെങ്കിൽ), റീഇംബഴ്സ്മെന്റ്, MRP പാക്കേജ് കേസുകൾ
തയ്യാറാക്കിയത്	_____
അംഗീകരിച്ചത്	_____
പ്രാബല്യ തീയതി	__/__/____
റിവ്യൂ	ഓരോ വർഷവും അല്ലെങ്കിൽ പേയർ നിയമങ്ങളിൽ മാറ്റം വന്നാൽ ഉടൻ

1. ഉദ്ദേശ്യം

ഇൻഷുറൻസ്/TPA വെരിഫിക്കേഷൻ, എംപാനൽമെന്റ് പരിശോധന, ക്യാഷ്‌ലെസ് പ്രീ-ഓതറൈസേഷൻ, റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സഹായം, ഫിനാൻഷ്യൽ സെറ്റിൽമെന്റ്, ക്ലെയിം ഫോളോ-അപ്പ് എന്നിവ ഏകീകൃതവും ട്രേസബിൾ ആയ രീതിയിൽ നടത്തുക.

2. പ്രയോഗപരിധി (Scope)

- അഡ്മിഷനിൽ അല്ലെങ്കിൽ അഡ്മിഷനിന് മുൻപ് ഇൻഷുറൻസ്/TPA കവറേജ് അറിയിക്കുന്ന എല്ലാ ഇൻപേഷ്യന്റ്/ഡേ-കെയർ രോഗികൾക്കും
- എംപാനൽ ചെയ്ത ഇൻഷുറൻസ്/TPA-കൾക്കും ഇൻഷുറർ അനുവദിക്കുന്ന 'Cashless Anywhere' ക്രമീകരണങ്ങൾക്കും
- എംപാനൽ ചെയ്തിട്ടില്ലാത്ത സാഹചര്യങ്ങളിൽ റീഇംബഴ്സ്മെന്റ്/അഫിഡവിറ്റ് വഴിയുള്ള സഹായ പ്രക്രിയ
- MRP (MIDAS Reassured Package) കേസുകളിൽ ഡിസ്ചാർജിൽ കോൺസോളിഡേറ്റഡ് പേയ്മെന്റ്

3. നിർവചനങ്ങൾ (Definitions)

- എംപാനൽ ചെയ്തത്: MIDAS ആശുപത്രിക്ക് ഇൻഷുറൻസ്/TPA-യുമായി ക്യാഷ്‌ലെസ് പ്രോസസ്സിംഗിനുള്ള നിലവിലുള്ള ക്രമീകരണം.
- ക്യാഷ്‌ലെസ്: ഇൻഷുറൻസ്/TPA അനുമതിയുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ആശുപത്രിക്ക് നേരിട്ട് പേയ്മെന്റ് (നോൺ-പേയബിൾ/കോ-പേ രോഗി അടയ്ക്കും).
- Cashless Anywhere: എംപാനൽ അല്ലാത്ത ആശുപത്രികളിലും ക്യാഷ്‌ലെസ് അനുവദിക്കാവുന്ന ഇൻഷുറർ പ്രോഡക്ട്/പ്രോസസ് (ഇൻഷുറർ നിബന്ധനകൾക്ക് വിധേയം).
- റീഇംബഴ്സ്മെന്റ്: രോഗി ആദ്യം ആശുപത്രിക്ക് പേയ്ചെയ്യുന്നു; ഇൻഷുറൻസ് പിന്നീട് രോഗിക്ക് റീഇംബഴ്സ് ചെയ്യുന്നു.
- അഫിഡവിറ്റ്/ഉണ്ടർടേക്കിംഗ് കേസ്: റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സഹായത്തിന് രോഗി/പ്രതിനിധി നിബന്ധനകൾ അംഗീകരിച്ച് ഒപ്പിടുന്ന കേസ്.

4. ഉത്തരവാദിത്തങ്ങൾ (Roles & Responsibilities)

റോൾ	പ്രധാന ഉത്തരവാദിത്തങ്ങൾ
ഫ്രണ്ട് ഓഫീസ് / റിസപ്ഷൻ	ഇൻഷുറൻസ് ഡിക്ലറേഷൻ സ്വീകരിക്കുക; പോളിസി/ഇ-കാർഡ്, ID പ്രൂഫ് എന്നിവയുടെ അടിസ്ഥാനവിവരങ്ങൾ രേഖപ്പെടുത്തുക; അഡ്മിഷൻ ഇന്റിമേഷൻ സ്റ്റാൻഡേർഡ് ഫോർമാറ്റിൽ ഗ്രൂപ്പിൽ പങ്കുവെക്കുക; അഡ്മിഷൻ കോർഡിനേറ്റ് ചെയ്യുക.
Outsourced ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് (മൂന്നാംകക്ഷി)	എംപാനൽമെന്റ് പരിശോധിക്കുക; പ്രീ-ഓതറൈസേഷൻ/എൻഹാൻസ്മെന്റ് ആരംഭിക്കുക; അനുമതി/നിരസിക്കൽ ട്രാക്ക് ചെയ്യുക; രേഖകൾ രേഖപ്പെടുത്തിയ ഇൻഷുറൻസ്/TPA-യ്ക്ക് സമർപ്പിക്കുക; തുടർന്നുള്ള ഫോളോ-അപ്പ് നടത്തുക; കോ-പേ/ഡിഡക്ഷൻ തുടങ്ങിയവ മുൻകൂട്ടി അറിയിക്കുക.
ബില്ലിംഗ്	ചാർജ് ക്യാപ്ചർ പൂർണ്ണമാണെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക; ഇന്റിം/ഫൈനൽ ബിൽ തയ്യാറാക്കുക; ആവശ്യമായ ഫോർമാറ്റിൽ ബിൽ/റിസീറ്റ് ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്കിന് നൽകുക.
ഫിനാൻസ് / അക്കൗണ്ട്സ്	പേയർ/രോഗി പേയ്മെന്റുകൾ സ്ഥിരീകരിക്കുക; സെറ്റിൽമെന്റ് റികൺസൈൽ ചെയ്യുക; TDS/ഡിഡക്ഷൻ ട്രാക്ക് ചെയ്യുക; വാരാന്ത/മാസാന്ത റിവ്യൂ നടത്തുക.
ഓപ്പറേഷൻസ്	പ്രക്രിയ ഓവർസൈറ്റ്; രജിസ്റ്റർ അപ്ഡേറ്റ് ഉറപ്പാക്കുക; പെൻഡിംഗ് കേസുകൾ മാസത്തിൽ ഒരിക്കൽ റിവ്യൂ ചെയ്യുക; പേയർ പെർഫോർമൻസ് മോണിറ്റർ ചെയ്യുക.
GRE / വാർഡ് സ്റ്റാഫ്	ഡിസ്ചാർജ് സമാരി, റിപ്പോർട്ടുകൾ, പേഷ്യന്റ് എജ്യുക്കേഷൻ മെറ്റീരിയൽ എന്നിവ തയ്യാറാക്കി നൽകുക; ആവശ്യമായ കോപ്പികൾ നൽകാൻ സഹായിക്കുക.

5. എംപാനൽമെന്റ് ലിസ്റ്റ് പരിപാലനം

- എംപാനൽ ചെയ്ത ഇൻഷുറൻസ്/TPA ലിസ്റ്റ് റിസപ്ഷൻ/ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്കിൽ പ്രദർശിപ്പിക്കണം (ഫിസിക്കൽ + ഡിജിറ്റൽ).
- ലിസ്റ്റിലെ മാറ്റങ്ങൾ (പുതിയത്/താൽക്കാലിക എംപാനൽമെന്റ്) Outsourced ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് ഓപ്പറേഷൻസിനും ഫ്രണ്ട് ഓഫിസിനും അറിയിക്കണം.
- ക്യാഷ്ലെസ് പ്രോസസ്സിംഗ് ആരംഭിക്കുന്നതിന് മുൻപ് ഏറ്റവും പുതിയ ലിസ്റ്റ് ഉപയോഗിച്ച് പരിശോധന നിർബന്ധം.

6. നടപടിക്രമം (Procedure)

6.1 അഡ്മിഷനിൽ ഇൻഷുറൻസ് ഡിക്ലറേഷനും വെരിഫിക്കേഷനും

- രോഗി/ബൈസ്റ്റാൻഡർ ഇൻഷുറൻസ്/TPA വിവരങ്ങൾ അറിയിക്കുകയും പോളിസി/ഇ-കാർഡ് + ID പ്രൂഫ് നൽകുകയും ചെയ്യണം.
- ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് എംപാനൽ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ പരിശോധിക്കും.

- എംപാനൽ അല്ലെങ്കിൽ 'Cashless Anywhere' സാധ്യമാണോ, അല്ലെങ്കിൽ റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് വഴിയാണോ എന്നത് വിലയിരുത്തും.
- ഫ്രണ്ട് ഓഫീസ് സ്റ്റാൻഡേർഡ് ഫോർമാറ്റിൽ അഡ്മിഷൻ ഇന്റിമേഷൻ ഗ്രൂപ്പിൽ പോസ്റ്റ് ചെയ്യണം (പേര്, UHID, IP, ഡോക്ടർ, അഡ്മിഷൻ തരം, ഇൻഷുറർ/TPA, റൂം മുതലായവ).

6.2 രോഗി പാത (Pathway) തിരഞ്ഞെടുക്കൽ

A) എംപാനൽ ചെയ്ത ക്യാഷ്‌ലെസ് പാത

- ആവശ്യമായ രേഖകൾ ശേഖരിച്ചു പ്രീ-ഓതറൈസേഷനായി സമർപ്പിക്കുക (പ്ലാൻഡ് അഡ്മിഷൻ ആണെങ്കിൽ മുൻകൂട്ടി).
- ആദ്യ അനുമതി ലഭിച്ചാൽ ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് ഫിനാൻസ്/ഓപ്പറേഷൻസിനെ അറിയിക്കും; പേഷ്യന്റ് ഫയൽ 'Cashless' ആയി മാർക്ക് ചെയ്യും.
- താമസത്തിനിടെ: ഇൻഷുറർ ആവശ്യപ്പെടുന്ന എൻഹാൻസ്മെന്റുകൾ/റിവിഷനുകൾ സമയബന്ധിതമായി സമർപ്പിക്കുക.

