

सं. भाअजप्रा/वित्त/07/2012

दिनांक 11.3.2013

परिपत्र

भारतीय अंतर्देशीय जलमार्ग प्राधिकरण ने दिनांक 21.2.2013 को आयोजित अपनी 147वीं बैठक में केंद्रीय सरकार चिकित्सा परिचर्चा नियमावली (सीजीएमएआर) के अनुसार भाअजप्रा के सेवानिवृत्त/सेवानिवृत्त होने वाले पेंशनभोगियों को चिकित्सा प्रतिपूर्ति सुविधा के विस्तार को अनुमोदित किया है।

आपके तत्काल ध्यानार्थ प्रासंगिक प्रारूप सहित दिशानिर्देश संलग्न हैं। यदि, आप चिकित्सा प्रतिपूर्ति की सुविधा का लाभ उठाना के इच्छुक है तो आपको डिमांड ड्राफ्ट द्वारा एकमुश्त अंशदान को संबंधित के साथ दिनांक 31 जुलाई, 2013 तक वरिष्ठ लेखा अधिकारी भाअजप्रा, मुख्यालय, नौएडा को इच्छा प्रपत्र प्रस्तुत करना होगा।

(एस.जयरामन)

कार्यकारी निदेशक (वित्त)

प्रति

नाम से सभी पेंशनभोगियों को (संलग्न सूची के अनुसार)

प्रतिलिपि:

प्रतिलिपि क्षेत्रीय कार्यालय, पटना, कोलकाता, गुवाहाटी एवं कोची को इस सलाह के साथ प्रेषित कि वे दिशानिर्देशों का अनुपालन करें और एस.ए.ओ मुख्यालय, नौएडा से इच्छा और अंशदान की प्राप्ति के बाद ही चिकित्सा दावे की प्रतिपूर्ति करें।

भाअजप्रा के सेवानिवृत्त/सेवानिवृत्ति होने वाले कर्मचारियों के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति सुविधा हेतु दिशानिर्देश।

प्राधिकरण की 21 फरवरी, 2013 को आयोजित 147वीं बैठक में सेवारत, कर्मचारियों को मुहैया की जा रही चिकित्सा प्रतिपूर्ति सुविधा के अनुरूप भाअजप्रा के सेवानिवृत्त/सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारियों के लिए भी चिकित्सा प्रतिपूर्ति के सुविधा प्रदान की गई है। प्राधिकरण के सेवारत कर्मचारियों द्वारा किए गए चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के लिए प्राधिकरण केंद्रीय सरकारी चिकित्सा परिचर्चा नियमावली का अनुसरण कर रहा है। अब सेवानिवृत्त/सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारियों के लिए निम्नानुसार विवरण को पूर्ण करने के बाद यह सुविधा प्रदान की जाएगी। चिकित्सा प्रतिपूर्ति सुविधा का लाभ उठाने के लिए सेवानिवृत्त/सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारियों को सीजीएचएस योजना में सेवानिवृत्त श्रेणी के लिए नियत किये अनुसार 120 महीने के बराबर एकमुश्त भुगतान 'भाअजप्रा फंड' के नाम से नौएडा नई दिल्ली में देय ड्राफ्ट के साथ अपनी स्वीकृति संबंधी निर्धारित फार्म में भरकर भेजे। एकमुश्त भुगतान प्राप्त होने के बाद ही प्रतिपूर्ति सुविधा प्रारंभ होगी। विवरण सहित स्वीकृति का प्रारूप अनुलग्नक-क' में संलग्न है। सीजीएचएस योजना के तहत निम्नानुसार कटौती:-

ग्रेड पे	मासिक अंशदान की दर (रु.में)	एकमुश्त अंशदान (रु. में)
रु. 1650 तक	50	6000
रु. 1800, रु 1900, 2000, रु. 2400 और रु. 2800	125	15,000
रु. 4200	225	27,000
रु. 4600, रु 4800 रु 5400 और 6,600	325	39,000
रु. 7600 और अधिक	500	60,000

बाह्य रोगी उपचार की स्थिति में वित्तीय वर्ष (अप्रैल-मार्च) में चिकित्सा प्रतिपूर्ति सेवानिवृत्त कर्मचारी की एक महीने के मूल वेतन तक के बराबर की जा सकेगी जो उन्हें सेवानिवृत्ति के समय प्राप्त हुआ हो और 6वें वेतन आयोग के बाद पुनः संशोधन के अनुसार किया जाएगा। सेवानिवृत्त कर्मचारी अनुलग्नक 'ख' के अनुसार निर्धारित फार्म में प्रतिपूर्ति दावे के साथ डाक्टर का नुस्खा, डाक्टर द्वारा प्रमाणित केमिस्ट का वास्तविक बिल, डाक्टर द्वारा सत्यापित जांच के लिए वास्तविक बिल, दवाई का मूल्य, केंद्रीय सरकारी चिकित्सा परिचर्चा नियमावली के अनुसार पात्रता की जांच करने के बाद प्रतिपूर्ति की जाएगी।

