



# भारत का राजपत्र The Gazette of India

असाधारण  
EXTRAORDINARY  
भाग III—खण्ड 4  
PART III—Section 4  
प्राधिकार से प्रकाशित  
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 149]

नई दिल्ली, शुक्रवार, नवम्बर 18, 2005/कार्तिक 27, 1927

No. 149]

NEW DELHI, FRIDAY, NOVEMBER 18, 2005/KARTIKA 27, 1927

केंद्रीय विद्युत विनियामक आयोग  
अधिसूचना  
नई दिल्ली, 17 नवम्बर, 2005

सं. 2/1(21)/2005 केंविआ.—केंद्रीय विद्युत विनियामक आयोग (जिसे इसके पश्चात् केंद्रीय आयोग कहा गया है), विद्युत अधिनियम, 2003 ( 2003 का अधिनियम सं० 36) की धारा 91 के अधीन प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, आंतरिक और बाह्य उपचार के लिए निम्नलिखित नियम बनाता है, अर्थात् :-

## 1. संक्षिप्त नाम और प्रारम्भ

- 1.1 इन विनियमों का संक्षिप्त नाम केंद्रीय विद्युत विनियामक आयोग (आंतरिक और बाह्य चिकित्सा सुविधा) विनियम, 2005 है ।
- 1.2 ये राजपत्र में प्रकाशन की तारीख से प्रवृत्त होंगे ।
- 1.3 ये नियमित नियुक्ति, प्रतिनियुक्ति या अल्प-कालिक संविदा पर केंद्रीय आयोग के कर्मचारियों को लागू होंगे ।
- 1.4 ये ऐसे अध्यक्ष और सदस्यों को लागू नहीं होंगे जो उनके समकक्ष वेतन प्राप्त कर रहे केंद्रीय सरकार के समूह 'क' अधिकारियों को यथा लागू पृथक् चिकित्सा सुविधा के लिए हकदार हैं ।

## 2. परिभाषाएं

- 2.1 "नियंत्रक अधिकारी" से नियंत्रक अधिकारी होने के लिए सक्षम प्राधिकारी द्वारा पदाभिहित अधिकारी अभिप्रेत है।
- 2.2 "सक्षम प्राधिकारी" से आयोग का अध्यक्ष अभिप्रेत है और इसमें उसके द्वारा इस प्रकार पदाभिहित कोई अन्य अधिकारी सम्मिलित है।
- 2.3 "कर्मचारी" से केंद्रीय आयोग द्वारा नियुक्त कोई व्यक्ति या उसके रोल पर कोई ऐसा व्यक्ति अभिप्रेत है जिसे केंद्रीय आयोग द्वारा इन विनियमों के अधीन फायदा लेने के लिए अनुज्ञात किया गया है।
- 2.4 "पैनलित अस्पताल और नैदानिक केंद्र" से सरकारी अस्पताल/नैदानिक केंद्र अभिप्रेत है जिसके अंतर्गत समय-समय यथासंशोधित तारीख 7.9.2001 के स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के कार्यालय ज्ञापन सं० 24/2001/जे.डी(एम) सीजीएचएस/दिल्ली, सीजीएचएस (पी) द्वारा मान्यताप्राप्त विशेषीकृत और साधारण प्रयोजन उपचार तथा नैदानिक प्रक्रियाओं के लिए सीजीएचएस के अधीन सभी मान्यताप्राप्त निजी अस्पताल/नैदानिक केंद्र या केंद्रीय आयोग द्वारा अधिसूचित/प्राधिकृत कोई निजी अस्पताल/नैदानिक केंद्र सम्मिलित हैं। तत्पश्चात् कोई भी परिवर्तन होने पर वह स्वतः ही केंद्रीय आयोग को लागू होगा।
- 2.5 इन विनियमों के प्रयोजनों के लिए "कुटुम्ब" का वही होगा जो समय-समय पर, यथा संशोधित केंद्रीय सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियम, 1944 में परिभाषित है।
- 2.6 कुटुम्ब के सदस्य आश्रित तब समझे जाते हैं यदि सभी स्रोतों से आय प्रति मास 1500/- रुपये से कम है।
- 2.7 कुटुम्ब के ऐसे सदस्य भी चिकित्सा परिचर्या और उपचार के लिए हकदार होंगे जो कर्मचारी के साथ नहीं रहते हैं।
- 2.8 "वेतन" से पांचवें वेतन आयोग द्वारा सिफारिश किए गए पुनरीक्षित वेतनमान के अनुसार, मूल वेतन और एन पी ए और प्रगतिरोध वेतनवृद्धि, यदि कोई हो, अभिप्रेत है।
- 2.9 "प्राधिकृत/अधिसूचित चिकित्सा व्यवसायी से" ऐसा रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी अभिप्रेत है जिसके पास, समय-समय पर, यथासंशोधित भारतीय चिकित्सा परिषद् अधिनियम, 1956 के