B) എംപാനൽ അല്ലാത്തത്: റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സഹായം (അഫിഡവിറ്റ്/ഉണ്ടർടേക്കിംഗ്)

- റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സാധ്യമാണോ ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് പരിശോധിക്കുകയും ഇൻഷുററുടെ തീരുമാനം ആശുപത്രിയുടെ നിയന്ത്രണത്തിലല്ലെന്ന് വിശദീകരിക്കുകയും ചെയ്യും.
- സാധ്യമെങ്കിൽ, രോഗി ഡിസ്ചാർജിന് മുൻപ്/ബില്ലിംഗ് ഫൈനലൈസേഷനിന് മുൻപ് അഫിഡവിറ്റ്/ഉണ്ടർടേക്കിംഗ് ഒപ്പിടണം.
- രേഖകൾ തയ്യാറാക്കാനും സമർപ്പിക്കാനും ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് സഹായിക്കും; തുടർന്നുള്ള ഫോളോ-അപ്പ് നടത്തും.
- റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് നിരസിക്കുകയോ 45 ദിവസത്തിനകം ലഭിക്കാതിരിക്കുകയോ ചെയ്താൽ, ബിൽ രോഗി നേരിട്ട് തീർപ്പാക്കണം.
- റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് തുക അന്തിമ ബിലിനേക്കാൾ കുറവാണെങ്കിൽ വ്യത്യാസം രോഗി അടയ്ക്കണം.

C) MRP (MIDAS Reassured Package) പാത

- MRP കേസുകളിൽ ഡിസ്ചാർജിൽ കോൺസോളിഡേറ്റഡ് പേയ്മെന്റ് (പാക്കേജ് ഇൻക്ലൂഷൻ/എക്സ്ക്ലൂഷൻ എഴുത്തായി നൽകണം).
- ഇൻഷുറൻസ് ഉൾപ്പെട്ടാൽ ഇൻഷുറർ നിയമങ്ങൾ പാലിച്ചുകൊണ്ട് MRP ബില്ലിംഗ് ലോജിക് അനുസരിക്കുക.

6.3 താമസത്തിനിടെ: ഇന്റിം ബിൽ, അപ്ഡേറ്റ്

- 48 മണിക്കൂറിന് മുകളിൽ തുടരുന്ന അഡ്മിഷനിൽ ഇന്റിം ബിൽ ജനറേറ്റ് ചെയ്ത് അഡ്വാൻസ് ആവശ്യം അറിയിക്കും (ബില്ലിംഗ് പോളിസി പ്രകാരം).
- കോ-പേ/നോൺ-പേയബിൾ സാധ്യതകൾ ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് മുൻകൂട്ടി അറിയിച്ച് ഡിസ്ചാർജ് ഡിലേ ഒഴിവാക്കണം.
- ഫാർമസി/ലാബ് ബില്ലുകൾ അറിയിച്ചതിന് ശേഷം 24 മണിക്കൂറിനകം തീർപ്പാക്കണം (ഹോസ്പിറ്റൽ നയം പ്രകാരം).

6.4 ഡിസ്ചാർജ്, ഫൈനൽ സബ്മിഷൻ, ഡോക്യുമെന്റ് സെറ്റ്

- ഫൈനൽ ബിൽ + ആവശ്യമായ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഇൻഷുറൻസ്/TPA-യ്ക്ക് ഫൈനൽ സെറ്റിൽമെന്റിനായി സമർപ്പിക്കും.
- ഫൈനൽ അംഗീകാരം, കോ-പേ, ഡിഡക്ഷൻ, TDS, രോഗി പേയ്മെന്റ് തുടങ്ങിയവ ഫിനാൻസ്/ബില്ലിംഗ്/ഫ്രണ്ട് ഓഫിസിന് അറിയിക്കും.
- ഡിസ്ചാർജിന് രോഗിക്ക് നൽകുന്നത്: ഡിസ്ചാർജ് സമാരി, പ്രിസ്ക്രിപ്ഷൻ, അഡ്മിഷനോട് ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ ലാബ്/ഇമേജിംഗ് റിപ്പോർട്ടുകൾ, പേഷ്യന്റ് എജ്യുക്കേഷൻ മെറ്റീരിയൽ/ഇൻസ്ട്രക്ഷൻസ്.

6.5 രോഗി പേയ്മെന്റ് ഉണ്ടായാൽ: പേയ്മെന്റും റസീത്

- ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് Payment Advice Slip നൽകി റിസപ്ഷനിലേക്ക് പേയ്മെന്റിനായി രോഗിയെ നയിക്കും.
- റിസപ്ഷൻ പേയ്മെന്റ് സ്വീകരിച്ച് റസീത് നൽകും; ആവശ്യമായ കോപ്പികൾ ഒപ്പ് വാങ്ങി ഫയലിൽ ഉൾപ്പെടുത്തും.

- സമാഹരിച്ച തുകയും രേഖകളും അടുത്ത ജോലി ദിവസത്തിൽ അക്കൗണ്ട്സിന് കൈമാറും.

7. കമ്മ്യൂണിക്കേഷനും ട്രേസബിലിറ്റിയും

- അനുമതി/നിരസിക്കൽ/പേയ്മെന്റ് അപ്ഡേറ്റുകൾ ട്രേസബിൾ ആയിരിക്കണം (ഗ്രൂപ്പ് സന്ദേശം / ഇമെയിൽ ട്രെയിൽ).
- സ്റ്റാൻഡേർഡ് ഇമെയിൽ സബ്ജക്ട്: Cashless Patient / UHID / IP No / Patient Name.
- പ്രധാന മൈൽസ്റ്റോണുകൾ (Initial approval, Enhancement, Final approval, Discharge date, Receipt details) രജിസ്റ്ററിൽ രേഖപ്പെടുത്തണം.

8. ഇൻഷുറൻസ്/അഫിഡവിറ്റ് രജിസ്റ്ററും റികൺസിലിയേഷനും

ഓഡിറ്റിനും ട്രാക്കിംഗിനുമായി ഇൻഷുറൻസ്/അഫിഡവിറ്റ് രജിസ്റ്റർ നിർബന്ധമാണ്. കുറഞ്ഞത് താഴെപ്പറയുന്ന ഫീൽഡുകൾ ഉൾപ്പെടണം:

- രോഗിയുടെ പേര്, UHID, IP No, ഡോക്ടർ
- പേയ്മെന്റ് മോഡ് (Cashless / Affidavit-Reimbursement / Insurance)
- ഇൻഷുറർ/TPA പേര്
- ബിൽ തുക, അനുമതി തീയതി/തുക, കോ-പേ, ഹോസ്പിറ്റൽ ഡിസ്കൗണ്ട്
- തുക ലഭിച്ച തീയതി/തുക, TDS, റിമാർക്ക്സ്
- ഫിനാൻസുമായി വാരാന്ത റികൺസിലിയേഷൻ (രസീത് + TDS).
- മാസത്തിൽ ഒരിക്കൽ ഓപ്പറേഷൻസ് മാനേജർക്കായി പെൻഡിംഗ് കേസുകളുടെ റിവ്യൂ.

9. ഒഴിവുകളും എസ്കലേഷനും

- ഇൻഷുറർ അധിക രേഖകൾ ആവശ്യപ്പെട്ടാൽ സാധ്യമായിടത്ത് 24 മണിക്കൂറിനകം കോർഡിനേറ്റ് ചെയ്യണം.
- ക്ലെയിം ഡിലേ/ഡിനയൽ കേസുകൾ ഓപ്പറേഷൻസ്/മാനേജ്മെന്റിലേക്ക് എസ്കലേറ്റ് ചെയ്യണം (ആന്തരിക മാട്രിക്സ് പ്രകാരം).
- ഡിഡക്ഷൻ/നോൺ-പേയബിൾ സംബന്ധിച്ച തർക്കങ്ങൾ ഇൻഷുറർ പോളിസി പ്രകാരം; രോഗി നോൺ-പേയബിൾ തുകക്ക് ഉത്തരവാദി.

10. സ്റ്റാൻഡേർഡ് ഡോക്യുമെന്റ് ചെക്ക്ലിസ്റ്റ് (സൂചകമായി)

- രോഗിയുടെ ID പ്രൂഫ് + ഇൻഷുറൻസ് ഇ-കാർഡ്/പോളിസി കോപ്പി
- ക്ലെയിം ഫോം (ബാധകമാണെങ്കിൽ)
- അഡ്മിഷൻ നോട്ടുകൾ / ഡിസ്ചാർജ് സമാരി
- ഫൈനൽ ഐറ്റംവൈസ് ബിൽ, രസീതുകൾ
- ലാബ് റിപ്പോർട്ടുകൾ, ഇമേജിംഗ് റിപ്പോർട്ടുകൾ, OT നോട്ടുകൾ (ബാധകമാണെങ്കിൽ)
- പ്രിസ്ക്രിപ്ഷനുകൾ, ആവശ്യമായിടത്ത് നേഴ്സിംഗ് സമരി
- അഫിഡവിറ്റ്/ഉണ്ടർടേക്കിംഗ് (റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സഹായം)
- റീഇംബഴ്സ്മെന്റിനായി ബാങ്ക് ഡീറ്റെയിൽസ്/കാൻസൽഡ് ചെക്ക് (ഇൻഷുറർ ആവശ്യപ്പെട്ടാൽ)

11. അറ്റാച്ച്മെന്റുകൾ (Annexures)

- അറ്റാച്ച്മെന്റ് A: അപ്ഡേറ്റഡ് എംപാനൽ ചെയ്ത ഇൻഷുറൻസ്/TPA ലിസ്റ്റ് (റിസപ്ഷൻ ഡിസ്പ്ലേ കോപ്പി)
- അറ്റാച്ച്മെന്റ് B: റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സഹായ അഫിഡവിറ്റ്/ഉണ്ടർടേക്കിംഗ് (മലയാളം + ഇംഗ്ലീഷ്)
- അറ്റാച്ച്മെന്റ് C: Payment Advice Slip ഫോർമാറ്റ്
- അറ്റാച്ച്മെന്റ് D: ഇൻഷുറൻസ്/അഫിഡവിറ്റ് രജിസ്റ്റർ ഫോർമാറ്റ്