अंतरंग रोगी उपचार की स्थिति में, अस्पताल अनुलग्नक 'ख' में सलंगन फार्म 'बी' में अनिवार्यता प्रमाणपत्र सहित सभी बिलों को प्रमाणित करेगा। अंतरंग उपचार के लिए (अस्पताल में भर्ती होना), सीजीएचएच नियमावली/दरों के तहत पात्रता और हकदारी के अनुसार प्रतिपूर्ति की जाएगी। यदि पेंशनभोगी उपरोक्त चिकित्सा सुविधा के विकल्प का लाभ लेना चाहता है तो उनके वर्तमान चिकित्सा भत्ता रु. 300/- प्रतिमाह सहित पेंशन राशि तुरंत बंद हो जाएगी।

केंद्रीय सरकारी चिकित्सा परिचर्चा नियमावली (सीजीएमएआर) के अनुसार, सेवानिवृत्त कर्मचारी चयनित कार्यालय में बिल को तीन महीने के अंदर जमा कर दें।

उपरोक्त सुविधा का लाभ उठाने के लिए सभी सेवानिवृत्त कर्मचारी 31 जुलाई, 2013 तक वरिष्ठ लेखा अधिकारी, वित्त प्रभाग, भाअजप्रा, मुख्यालय ए-13 सेक्टर-1 नौएडा 201301 के पास अनुलग्नक 'क' में निर्धारित फार्म में परिवार/आश्रितों का विवरण सभी अनुलग्नकों सहित मुहैया कराए। सभी सेवानिवृत्त कर्मचारी अपने सहमति पत्र में उल्लिखित विकल्प के अनुसार, भाअजप्रा नौएडा/पटना/कोलकाता/गुवाहाटी/कोची कार्यालय से प्रतिपूर्ति का दावा प्रस्तुत कर सकते हैं। यह योजना दिनांक 01 अप्रैल, 2013 से 31 जुलाई, 2013 (4 महीने) तक खुली रहेगी। यदि पेंशनभोगी की ओर से नियत अवधि के भीतर सहमति विकल्प सहित सीजीएचएस अंशदान प्राप्त नहीं होता तो यह माना जाएगा कि पेंशनभोगी इस योजना का चयन नहीं करना चाहता। दिनांक 31 जुलाई, 2013 के बाद कोई भी आवेदन स्वीकार नहीं किया जाएगा। परिवार का विवरण सीजीएमएआर नियमावली के यू/एस में दी गई परिभाषा अनुसार सख्ती से लागू किया जाएगा (अनुलग्नक-ई में प्रति दी गयी है) संबंधित क्षेत्रीय कार्यालय चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे पर कार्रवाई करते समय केंद्रीय सरकारी चिकित्सा परिचर्चा नियमावली के अनुसार सेवानिवृत्त कर्मचारी द्वारा मुहैया किए गए परिवार/आश्रितों और सहमति विकल्प के विवरण को सुनिश्चित/सत्यापित कर लें। सभी क्षेत्रीय कार्यालय उपरोक्त दिशानिर्देश का अनुसरण करें और सेवानिवृत्त/सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारियों द्वारा अनुलग्नक 'घ' में दिए प्रारूप में मुहैया किए गए विवरण के अनुसार उनके बैंक खाते में आर.टी.जी.एस. द्वारा सभी तरीकों से पूर्ण बिलों के जमा करने की तिथि से 15 दिनों के अंदर-अंदर सेवानिवृत्त कर्मचारियों के दावे की प्रतिपूर्ति करें। यह सुविधा सेवानिवृत्त/सेवानिवृत्त होने वाले पेंशनभोगियों से प्राप्त इच्छा विकल्प और अंशदान के बाद दिनांक 01.04.2013 से प्रभावी होगी।

भाअजप्रा की चिकित्सा प्रतिपूर्ति सुविधा का लाभ उठाने के लिए सेवानिवृत्त/सेवानिवृत्त होने वाले कर्मचारियों के लिए सम्मति प्रपत्र

1. पेंशनभोगी का नाम :
2. पदनाम :
3. वर्तमान पता :
4. सेवानिवृत्ति की तारीख :
5. सेवानिवृत्ति के समय वेतनमान :
6. पीपीओ में अंतिम मूल वेतन :
7. पेंशन भुगतान आदेश (पीपीओ) सं. :