MIDAS HOSPITAL – ESTIMATE AND BILLING POLICY (Patient Information)

മൈഡാസ് ആശുപത്രി – ചെലവുകണക്ക് **(Estimate)** യും ബില്ലിംഗ് നയവും (രോഗി വിവരങ്ങൾ)

ENGLISH	മലയാളം
What an estimate means	**Estimate** എന്നത് എന്താണ്
• Estimate is an approximate cost based on the condition and planned treatment at that time • Final bill may change if diagnosis, treatment, stay duration, or complications change • Emergency care will not be delayed for deposit or documents	• അന്നത്തെ രോഗസ്ഥിതിയും ചികിത്സാ പദ്ധതിയും അടിസ്ഥാനമാക്കി തയ്യാറാക്കുന്ന ഏകദേശം ചെലവുകണക്കാണ് Estimate • രോഗനിർണയം/ചികിത്സ/താമസദൈർഘ്യം/സങ്കീർണതകൾ മാറിയാൽ അന്തിമ ബിൽ മാറാം • അടിയന്തര ചികിത്സയ്ക്കായി ഡിപ്പോസിറ്റ്/ഡോക്യുമെന്റുകൾ കാരണം വൈകിപ്പ് ഉണ്ടാകില്ല
Bed category tariff (room rent per day)	ബെഡ് വിഭാഗം (ഒരു ദിവസത്തെ റൂം റെന്റ്)
• A/C Room: Rs 1950 | Non A/C Room: Rs 1600 • Cubicle: Rs 1350 | General Ward: Rs 1000 | ICU: Rs 2000	• എ.സി മുറി: Rs 1950 | നോൺ എ.സി മുറി: Rs 1600 • ക്യൂബിക്കിൾ: Rs 1350 | ജനറൽ വാർഡ്: Rs 1000 | ഐ.സി.യു: Rs 2000
Advance deposit and interim billing	അഡ്വാൻസ് ഡിപ്പോസിറ്റും ഇന്റെറിം ബില്ലും
• Admission deposit: Rs 2500 • If stay exceeds 48 hours, an interim bill is generated • Advance top-up required: maintain 80% of interim bill as advance against final bill	• പ്രവേശന ഡിപ്പോസിറ്റ്: Rs 2500 • 48 മണിക്കൂറിന് മുകളിൽ അഡ്മിഷൻ തുടരുകയാണെങ്കിൽ ഇന്റെറിം ബിൽ നൽകും • അന്തിമ ബിലിനെതിരെ ഇന്റെറിം ബിലിന്റെ 80% അഡ്വാൻസായി നിലനിർത്തണം
Pharmacy and Laboratory settlement	ഫാർമസി/ലാബ് പേയ്മെന്റ്
• Pharmacy and Lab bills must be settled within 24 hours of intimation • Clearance from Pharmacy and Lab is required for final discharge billing	• അറിയിപ്പ് ലഭിച്ച ശേഷം 24 മണിക്കൂറിനകം ഫാർമസി, ലാബ് ബില്ലുകൾ തീർപ്പാക്കണം • അന്തിമ ഡിസ്ചാർജ് ബില്ലിംഗിന് ഫാർമസി/ലാബ് ക്ലിയറൻസ് ആവശ്യമാണ്
MIDAS Reassured Package (MRP)	**MIDAS Reassured Package (MRP)**
• For MRP cases, consolidated payment is done at discharge • Package inclusions/exclusions will be informed in writing	• MRP കേസുകളിൽ ഡിസ്ചാർജിന്റെ സമയത്ത് ഏകോപിത (consolidated) പേയ്മെന്റ് • പാക്കേജിൽ ഉൾപ്പെടുന്നതും ഒഴിവാക്കുന്നതും എഴുത്തായി അറിയിക്കും
Insurance when hospital is not empanelled	ആശുപത്രി എംപാനൽ ചെയ്തിട്ടില്ലെങ്കിൽ ഇൻഷുറൻസ്
• Insurance desk checks feasibility of reimbursement • If feasible, patient may opt for reimbursement-facilitation	• റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സാധ്യമാണോ എന്ന് ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് പരിശോധിക്കും

arrangement after signing an affidavit/undertaking
• If reimbursement is denied OR not received within 45 days, patient must settle the bill directly
• If reimbursement is less than final bill, patient must pay the difference

• സാധ്യമെങ്കിൽ, അഫിഡവിറ്റ്/ഉണ്ടർടേക്കിംഗ് ഒപ്പിട്ട ശേഷം റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സഹായ സംവിധാനത്തിൽ പ്രവേശിക്കാം
• റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് നിരസിക്കുകയോ 45 ദിവസത്തിനകം ലഭിക്കാതിരിക്കുകയോ ചെയ്താൽ ബിൽ നേരിട്ട് തീർപ്പാക്കണം
• റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് തുക അന്തിമ ബിലിനേക്കാൾ കുറവെങ്കിൽ വ്യത്യാസം രോഗി അടയ്ക്കണം

At discharge you will receive

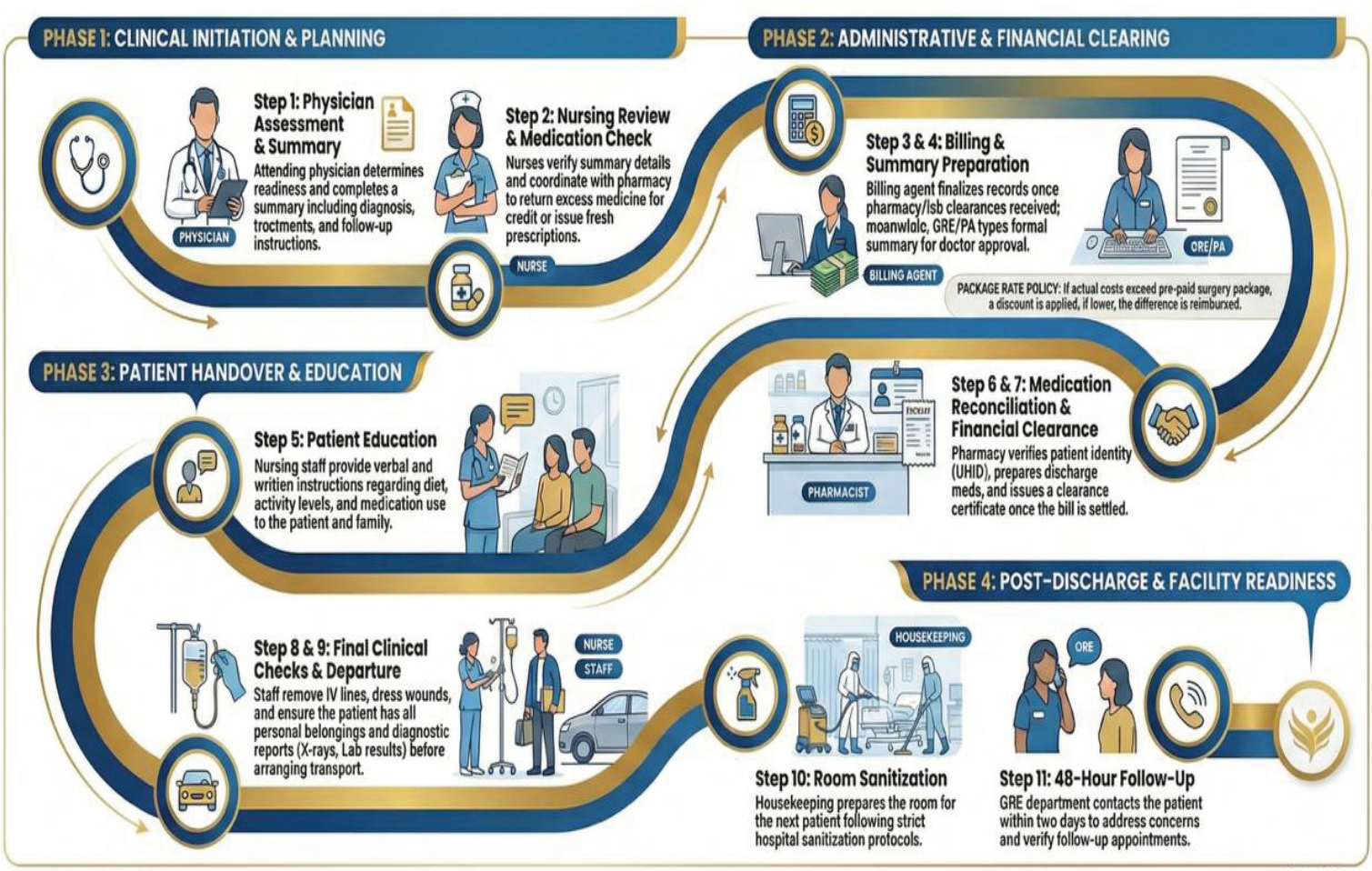
ഡിസ്ചാർജിന് നിങ്ങൾക്ക് ലഭിക്കുന്നത്

• Itemised final bill and receipts
• Discharge summary
• All laboratory and imaging reports related to your treatment
• Education material and follow-up instructions

• ഐറ്റംവൈസ് അന്തിമ ബില്യും രസീതുകളും
• ഡിസ്ചാർജ് സമാരി
• ചികിത്സയുമായി ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ ലാബ്/ഇമേജിംഗ് റിപ്പോർട്ടുകളും
• വിദ്യാഭ്യാസ സാമഗ്രികളും ഫോളോ-അപ്പ് നിർദേശങ്ങളും

Billing Desk: _____ | Insurance Desk: _____ | Grievance Officer: _____ (Phone/Email)

DISCHARGE PROCEDURES



AMBULANCE & TRANSPORT CHARGES

SL NO	D LEVEL ICU	RATES
1	MINIMUM CHARGE (UPTO 10 KM)	2500
2	CHARGE FOR PER KM	100
3	WAITING CHARGE PER HOUR MRP RATE OF MEDICINES USED WANTS TO PAY ADDITIONAL	350