(पीपीओ की प्रतिलिपि संलग्न करें)

8. क्षेत्रीय/मुख्यालय कार्यालय जहां प्रतिपूर्ति के लिए दावा :नोएडा/पटना/कोलकाता/गुवाहाटी/कोची किया जाना है।

(जो लागू नहीं उसे काट दें)

9. आयु प्रमाण सहित परिवार/आश्रितों का विवरण:

(सीजीएमएआर नियमावली में परिभाषित के अनुसार)

क्र.सं.	नाम	संबंध	जन्मतिथि सहित आयु
1.			
2.			
3.			
4.			

10. मैं.....एतद्वारा चिकित्सा प्रतिपूर्ति सुविधा का लाभ उठाना चाहता/नहीं चाहता है।
11. मैं.....एतद्वारा यह प्रमाणित करता हूँ कि मैं और मेरा कोई भी आश्रित कोई रोजगार नहीं करता है या किसी अन्य माध्यम से कोई आय प्राप्त करता है।
12. मैं.....120 महीनों के लिए सीजीएमएआर अंशदान के रूप में रु.....का भुगतान करूंगा है।
13. बैंक/ड्राफ्ट का विवरण
बैंक द्वारा जारी भाअजप्रा फण्ड नौएडा/नई दिल्ली में देय बैंक/ड्राफ्ट सं..... जारी कर्ता बैंक द्वारा दिनांक.....

(पेंशन भोगी के हस्ताक्षर)

(उस बैंक द्वारा भरा जाए जहां से पेंशन संवितरित होती है)

मैं.एतद्वारा यह सत्यापित करता हूं कि उपरोक्त भाग मेरी जानकारी से सत्य है।

**बैंक प्रबंधक/राजपत्रित अधिकारी के हस्ताक्षर
क्षेत्रीय कार्यालय, भाअजप्रा के प्रभारी अधिकारी मोहर सहित**



भारतीय अन्तर्देशीय जलमार्ग प्राधिकरण

INLAND WATERWAYS AUTHORITY OF INDIA

मुख्यालय: ए-13, सैक्टर-1, नौएडा-201301 (उ० प्र०)

fpfdRI k i fri frl dk vkonu & i =

1. कर्मचारी का नाम एवं पद विभाग
(स्पष्ट अक्षरों में) :
2. मूल वेतन : (रु०)
3. कर्मचारी का मुख्यालय स्टेशन एवं स्थानीय
आवासीय पता :
4. रोगी का नाम / कर्मचारी के साथ संबंध :
5. वह स्थान जहाँ रोगी बीमार हुआ
(यदि 3 और 5 भिन्न हैं तो कारण लिखें)
6. परामर्श लिए गए चिकित्सा अधिकारी का
नाम और पता :

7. vH; fFkr jkf' k ds C; Kjs

(1) परामर्श शुल्क

परामर्श की तिथि

क्लीनिक / आवास

दिया गया शुल्क

(2) इन्जेक्शन चार्ज

तिथि इन्जेक्शनों की संख्या

दवाओं का नाम

दिया गया शुल्क

(3) रोगात्मक परीक्षणों के लिए चार्ज

परीक्षण की प्रकृति

रसीद संख्या और तिथि

दिया गया शुल्क

(4) अन्य चार्ज (रसीदों और वाउचरों
द्वारा प्रमाणित) बाजार से खरीदी गई

रसीद संख्या

तिथि

राशि

कुल व्यय लागत रु०

.....

वह; Fkhz }kj k ?kks'k. kk

मैं.....एतद् द्वारा प्रमाणित करता हूँ कि -

- (क) अभ्यर्थना में दिए गए विवरण मेरी जानकारी और विश्वास में सत्य हैं।
(ख) वे व्यक्ति जिनके लिए चिकित्सा पर व्यय किया गया है वे मेरे परिवार के सदस्य हैं जैसा कि मेरी सेवा पंजिका में घोषणा की गई है।
(ग) वे बच्चे जिनके लिए अभ्यर्थना किया गया है वे वास्तव में मुझ पर आश्रित हैं। इसमें 25 वर्ष से अधिक उम्र के पुत्र एवं विवाहित पुत्रियाँ शामिल नहीं हैं और न ही अविवाहित पुत्र/पुत्रियाँ पूर्णकालिक/अंशकालिक रूप से नियोजित हैं।
(घ) जिन व्यक्तियों के लिए चिकित्सा प्रतिपूर्ति अभ्यर्थित है वे के० स० स्वा० यो० अथवा किसी अन्य चिकित्सा सुविधा के अन्तर्गत नहीं आते हैं।
(ङ.) मैं अंकेक्षण जाँच की अवधि के दौरान पाई गई अधिक /गलती से अदा की गई राशि को वापस लौटाने का भी वचन देता हूँ।
(च) मेरे माता-पिता जिनके लिए अभ्यर्थना किया गया है वे साधारणतया मेरे साथ रहते हैं और उनकी मासिक आय अधिकतम निर्धारित रु० 3500+ देय महंगाई राहत प्रतिमाह से अधिक नहीं है।

$\frac{1}{4}$ tks ykxw ugha gks ml s dkV na $\frac{1}{2}$

दिनांक:

कर्मचारी के हस्ताक्षर

dk; kly; ds i z; ksxkFkz

दिनांक:

चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति के बावत.....रु० (

) का क्लेम पास किया गया।

सहायक

जाँचकर्ता

अनुमोदक

प्राप्त किए हुए रुपए

हस्ताक्षर

अनिवार्यता प्रमाणपत्र

प्रमाणपत्र ‘ख’

केंद्रीय सेवा (चिकित्सा परिचर्चा) नियमावली के तहत (रोगी के अस्पताल में उपचार हेतु भर्ती होने की स्थिति में भरा जाए)

.....में कार्यरत श्रीको पत्नी/पुत्र/पुत्री श्रीमती/श्री/कुमारी.....हेतु प्रदत्त प्रमाणपत्र

मैं डाक्टर.....एतद्वारा यह प्रमाणित करता हूँ :-

- (क) कि रोगी.....(चिकित्सा अधिकारी का नाम) की सलाह पर अस्पताल में भर्ती हुआ था।
- (ख) कि रोगी.....में उपचार के अधीन है और यह है कि रोगी की अधिक खराब स्थिति में उपचार/निवारण के लिए निम्नलिखित दवाई मैंने नियत की है।
.....(अस्पताल का नाम) में निजी रोगियों की आपूर्ति के लिए दवाईयों का भंडारण नहीं किया जाता है और ना ही मालिकाना तैयारियां शामिल है जिसके लिए समान थेराप्यूटिक मूल्य के पदार्थ उपलब्ध हो ना ही तैयारियां जो कि प्रारंभिक खाना, प्रसाधन या कीटाणुनाशक है।

दवाईयों का नाम	मूल्य
1.
2.
3.
4.

- (ग) कि लिखित इंजेक्शन टिकाकरण या रोगनिरोधी उद्देश्यों के लिए/नहीं है।
- (घ) कि रोगी.....से ग्रस्त है/या और दिनांक.....सेतक उपचाराधीन है/था।
- (ङ) कि रू.....का व्यय एक्सरे, प्रयोगशाला परीक्षणों आदि के लिए किए गया है जोकि आवश्यक है और मेरी सलाह पर.....(अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) कराए गए।
- (च) कि मैंने डाक्टर.....को विशेषज्ञ परामर्श के लिए बुलाया था और यह कि.....(राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम.....से नियमावली के तहत आवश्यकतानुसार आवश्यक अनुमोदन प्राप्त किया गया।

यह प्रमाणित किया जाता है कि रोगी का.....में उपचार के अधीन रहा है और रोगी की खराब स्थिति को सुधारने/निवारण करने के लिए विशेष नर्सों की सेवा आवश्यक थी जिसके लिए रु.....का व्यय हुआ, बिल और रसीदें संलग्न हैं।

चिकित्सा अधिकारी के
हस्ताक्षर और पदनाम

प्रतिहस्ताक्षरित
चिकित्सा अधीक्षक
.....अस्पताल

*में प्रमाणित करता है कि रोगीअस्पताल में उपचाराधीन रहा है और कि उसे वही न्यूनतम सुविधाएं मुहैया की गईं जो कि रोगी के उपचार के लिए अनिवार्य थी।

चिकित्सा अधीक्षक
.....अस्पताल

स्थान

नोट: जो प्रमाणपत्र लागू नहीं है उन्हें काट दें। प्रमाणपत्र (घ) अनिवार्य है और सभी मामले में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाए।

*न्यूनतम सुविधा प्रमाणपत्र या तो संबंधित अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक या अन्य राजपत्रित चिकित्सा अधिकारी जो चिकित्सा अधीक्षक को अनुपस्थिति में अधिकृत हो, द्वारा हस्ताक्षर किया जाए।