SL NO	AC TRAVELLER BASIC AMBULANCE	RATES
1	MINIMUM CHARGE (UPTO 10 KM)	1500
2	CHARGE FOR PER KM	80
3	WAITING CHARGE PER HOUR	200
4	OXYGEN CHARGE PER HOUR	200

SL NO	NON AC TRAVELLER	RATES
1	MINIMUM CHARGE (UPTO 10 KM)	1000
2	CHARGE FOR PER KM	60
3	WAITING CHARGE PER HOUR	200
4	OXYGEN CHARGE PER HOUR	200

SL NO	OMNI / EECO (BASIC AMBULANCE)	RATES
1	MINIMUM CHARGE (UPTO 10 KM)	800
2	CHARGE FOR PER KM	50
3	WAITING CHARGE PER HOUR	200
4	OXYGEN CHARGE PER HOUR	200

24×7 EMERGENCY CARE PROTOCOL

Capacity-Graded Screening, Stabilisation, and Safe Transfer

Policy No	MIDAS/EMR/__	**Version**	1.0
Effective Date	__/__/____	**Review Date**	__/__/____
Prepared By	Emergency Department / Quality	**Reviewed By**	Medical Superintendent
Approved By	Managing Director	**Issued By**	Quality Office

1. Purpose

To ensure that MIDAS Hospital provides round-the-clock emergency care that is compliant with Kerala Clinical Establishments directions, by (1) screening and stabilising emergency patients within the hospital's capacity, (2) ensuring safe transfer to higher centres when indicated with proper documentation and communication, and (3) ensuring that initial life-saving aid is never denied for want of advance payment or documents.

2. Scope

- All emergency patients presenting by walk-in, wheelchair, stretcher, or ambulance
- All age groups and all emergencies: medical, surgical, obstetric, paediatric, trauma, poisoning, psychiatric emergencies
- All ED staff, on-call clinical teams, ambulance team, security, reception/billing

3. Key Policies

- Every emergency patient will be screened and stabilised within MIDAS capacity and resources.
- Initial life-saving aid will not be refused or delayed due to non-payment of advance or lack of documents.
- When higher-level care is required, MIDAS will arrange safe transfer with referral documentation and prior communication to the receiving facility.
- At discharge, patient will be provided discharge summary along with investigation reports pertaining to the treatment (e.g., ECG, X-ray, CT, lab reports).

4. Definitions

Screening: Rapid assessment to identify emergency condition, immediate threats to life, and triage category.

- Stabilisation: Interventions to secure airway, breathing, circulation, pain control, and prevent deterioration within MIDAS capacity.
- Capacity-graded care: Providing the best possible emergency care within available services and arranging transfer when beyond capacity.
- Safe transfer: Transfer with appropriate escort, monitoring, resuscitation support, and structured handover.

5. Roles and Responsibilities

Role	Responsibility
Emergency Medical Officer / Duty Doctor	Immediate screening, triage confirmation, stabilisation, documentation, decision for transfer/admission.
Emergency Nurse (Triage Nurse)	Triage at arrival, vital signs, early warning triggers, initiate protocols, maintain triage log.
Consultant On-call	Clinical decision support, admission/transfer plan, communicate with receiving consultant where needed.
Ambulance Team	Safe transport, monitoring, oxygen/airway support, documentation, handover at receiving centre.
Security	Facilitate rapid access, crowd control, prevent violence, support emergency movement.
Reception/Billing	Register patient without delaying care; financial counselling after stabilisation; ensure documentation copies.

6. Staffing and Readiness

- Emergency area functional 24×7 with minimum staffing: Duty doctor + trained emergency nurse + support staff (as per roster).
- On-call specialists available as per hospital scope (medicine, surgery, anaesthesia, orthopaedics, paediatrics, etc.).
- Resuscitation bay maintained ready at all times: oxygen, suction, defibrillator, crash cart, airway equipment, emergency drugs.
- Ambulance availability and contact numbers displayed; backup arrangement documented.

7. Triage and Response Times

Triage will be completed at first contact by trained staff. Suggested triage system: ESI/CTAS-style three-level operational approach.

Triage Level	Examples	Target doctor review	Immediate actions
Red – Resuscitation	Unconscious, shock, severe respiratory distress, active seizure, major trauma, STEMI suspicion	Immediate (0–1 min)	ABC, monitors, IV access, oxygen/ventilation, defibrillation if needed
Yellow – Urgent	Moderate distress, chest pain stable, sepsis suspicion, fractures, dehydration	Within 10–15 min	Vitals, IV/analgesia, investigations, early antibiotics if indicated
Green –Non-urgent	Minor injury, mild symptoms, refills/queries	Within 60 min	Vitals, basic evaluation, discharge advice

8. Emergency Workflow

8.1 Arrival and Immediate Screening

- On arrival, triage nurse records time of arrival and performs rapid screening (ABC, vitals, mental status, bleeding).
- If P1: move directly to resuscitation bay; call duty doctor and activate code team if required.
- Registration shall be initiated without delaying care. If identity details are unavailable, use temporary ID and update later.

8.2 Stabilisation Within Capacity

- Airway: positioning, suction, airway adjuncts; intubation/advanced airway if trained staff and equipment available.
- Breathing: oxygen therapy, nebulisation, NIV/ventilation as per capacity; treat pneumothorax if needed and within skill set.
- Circulation: IV/IO access, fluid resuscitation, blood products if available, vasopressors as per protocol and monitoring capacity.
- Control bleeding, immobilise fractures, manage pain, manage hypoglycaemia, treat seizures, anaphylaxis protocol.
- Start time-critical therapies as per standard clinical guidelines (e.g., antibiotics for sepsis) within capacity.

8.3 Documentation in ED

- Record arrival time, triage category, initial vitals, primary survey findings, interventions with time stamps.
- Maintain medication and procedure documentation; consent where applicable (or implied consent in life-saving situations).
- For MLC/trauma: follow medico-legal documentation and police intimation requirements as per law.

Maintain investigation requests and results in patient file; provide copies on discharge.

8.4 Decision: Admit, Observe, Discharge, or Transfer

- Admit: if ongoing monitoring/treatment needed and MIDAS has capability (ward/ICU/OT as applicable).
- Discharge: if stable and safe, with written instructions, red flags, follow-up plan, prescriptions, and copies of reports.
- Transfer: if patient needs services beyond MIDAS capacity (specialist, cath lab, neurosurgery, advanced imaging, ventilatory support beyond capability, etc.).

9. Safe Transfer Protocol

9.1 Indications for Transfer

- Need for higher-level services not available at MIDAS (specialist procedures/ICU capability, advanced imaging, surgical subspecialty, etc.)
- Patient not stabilising despite best possible care within MIDAS capacity
- Patient/attendant requests transfer after counselling (documented)

9.2 Pre-transfer Steps

- Stabilise to the maximum extent possible (airway, breathing, circulation, pain control).
- Inform patient/attendant about reason for transfer, risks, and expected destination; obtain written consent/refusal as applicable.
- Communicate with receiving hospital/doctor: patient condition, interventions done, current vitals, ETA.
- Arrange appropriate ambulance and escort (doctor/nurse/paramedic) based on patient acuity.
- Ensure transfer packet: referral note, ED notes, medication list, vitals chart, investigation reports, imaging (print if available), consent forms.

9.3 During Transfer

- Maintain monitoring as appropriate: pulse oximetry, BP, ECG (if available), oxygen delivery.
- Carry emergency drugs and airway equipment for deterioration en route.
- Document departure time, escort name, vehicle number, and receiving facility details.

9.4 Handover at Receiving Facility

- Structured handover: situation, background, assessment, recommendation (SBAR).
- Obtain acknowledgement (name/role/signature) from receiving staff and record arrival time.

10. Financial/Administrative Rule for Emergencies

- Life-saving assessment and stabilisation will start immediately irrespective of payment or documentation status.
- Financial counselling and deposit collection (if applicable) shall be done after stabilisation, without coercion.

All billing must be transparent and itemised; the patient may request clarifications.