इलेक्ट्रॉनिक फंड ट्रांसफर सिस्टम के जरिए भुगतान करने के लिए बैंक खाते का विवरण

मेरा बैंक खाता विवरण नीचे दिया जाता है:-

मैं.....(पेंशनभोगी का नाम) एतद्वारा आपसे यह अनुरोध करता हूं कि आप निम्नलिखित बैंक खाता विवरण के अनुसार ई-भुगतान माध्यम के द्वारा मेरे बैंक खाते में चिकित्सा प्रतिपूर्ति राशि जमा करें। मैं एतद्वारा यह भी वचन देता हूं कि यदि निम्नलिखित विवरण में कोई बदलाव होता है तो मैं भाअजप्रा को सूचित कर दूंगा और भाअजप्रा के नियंत्रण के बाहर, यदि कोई तकनीकी कारणों से कोई देरी/कमी होती है तो भाअजप्रा को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा।

बैंक खाता संख्या :.....
 आरटीजीएस/एनईएफटी/आईएफएससी कोड :.....
 बैंक का नाम :.....
 बैंक की शाखा का पता :.....
 शाखा कोड :.....
 खाते का प्रकार :.....

(बचत/चालू/अन्य)

एक खाली चैक (रद्द) संलग्न है।

मैं एतद्वारा यह घोषित करता हूं कि उपरोक्त विवरण सही और पूर्ण है। यदि अपूर्ण या गलत जानकारी के कारण ट्रांजेक्शन में विलंब या जमा नहीं होती तो मैं भाअजप्रा को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा।

पेंशनभोगी के हस्ताक्षर

दिनांक

बैंक प्रमाणन

यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर्युक्त लाभार्थी का हमारी शाखा में बैंक खाता सं.
 है और उपरोक्त बैंक विवरण सही है।

दिनांक

बैंक प्रबंधक के हस्ताक्षर
 सील/स्टैम्प सहित

परिवार की परिभाषा

सामान्य स्थिति :- केंद्रीय सेवा (चिकित्सा परिचर्चा) नियमावली, 1944 के प्रयोजन से परिवार का अर्थ, एक सरकारी कर्मचारी की पत्नी या पति, जैसी भी स्थिति हो, और माता-पिता, बहनें विधवा बहनें, विधवा बेटियां, अवयस्क भाई, बच्चे, सौतेले बच्चे तलाकशुदा/अपने पति से अलग बेटियां और सौतेले मां होगा जो पूर्णतया सरकारी कर्मचारी पर आश्रित हो और सामान्यतः सरकारी कर्मचारी के साथ रह रहे हो।

नोट-1 परिवार के सदस्य को तब आश्रित माना जाएगा जब यदि उसकी पेंशन और डी.सी.आर.जी लाभों के समान पेंशन पर दिए गए महंगाई भत्तों को हटाकर और दिनांक 1.4.2004 से स्वीकृत महंगाई पेंशन को शामिल करते हुए सभी संसाधनों से प्राप्त आय रु 1500 प्रति माह से कम हो। सरकारी कर्मचारी के पति या पत्नी दोनों के मामलों में आश्रित होने की स्थिति अलग है।

नोट-2 सरकारी कर्मचारी के परिवार के सदस्यों के लिए आवासीय स्थिति को छोड़ा जा सकता है, परिवार के सदस्य यदि सरकारी कर्मचारी के साथ नहीं रह रहा है तब उस स्थिति में भी वह चिकित्सा परिचर्चा और उपचार का लाभ उठा सकते हैं।

आश्रित बेटा/बेटी की आयु सीमा:-

क्र.सं	संबंध	
i)	पुत्र	कमाना शुरू करने या 25 वर्ष की आयु प्राप्त करने तक, जो भी पहले हो।
i i)	पुत्री	कमाना शुरू करने या शादी हो जाने तक आयु की कोई सीमा नहीं, जो भी पहले हो
iii)	पुत्र किसी भी तरह की स्थाई विकलांगता से पीड़ित (शारीरिक या मानसिक) जैसा कि नीचे परिभाषित है	कोई आयु सीमा नहीं
iv)	आश्रित तलाकशुदा/परित्यक्ता या अपने पति से अलग/विधवा लड़कियां और आश्रित विवाहित/तलाकशुदा/परित्यक्ता या अपने पति से अलग विधवा बहनें	कोई आयु सीमा नहीं
v)	भाई	व्यस्क होने की आयु तक

यह आदेश कार्यालय ज्ञापन के जारी होने की तारीख से प्रभावी होगा।

यह आदेश केंद्रीय सेवा (चिकित्सा परिचर्चा) नियमावली, 1944 के अंतर्गत आने वाले केंद्रीय सरकारी कर्मचारी के लिए भी लागू होगा।