11. Discharge Documentation Requirement

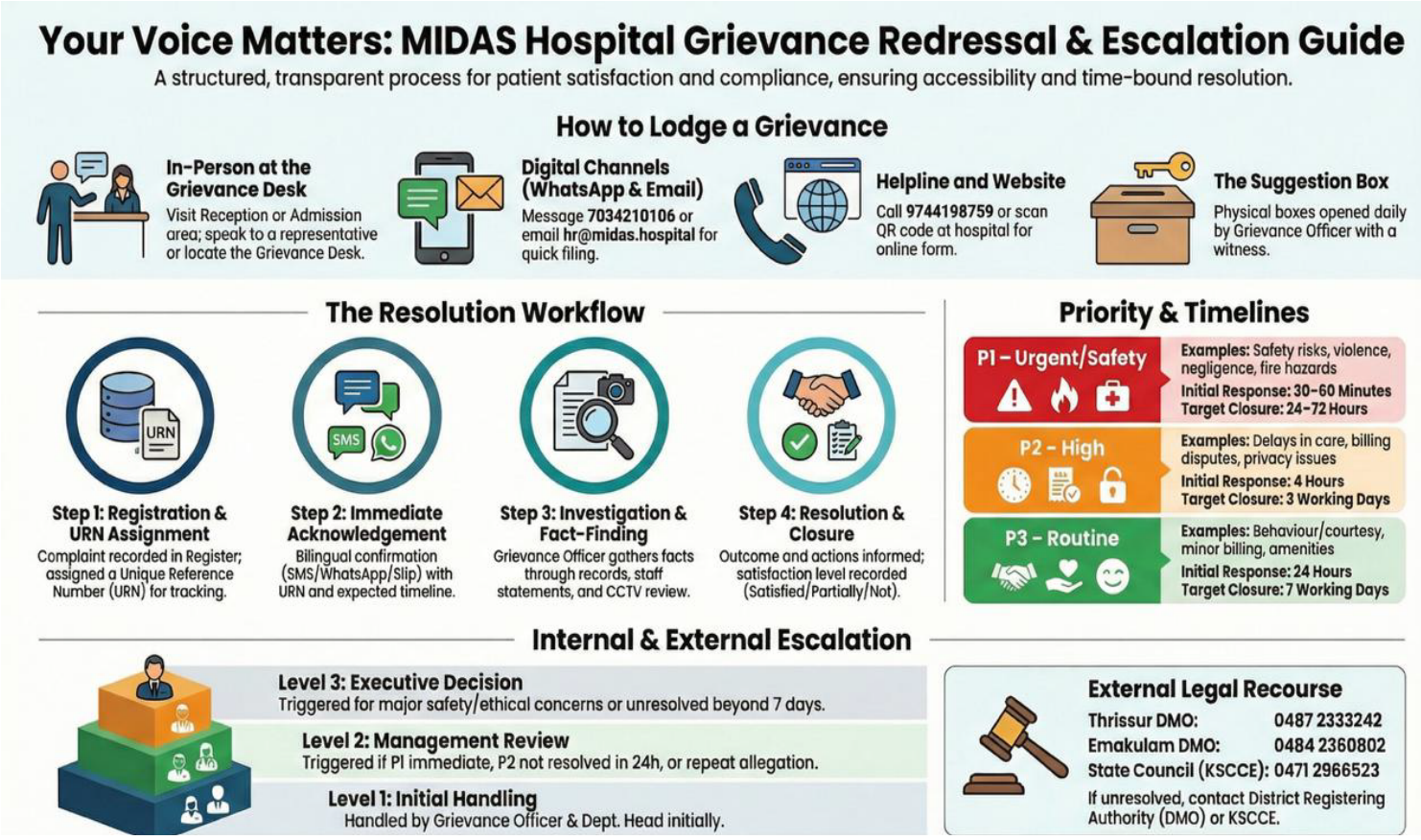
- At discharge, provide discharge summary plus all investigation reports pertaining to the treatment (ECG, X-ray, CT, lab reports, etc.).
- Provide prescriptions, follow-up appointment advice, and patient education materials (disease-specific).
- Document that copies were provided (patient/attendant signature where feasible).

12. Quality Monitoring and Audit

- KPIs: door-to-triage time, door-to-doctor time, time to first analgesia, time to antibiotics (where relevant), transfer turnaround time.
- Monthly review of serious grievances related to emergency care; CAPA implementation.

Mock drills: cardiac arrest, anaphylaxis, trauma, fire, and mass casualty (as applicable).

GRIEVANCE READRESSAL & ESCALATION MECHANISM



GRIEVANCE REDRESSAL AND ESCALATION PROCEDURE

Policy No	MIDAS/GRV/__	**Version**	1.0
Effective Date	__/__/____	**Review Date**	__/__/____
Prepared By	Quality / Operations	**Reviewed By**	Medical Superintendent
Approved By	Managing Director	**Issued By**	Quality Office

1. Purpose

To provide a clear, accessible, and time-bound mechanism for receiving, acknowledging, investigating, resolving, and escalating grievances raised by patients, attendants, visitors, or staff related to services at MIDAS Hospital & Surgical Centre. This aligns with Kerala Clinical Establishments compliance directions, including a grievance desk/helpline, immediate acknowledgement with a unique reference number, and an endeavour to resolve complaints within seven working days.

2. Scope

- Clinical care, communication, delays, behaviour, billing, discharge and documentation, safety/security, privacy/confidentiality, amenities and housekeeping
- Complaints received in person, phone, WhatsApp/SMS, email, website form, suggestion box, or through any staff member
- Includes pathways for serious/urgent grievances and medico-legal or safety events

3. Definitions

- Grievance/Complaint: Any dissatisfaction requiring response or action
- Complainant: Patient, attendant, visitor, staff, or authorised representative
- Grievance Officer (GO): Designated person responsible for registration, coordination, and closure
- Unique Reference Number (URN): Complaint number used for all follow-up
- Serious grievance: Involves patient safety risk, alleged negligence, harassment, discrimination, fraud, violence, or repeated unresolved issues

4. Grievance Desk / Helpline and Accessibility

- A Grievance Desk/Helpline is available at Reception/Admission area with bilingual signage (Malayalam + English).

Every complaint is registered with a URN and acknowledged immediately (SMS/WhatsApp/email/printed slip).

- A Complaint Register (physical or electronic) is maintained and available for inspection.
- A monthly summary of grievances and actions taken is prepared for management review and statutory compliance reporting.
- Grievance Officer contact details and escalation contacts (District Registering Authority/DMO and State Council grievance contacts) are displayed at Reception and on the hospital website homepage.

5. Channels to Lodge a Grievance

- In person at Reception/Grievance Desk
- Grievance helpline: 9744198759 (phone/extension)
- WhatsApp: 7034210106
- Email: hr@midas.hospital
- Website: grievance form link / QR code (to be displayed)
- Suggestion/Complaint box (opened daily by GO with witness)

6. Categorisation and Priority

Complaints are prioritised to ensure timely response.

Priority	Examples	Target first response	Target closure
P1 – Urgent/Safety	Patient safety risk, violence, harassment, alleged negligence, major error, fire/electrical hazard	Within 30–60 minutes	Within 24–72 hours (or interim action + escalation)
P2 – High	Delays impacting care, repeated service failure, major billing dispute, confidentiality issue	Within 4 hours	Within 3 working days
P3 – Routine	Behaviour/courtesy, minor billing clarifications, amenities, waiting time feedback	Within 24 hours	Within 7 working days

7. Procedure Workflow

7.1 Receipt and Registration

- Any staff receiving a complaint must route it to the GO/Duty Manager without delay.
- GO records details in Complaint Register and assigns URN.

Immediate acknowledgement is sent with URN and expected timelines.

7.2 Acknowledgement Template (minimum)

English: Your grievance has been registered at MIDAS Hospital. Ref No: <URN>. We will update you within <timeline>. Helpline: <number>.

Malayalam: നിങ്ങളുടെ പരാതി MIDAS ആശുപത്രിയിൽ രജിസ്റ്റർ ചെയ്തിരിക്കുന്നു. Ref No: <URN>. <timeline>യ്ക്കുള്ളിൽ അപ്ഡേറ്റ് നൽകുന്നതാണ്. ഹെൽപ്പ്ലൈൻ <number>.

7.3 Investigation and Action

- GO gathers facts: records review (as applicable), staff statements, bills/receipts, timestamps, CCTV where relevant.
- Department Head proposes corrective actions within target timelines.
- Clinical grievances reviewed by Medical Superintendent/Clinical Lead; billing disputes reviewed by Billing + Finance.
- Safety/security incidents involve Security In-charge and Safety Officer; incident report completed.

7.4 Communication and Closure

- Provide interim updates if closure is delayed.
- At closure, communicate outcome and actions taken; record complainant satisfaction status.
- Log CAPA actions for quality improvement and track to completion.

8. Escalation Mechanism

Escalation is triggered by seriousness, inability to resolve within target time, repeat complaints, or complainant dissatisfaction.

Level	Handled by	Escalate when	Time limit
Level 1	GO/Duty Manager + Dept Head	All grievances at first instance	As per priority table
Level 2	Operations Manager + Medical Superintendent/Finance Head	P1 immediately; P2 not resolved within 24h; repeat/serious allegation	Within 24–72h
Level 3	Managing Director / Management Committee	Unresolved beyond 7 working days; major safety/ethical concerns	Immediate review + written decision
External	District Registering Authority/DMO; KSCCE Grievance Committee; other legal remedies	Unresolved/serious matters or as required; or if complainant chooses	Without delay where required

9. Mandatory Documentation

- Complaint Register must include: URN, date/time, mode, patient/UHID (if applicable), complainant contact, category, department, actions, status, closure, satisfaction, escalation details.
- All records retained as per hospital document retention policy and made available for inspection when required.
- Any change in grievance contact details must be updated on displays and website with revision date.

10. External Escalation Contacts

District Registering Authority/DMO helpline contacts (as per Kerala Clinical Establishments portal):

District	Phone
Thrissur	04872333242 / 04872333050
Ernakulam	0484-2360802 / 9946105483
Kollam	04742795017
Thiruvananthapuram	0471 2471291

Kerala State Council for Clinical Establishments – Grievance Redressal Committee:

- Phone: 0471 2966523
- Mobile: 94959 91262, 91889 34432
- Email: kscce2018@gmail.com | feedback.kcea@kerala.gov.in

Address: 2nd Floor, Hostel Block, Kerala State Institute of Health and Family Welfare, Thycaud, Thiruvananthapuram – 14

ANNEXURES

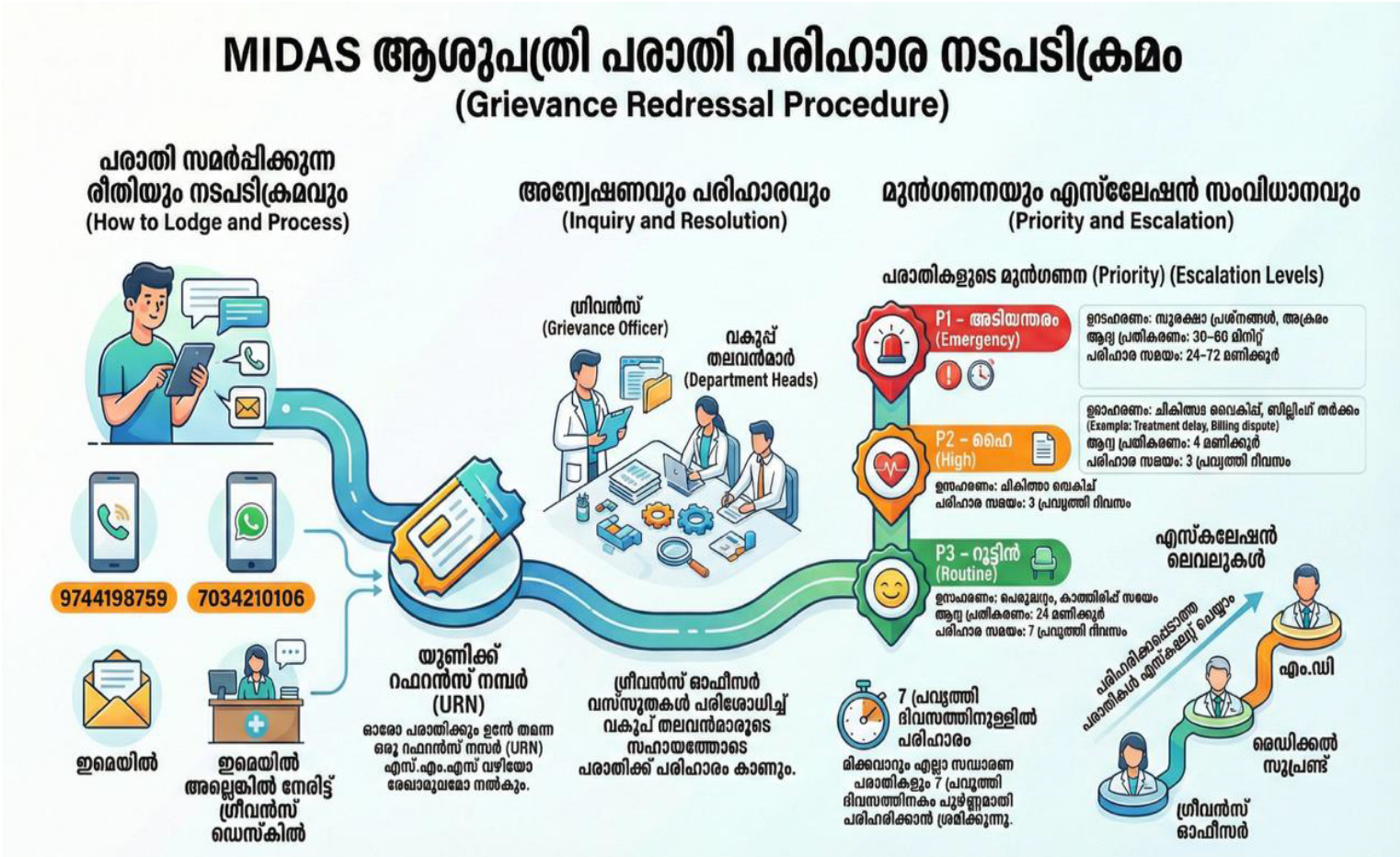
Annexure A: Patient Grievance Form

PATIENT GRIEVANCE / COMPLAINT FORM | രോഗി പരാതി ഫോം

Date	__/__/____	**Time**	___:___
Patient Name	_____	**UHID/IP No**	_____
Complainant Name	_____	**Relation**	_____
Phone	_____	**Email**	_____
Department/Area	_____	**Staff involved (if any)**	_____
Nature of complaint	Clinical / Billing / Behaviour / Delay / Safety / Facility / Other	**Priority**	P1 / P2 / P3
Complaint details	(Write clearly)	**Preferred resolution**	_____
Evidence attached	Yes / No (specify)	**Mode received**	In person / Phone / WhatsApp / Email / Website / Box
Acknowledgement sent	Yes / No	**URN (Ref No)**	_____
Signature	_____	**Received by (GO)**	Name/Signature

Annexure B: Complaint Register Template

URN	Date/Time	Patient/UHID	Complainant & Contact	Priority	Department	Brief Issue	Owner	Actions Taken	Status	Closure Date	Satisfaction	Escalation/Remarks



മൈഡാസ് ആശുപത്രി **&** സർജിക്കൽ സെന്റർ

ഇൻഷുറൻസ് **/ TPA** എംപാനൽമെന്റും ക്ലെയിം നടപടിക്രമവും

ഇൻഷുറൻസ് സേവനം മൂന്നാംകക്ഷി *(Outsourced)* ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് മുഖേനയാണ് നടത്തുന്നത്

ഡോക്യുമെന്റ് തരം**: SOP /** പ്രോസീജർ

വകുപ്പ്	ഫ്രണ്ട് ഓഫീസ് | ഇൻഷുറൻസ് (Outsourced) | ഫിനാൻസ് | ഓപ്പറേഷൻസ് | ബില്ലിംഗ് | GRE
പ്രയോഗ പരിധി	എംപാനൽ ചെയ്ത ക്യാഷ്‌ലെസ്, 'Cashless Anywhere' (ലഭ്യമെങ്കിൽ), റീഇംബഴ്സ്മെന്റ്, MRP പാക്കേജ് കേസുകൾ
തയ്യാറാക്കിയത്	_____
അംഗീകരിച്ചത്	_____
പ്രാബല്യ തീയതി	__/__/____
റിവ്യൂ	ഓരോ വർഷവും അല്ലെങ്കിൽ പേയർ നിയമങ്ങളിൽ മാറ്റം വന്നാൽ ഉടൻ

1. ഉദ്ദേശ്യം

ഇൻഷുറൻസ്/TPA വെരിഫിക്കേഷൻ, എംപാനൽമെന്റ് പരിശോധന, ക്യാഷ്‌ലെസ് പ്രീ-ഓതറൈസേഷൻ, റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സഹായം, ഫിനാൻഷ്യൽ സെറ്റിൽമെന്റ്, ക്ലെയിം ഫോളോ-അപ്പ് എന്നിവ ഏകീകൃതവും ട്രേസബിൾ ആയ രീതിയിൽ നടത്തുക.

2. പ്രയോഗപരിധി (Scope)

- അഡ്മിഷനിൽ അല്ലെങ്കിൽ അഡ്മിഷനിന് മുൻപ് ഇൻഷുറൻസ്/TPA കവറേജ് അറിയിക്കുന്ന എല്ലാ ഇൻപേഷ്യന്റ്/ഡേ-കെയർ രോഗികൾക്കും
- എംപാനൽ ചെയ്ത ഇൻഷുറൻസ്/TPA-കൾക്കും ഇൻഷുറർ അനുവദിക്കുന്ന 'Cashless Anywhere' ക്രമീകരണങ്ങൾക്കും
- എംപാനൽ ചെയ്യിട്ടില്ലാത്ത സാഹചര്യങ്ങളിൽ റീഇംബഴ്സ്മെന്റ്/അഫിഡവിറ്റ് വഴിയുള്ള സഹായ പ്രക്രിയ
- MRP (MIDAS Reassured Package) കേസുകളിൽ ഡിസ്ചാർജിൽ കോൺസോളിഡേറ്റഡ് പേയ്മെന്റ്

3. നിർവചനങ്ങൾ (Definitions)

- എംപാനൽ ചെയ്തത്: MIDAS ആശുപത്രിക്ക് ഇൻഷുറൻസ്/TPA-യുമായി ക്യാഷ്‌ലെസ് പ്രോസസ്സിംഗിനുള്ള നിലവിലുള്ള ക്രമീകരണം.
- ക്യാഷ്‌ലെസ്: ഇൻഷുറൻസ്/TPA അനുമതിയുടെ അടിസ്ഥാനത്തിൽ ആശുപത്രിക്ക് നേരിട്ട് പേയ്മെന്റ് (നോൺ-പേയബിൾ/കോ-പേ രോഗി അടയ്ക്കും).
- Cashless Anywhere: എംപാനൽ അല്ലാത്ത ആശുപത്രികളിലും ക്യാഷ്‌ലെസ് അനുവദിക്കാവുന്ന ഇൻഷുറർ പ്രോഡക്ട്/പ്രോസസ് (ഇൻഷുറർ നിബന്ധനകൾക്ക് വിധേയം).
- റീഇംബഴ്സ്മെന്റ്: രോഗി ആദ്യം ആശുപത്രിക്ക് പേയ്ചെയ്യുന്നു; ഇൻഷുറൻസ് പിന്നീട് രോഗിക്ക് റീഇംബഴ്സ് ചെയ്യുന്നു.
- അഫിഡവിറ്റ്/ഉണ്ടർടേക്കിംഗ് കേസ്: റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സഹായത്തിന് രോഗി/പ്രതിനിധി നിബന്ധനകൾ അംഗീകരിച്ച് ഒപ്പിടുന്ന കേസ്.

4. ഉത്തരവാദിത്തങ്ങൾ (Roles & Responsibilities)

റോൾ	പ്രധാന ഉത്തരവാദിത്തങ്ങൾ
ഫ്രണ്ട് ഓഫീസ് / റിസപ്ഷൻ	ഇൻഷുറൻസ് ഡിക്ലറേഷൻ സ്വീകരിക്കുക; പോളിസി/ഇ-കാർഡ്, ID പ്രൂഫ് എന്നിവയുടെ അടിസ്ഥാനവിവരങ്ങൾ ശേഖരിക്കുക; അഡ്മിഷൻ ഇന്റിമേഷൻ സ്റ്റാൻഡേർഡ് ഫോർമാറ്റിൽ ഗ്രൂപ്പിൽ പങ്കുവെക്കുക; അഡ്മിഷൻ കോർഡിനേറ്റ് ചെയ്യുക.
Outsourced ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് (മൂന്നാംകക്ഷി)	എംപാനൽമെന്റ് പരിശോധിക്കുക; പ്രീ-ഓതറൈസേഷൻ/എൻഹാൻസ്മെന്റ് ആരംഭിക്കുക; അനുമതി/നിരസിക്കൽ ട്രാക്ക് ചെയ്യുക; രേഖകൾ ശേഖരിച്ചു ഇൻഷുറൻസ്/TPA-യ്ക്ക് സമർപ്പിക്കുക; തുടർന്നുള്ള ഫോളോ-അപ്പ് നടത്തുക; കോ-പേ/ഡിഡക്ഷൻ തുടങ്ങിയവ മുൻകൂട്ടി അറിയിക്കുക.
ബില്ലിംഗ്	ചാർജ് ക്യാപ്ചർ പൂർണ്ണമാണെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക; ഇന്റെറിം/ഫൈനൽ ബിൽ തയ്യാറാക്കുക; ആവശ്യമായ ഫോർമാറ്റിൽ ബിൽ/റിസീറ്റ് ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്കിന് നൽകുക.
ഫിനാൻസ് / അക്കൗണ്ട്സ്	പേയർ/രോഗി പേയ്മെന്റുകൾ സ്ഥിരീകരിക്കുക; സെറ്റിൽമെന്റ് റികൺസൈൽ ചെയ്യുക; TDS/ഡിഡക്ഷൻ ട്രാക്ക് ചെയ്യുക; വാരാന്ത/മാസാന്ത റിവ്യൂ നടത്തുക.
ഓപ്പറേഷൻസ്	പ്രക്രിയ ഓവർസൈറ്റ്; രജിസ്റ്റർ അപ്ഡേറ്റ് ഉറപ്പാക്കുക; പെൻഡിംഗ് കേസുകൾ മാസത്തിൽ ഒരിക്കൽ റിവ്യൂ ചെയ്യുക; പേയർ പെർഫോർമൻസ് മോണിറ്റർ ചെയ്യുക.
GRE / വാർഡ് സ്റ്റാഫ്	ഡിസ്ചാർജ് സമാരി, റിപ്പോർട്ടുകൾ, പേഷ്യന്റ് എജ്യുക്കേഷൻ മെറ്റീരിയൽ എന്നിവ തയ്യാറാക്കി നൽകുക; ആവശ്യമായ കോപ്പികൾ നൽകാൻ സഹായിക്കുക.

5. എംപാനൽമെന്റ് ലിസ്റ്റ് പരിപാലനം

- എംപാനൽ ചെയ്ത ഇൻഷുറൻസ്/TPA ലിസ്റ്റ് റിസപ്ഷൻ/ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്കിൽ പ്രദർശിപ്പിക്കണം (ഫിസിക്കൽ + ഡിജിറ്റൽ).
- ലിസ്റ്റിലെ മാറ്റങ്ങൾ (പുതിയത്/താൽക്കാലിക എംപാനൽമെന്റ്) Outsourced ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് ഓപ്പറേഷൻസിനും ഫ്രണ്ട് ഓഫിസിനും അറിയിക്കണം.
- ക്യാഷ്ലെസ് പ്രോസസ്സിംഗ് ആരംഭിക്കുന്നതിന് മുൻപ് ഏറ്റവും പുതിയ ലിസ്റ്റ് ഉപയോഗിച്ച് പരിശോധന നിർബന്ധം.

6. നടപടിക്രമം (Procedure)

6.1 അഡ്മിഷനിൽ ഇൻഷുറൻസ് ഡിക്ലറേഷനും വെരിഫിക്കേഷനും

- രോഗി/ബൈസ്റ്റാൻഡർ ഇൻഷുറൻസ്/TPA വിവരങ്ങൾ അറിയിക്കുകയും പോളിസി/ഇ-കാർഡ് + ID പ്രൂഫ് നൽകുകയും ചെയ്യണം.
- ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് എംപാനൽ ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ പരിശോധിക്കും.

- എംപാനൽ അല്ലെങ്കിൽ ‘Cashless Anywhere’ സാധ്യമാണോ, അല്ലെങ്കിൽ റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് വഴിയാണോ എന്നത് വിലയിരുത്തും.
- ഫ്രണ്ട് ഓഫീസ് സ്റ്റാൻഡേർഡ് ഫോർമാറ്റിൽ അഡ്മിഷൻ ഇന്റിമേഷൻ ഗ്രൂപ്പിൽ പോസ്റ്റ് ചെയ്യണം (പേര്, UHID, IP, ഡോക്ടർ, അഡ്മിഷൻ തരം, ഇൻഷുറർ/TPA, റൂം മുതലായവ).

6.2 രോഗി പാത (Pathway) തിരഞ്ഞെടുക്കൽ

A) എംപാനൽ ചെയ്ത ക്യാഷ്‌ലെസ് പാത

- ആവശ്യമായ രേഖകൾ ശേഖരിച്ചു പ്രീ-ഓതറൈസേഷനായി സമർപ്പിക്കുക (പ്ലാൻഡ് അഡ്മിഷൻ ആണെങ്കിൽ മുൻകൂട്ടി).
- ആദ്യ അനുമതി ലഭിച്ചാൽ ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് ഫിനാൻസ്/ഓപ്പറേഷൻസിനെ അറിയിക്കും; പേഷ്യന്റ് ഫയൽ ‘Cashless’ ആയി മാർക്ക് ചെയ്യും.
- താമസത്തിനിടെ: ഇൻഷുറർ ആവശ്യപ്പെടുന്ന എൻഹാൻസ്മെന്റുകൾ/റിവിഷനുകൾ സമയബന്ധിതമായി സമർപ്പിക്കുക.

B) എംപാനൽ അല്ലാത്തത്: റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സഹായം (അഫിഡവിറ്റ്/ഉണ്ടർടേക്കിംഗ്)

- റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സാധ്യമാണോ ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് പരിശോധിക്കുകയും ഇൻഷുററുടെ തീരുമാനം ആശുപത്രിയുടെ നിയന്ത്രണത്തിലല്ലെന്ന് വിശദീകരിക്കുകയും ചെയ്യും.
- സാധ്യമെങ്കിൽ, രോഗി ഡിസ്ചാർജിന് മുൻപ്/ബില്ലിംഗ് ഫൈനലൈസേഷനിന് മുൻപ് അഫിഡവിറ്റ്/ഉണ്ടർടേക്കിംഗ് ഒപ്പിടണം.
- രേഖകൾ തയ്യാറാക്കാനും സമർപ്പിക്കാനും ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് സഹായിക്കും; തുടർന്നുള്ള ഫോളോ-അപ്പ് നടത്തും.
- റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് നിരസിക്കുകയോ 45 ദിവസത്തിനകം ലഭിക്കാതിരിക്കുകയോ ചെയ്താൽ, ബിൽ രോഗി നേരിട്ട് തീർപ്പാക്കണം.
- റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് തുക അന്തിമ ബിലിനേക്കാൾ കുറവാണെങ്കിൽ വ്യത്യാസം രോഗി അടയ്ക്കണം.

C) MRP (MIDAS Reassured Package) പാത

- MRP കേസുകളിൽ ഡിസ്ചാർജിൽ കോൺസോളിഡേറ്റഡ് പേയ്മെന്റ് (പാക്കേജ് ഇൻക്ലൂഷൻ/എക്സ്ക്ലൂഷൻ എഴുത്തായി നൽകണം).
- ഇൻഷുറൻസ് ഉൾപ്പെട്ടാൽ ഇൻഷുറർ നിയമങ്ങൾ പാലിച്ചുകൊണ്ട് MRP ബില്ലിംഗ് ലോജിക് അനുസരിക്കുക.

6.3 താമസത്തിനിടെ: ഇന്റരിം ബിൽ, അപ്ഡേറ്റ്

- 48 മണിക്കൂറിന് മുകളിൽ തുടരുന്ന അഡ്മിഷനിൽ ഇന്റരിം ബിൽ ജനറേറ്റ് ചെയ്ത് അഡ്വാൻസ് ആവശ്യം അറിയിക്കും (ബില്ലിംഗ് പോളിസി പ്രകാരം).
- കോ-പേ/നോൺ-പേയബിൾ സാധ്യതകൾ ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് മുൻകൂട്ടി അറിയിച്ച് ഡിസ്ചാർജ് ഡിലേ ഒഴിവാക്കണം.
- ഫാർമസി/ലാബ് ബില്ലുകൾ അറിയിച്ചതിന് ശേഷം 24 മണിക്കൂറിനകം തീർപ്പാക്കണം (ഹോസ്പിറ്റൽ നയം പ്രകാരം).

6.4 ഡിസ്ചാർജ്, ഫൈനൽ സബ്മിഷൻ, ഡോക്യുമെന്റ് സെറ്റ്

- ഫൈനൽ ബിൽ + ആവശ്യമായ മെഡിക്കൽ രേഖകൾ ഇൻഷുറൻസ്/TPA-യ്ക്ക് ഫൈനൽ സെറ്റിൽമെന്റിനായി സമർപ്പിക്കും.
- ഫൈനൽ അംഗീകാരം, കോ-പേ, ഡിഡക്ഷൻ, TDS, രോഗി പേയ്മെന്റ് തുടങ്ങിയവ ഫിനാൻസ്/ബില്ലിംഗ്/ഫ്രണ്ട് ഓഫിസിന് അറിയിക്കും.
- ഡിസ്ചാർജിന് രോഗിക്ക് നൽകുന്നത്: ഡിസ്ചാർജ് സമാരി, പ്രിസ്ക്രിപ്ഷൻ, അഡ്മിഷനോട് ബന്ധപ്പെട്ട എല്ലാ ലാബ്/ഇമേജിംഗ് റിപ്പോർട്ടുകൾ, പേഷ്യന്റ് എജ്യുക്കേഷൻ മെറ്റീരിയൽ/ഇൻസ്ട്രക്ഷൻസ്.

6.5 രോഗി പേയ്മെന്റ് ഉണ്ടായാൽ: പേയ്മെന്റും റസീത്

- ഇൻഷുറൻസ് ഡെസ്ക് Payment Advice Slip നൽകി റിസപ്ഷനിലേക്ക് പേയ്മെന്റിനായി രോഗിയെ നയിക്കും.
- റിസപ്ഷൻ പേയ്മെന്റ് സ്വീകരിച്ച് റസീത് നൽകും; ആവശ്യമായ കോപ്പികൾ ഒപ്പ് വാങ്ങി ഫയലിൽ ഉൾപ്പെടുത്തും.

- സമാഹരിച്ച തുകയും രേഖകളും അടുത്ത ജോലി ദിവസത്തിൽ അക്കൗണ്ട്സിന് കൈമാറും.

7. കമ്മ്യൂണിക്കേഷനും ട്രേസബിലിറ്റിയും

- അനുമതി/നിരസിക്കൽ/പേയ്മെന്റ് അപ്ഡേറ്റുകൾ ട്രേസബിൾ ആയിരിക്കണം (ഗ്രൂപ്പ് സന്ദേശം / ഇമെയിൽ ട്രെയിൽ).
- സ്റ്റാൻഡേർഡ് ഇമെയിൽ സബ്ജക്ട്: Cashless Patient / UHID / IP No / Patient Name.
- പ്രധാന മൈൽസ്റ്റോണുകൾ (Initial approval, Enhancement, Final approval, Discharge date, Receipt details) രജിസ്റ്ററിൽ രേഖപ്പെടുത്തണം.

8. ഇൻഷുറൻസ്/അഫിഡവിറ്റ് രജിസ്റ്ററും റികൺസിലിയേഷനും

ഓഡിറ്റിനും ട്രാക്കിംഗിനുമായി ഇൻഷുറൻസ്/അഫിഡവിറ്റ് രജിസ്റ്റർ നിർബന്ധമാണ്. കുറഞ്ഞത് താഴെപ്പറയുന്ന ഫീൽഡുകൾ ഉൾപ്പെടണം:

- രോഗിയുടെ പേര്, UHID, IP No, ഡോക്ടർ
- പേയ്മെന്റ് മോഡ് (Cashless / Affidavit-Reimbursement / Insurance)
- ഇൻഷുറർ/TPA പേര്
- ബിൽ തുക, അനുമതി തീയതി/തുക, കോ-പേ, ഹോസ്പിറ്റൽ ഡിസ്കൗണ്ട്
- തുക ലഭിച്ച തീയതി/തുക, TDS, റിമാർക്ക്സ്
- ഫിനാൻസുമായി വാരാന്ത റികൺസിലിയേഷൻ (രസീത് + TDS).
- മാസത്തിൽ ഒരിക്കൽ ഓപ്പറേഷൻസ് മാനേജർക്കായി പെൻഡിംഗ് കേസുകളുടെ റിവ്യൂ.

9. ഒഴിവുകളും എസ്കലേഷനും

- ഇൻഷുറർ അധിക രേഖകൾ ആവശ്യപ്പെട്ടാൽ സാധ്യമായിടത്ത് 24 മണിക്കൂറിനകം കോർഡിനേറ്റ് ചെയ്യണം.
- ക്ലെയിം ഡിലേ/ഡിനയൽ കേസുകൾ ഓപ്പറേഷൻസ്/മാനേജ്മെന്റിലേക്ക് എസ്കലേറ്റ് ചെയ്യണം (ആന്തരിക മാട്രിക്സ് പ്രകാരം).
- ഡിഡക്ഷൻ/നോൺ-പേയബിൾ സംബന്ധിച്ച തർക്കങ്ങൾ ഇൻഷുറർ പോളിസി പ്രകാരം; രോഗി നോൺ-പേയബിൾ തുകക്ക് ഉത്തരവാദി.

10. സ്റ്റാൻഡേർഡ് ഡോക്യുമെന്റ് ചെക്ക്ലിസ്റ്റ് (സൂചകമായി)

- രോഗിയുടെ ID പ്രൂഫ് + ഇൻഷുറൻസ് ഇ-കാർഡ്/പോളിസി കോപ്പി
- ക്ലെയിം ഫോം (ബാധകമാണെങ്കിൽ)
- അഡ്മിഷൻ നോട്ടുകൾ / ഡിസ്ചാർജ് സമാരി
- ഫൈനൽ ഐറ്റംവൈസ് ബിൽ, രസീതുകൾ
- ലാബ് റിപ്പോർട്ടുകൾ, ഇമേജിംഗ് റിപ്പോർട്ടുകൾ, OT നോട്ടുകൾ (ബാധകമാണെങ്കിൽ)
- പ്രിസ്ക്രിപ്ഷനുകൾ, ആവശ്യമായിടത്ത് നേഴ്സിംഗ് സമരി
- അഫിഡവിറ്റ്/ഉണ്ടർടേക്കിംഗ് (റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സഹായം)
- റീഇംബഴ്സ്മെന്റിനായി ബാങ്ക് ഡീറ്റെയിൽസ്/കാൻസൽഡ് ചെക്ക് (ഇൻഷുറർ ആവശ്യപ്പെട്ടാൽ)

11. അറ്റാച്ച്മെന്റുകൾ (Annexures)

- അറ്റാച്ച്മെന്റ് A: അപ്ഡേറ്റഡ് എംപാനൽ ചെയ്ത ഇൻഷുറൻസ്/TPA ലിസ്റ്റ് (റിസപ്ഷൻ ഡിസ്പ്ലേ കോപ്പി)
- അറ്റാച്ച്മെന്റ് B: റീഇംബഴ്സ്മെന്റ് സഹായ അഫിഡവിറ്റ്/ഉണ്ടർടേക്കിംഗ് (മലയാളം + ഇംഗ്ലീഷ്)
- അറ്റാച്ച്മെന്റ് C: Payment Advice Slip ഫോർമാറ്റ്
- അറ്റാച്ച്മെന്റ് D: ഇൻഷുറൻസ്/അഫിഡവിറ്റ് രജിസ്റ്റർ ഫോർമാറ്റ്

Your Voice Matters: MIDAS Hospital Grievance Redressal & Escalation Guide

A structured, transparent process for patient satisfaction and compliance, ensuring accessibility and time-bound resolution.

How to Lodge a Grievance

In-Person at the Grievance Desk
Visit Reception or Admission area; speak to a representative or locate the Grievance Desk.

Digital Channels (WhatsApp & Email)
Message **7034210106** or email **hr@midas.hospital** for quick filing.

Helpline and Website
Call **9744198759** or scan QR code at hospital for online form.

The Suggestion Box
Physical boxes opened daily by Grievance Officer with a witness.

The Resolution Workflow

Step 1: Registration & URN Assignment
Complaint recorded in Register; assigned a Unique Reference Number (URN) for tracking.

Step 2: Immediate Acknowledgement
Bilingual confirmation (SMS/WhatsApp/Slip) with URN and expected timeline.

Step 3: Investigation & Fact-Finding
Grievance Officer gathers facts through records, staff statements, and CCTV review.

Step 4: Resolution & Closure
Outcome and actions informed; satisfaction level recorded (Satisfied/Partially/Not).

Priority & Timelines

P1 – Urgent/Safety	Examples: Safety risks, violence, negligence, fire hazards	Initial Response: 30–60 Minutes Target Closure: 24–72 Hours
P2 – High	Examples: Delays in care, billing disputes, privacy issues	Initial Response: 4 Hours Target Closure: 3 Working Days
P3 – Routine	Examples: Behaviour/courtesy, minor billing, amenities	Initial Response: 24 Hours Target Closure: 7 Working Days

Internal & External Escalation

Level 3: Executive Decision
Triggered for major safety/ethical concerns or unresolved beyond 7 days.

Level 2: Management Review
Triggered if P1 immediate, P2 not resolved in 24h, or repeat allegation.

Level 1: Initial Handling
Handled by Grievance Officer & Dept. Head initially.

External Legal Recourse

Thrissur DMO:	0487 2333242
Emakulam DMO:	0484 2360802
State Council (KSCCE):	0471 2966523

If unresolved, contact District Registering Authority (DMO) or KSCCE.

MIDAS ആശുപത്രി പരാതി പരിഹാര നടപടിക്രമം

(Grievance Redressal Procedure)

പരാതി സമർപ്പിക്കുന്ന രീതിയും നടപടിക്രമവും (How to Lodge and Process)

9744198759

7034210106

ഇമെയിൽ

ഇമെയിൽ അല്ലെങ്കിൽ നേരിട്ട് ഗ്രീവൻസ് ഡെസ്കിൽ

അന്വേഷണവും പരിഹാരവും (Inquiry and Resolution)

ഗ്രീവൻസ് (Grievance Officer)

വകുപ്പ് തലവൻമാർ (Department Heads)

യൂണിക്ക് റഫറൻസ് നമ്പർ (URN)
ഓരോ പരാതിക്കും ഉടൻ തന്നെ ഒരു റഫറൻസ് നമ്പർ (URN) എസ്.എം.എസ് വഴിയോ രേഖാമൂലമോ നൽകും.

ഗ്രീവൻസ് ഓഫീസർ വസ്തുതകൾ പരിശോധിച്ച് വകുപ്പ് തലവൻമാരുടെ സഹായത്തോടെ പരാതിക്ക് പരിഹാരം കാണും.

7 (പ്രവൃത്തി ദിവസത്തിനുള്ളിൽ പരിഹാരം
മിക്കവാറും എല്ലാ സാധാരണ പരാതികളും 7 (പ്രവൃത്തി ദിവസത്തിനകം പൂർണ്ണമായി പരിഹരിക്കാൻ ശ്രമിക്കുന്നു.

മുൻഗണനയും എസ്കലേഷൻ സംവിധാനവും (Priority and Escalation)

പരാതികളുടെ മുൻഗണന (Priority) (Escalation Levels)

P1 – അടിയന്തരം (Emergency)
ഉദാഹരണം: സുരക്ഷാ പ്രശ്നങ്ങൾ, അക്രമം
ആദ്യ പ്രതികരണം: 30–60 മിനിറ്റ്
പരിഹാര സമയം: 24–72 മണിക്കൂർ

P2 – ഹൈ (High)
ഉദാഹരണം: ചികിത്സ വൈകിപ്പ്, ബില്ലിംഗ് തർക്കം
(Example: Treatment delay, Billing dispute)
ആദ്യ പ്രതികരണം: 4 മണിക്കൂർ
പരിഹാര സമയം: 3 പ്രവൃത്തി ദിവസം

P3 – റൂട്ടിൻ (Routine)
ഉദാഹരണം: പെരുമാറ്റം, കാത്തിരിപ്പ് സമയം
ആദ്യ പ്രതികരണം: 24 മണിക്കൂർ
പരിഹാര സമയം: 7 പ്രവൃത്തി ദിവസം

എസ്കലേഷൻ ലെവലുകൾ

പരിഹരിക്കപ്പെടാത്ത പരാതികൾ ഏൽക്കപ്പെടുന്നു

എം.ഡി

മെഡിക്കൽ സൂപ്രണ്ട്

ഗ്രീവൻസ് ഓഫീസർ

MIDAS HOSPITAL & SURGICAL CENTRE