अधीन मान्यताप्राप्त डिग्री है, या ऐसा रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी है जिसके पास किसी विश्वविद्यालय/कानूनी बोर्ड/परिषद्/भारतीय चिकित्सा संकाय और होम्योपैथी तथा इसके समकक्ष, जिसमें यथास्थिति, भारतीय चिकित्सा केंद्रीय परिषद् अधिनियम, 1973 भी सम्मिलित है, से 4 वर्ष की अवधि वाली आयुर्वेद/यूनानी/होम्योपैथी में डिग्री या डिप्लोमा हो। प्राधिकृत चिकित्सा व्यवसायियों की सूची कर्मचारियों के अनुरोध पर सुसंगत दस्तावेजी सबूत के आधार पर, जिसमें संबंधित रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी के रजिस्ट्रीकरण के साथ नुसप सम्मिलित है। वह क्षेत्रवार आयोग द्वारा तैयार की जाएगी तथा बनाए रखी जाएगी। यदि कर्मचारी पैनलित अस्पताल/सीजीएचएस से मान्यता प्राप्त अस्पताल के ओ पी डी से उपचार ले रहा है तो उसका उपचार करने वाला फिजिशियन आयोग के लिए प्राधिकृत/अधिसूचित चिकित्सा व्यवसायी समझा जाएगा।

### आंतरिक उपचार

#### 3. हकदारी

3.1 अस्पताल में भर्ती होने की दशा में, कमरा सुविधा के लिए हकदारी निम्नानुसार होगी, अर्थात् :-

(i)	7,500/- रुपए तक के मूलवेतन	साधारण वार्ड
(ii)	7,501/-रुपए से 10,500/- रुपए तक के मूलवेतन	सेमी निजी वार्ड
(iii)	10,501/- रुपए और उससे ऊपर के मूलवेतन	निजी वार्ड

#### 3.2 कमरा किराया के लिए हकदारी

(i)	साधारण वार्ड	500/- रुपए प्रति दिन
(ii)	सेमी वार्ड	1000/- रुपए प्रति दिन
(iii)	निजी वार्ड	1500/- रुपए प्रति दिन
(iv)	दैनिक देखरेख (6-8 घंटे तक भर्ती रहने पर)	सभी प्रवर्गों के लिए प्रतिदिन 500/- रुपए तक

3.3 आयोग के कर्मचारी, समय-समय पर, यथा-संशोधित स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय के कार्यालय ज्ञापन सं० 24/2001/जे.डी(एम) सीजीएचएस/दिल्ली, सीजीएचएस (पी), तारीख 7 सितंबर, 2001 द्वारा विहित पैकेज दरों के अनुसार चिकित्सा उपचार के लिए, जिसमें उपचार, पैथालाजी, रेडियोलॉजी, स्केनिंग, अस्पताल आवास, नर्सिंग होम सुविधा आदि की लागत भी सम्मिलित है, हकदार होंगे।

3.4 आयोग के कर्मचारी प्राधिकृत/अधिसूचित चिकित्सा व्यवसायी/इलाज करने वाले फिजिशियन की सलाह पर, किसी भी पैनलित अस्पताल/नैदानिक केंद्र में उपचार करा सकेंगे। तथापि, आपातकालीन दशा में, वे अपने निवास के निकटतम किसी निजी या मान्यताप्राप्त निजी अस्पताल/नैदानिक केंद्र में सीधे जा सकेंगे।

3.5 निजी गैर-मान्यता प्राप्त अस्पताल/नैदानिक केंद्र को क्लिनिकल परीक्षणों के लिए संदत्त प्रभारों की सीजीएचएस फायदा ग्राहियों के लिए विहित दरों के अनुसार प्रतिपूर्ति की जाएगी। जहां कोई दर विहित नहीं की गई हो, वहां उपगत खर्चों की वास्तविक आधार पर प्रतिपूर्ति की जाएगी।

3.6 यदि पैनलित अस्पताल/नैदानिक केंद्र में उपचार के दौरान, विशेष नर्सिंग आवश्यक हो जाता है, तो कर्मचारी या उसके कुटुम्ब के सदस्य ऐसे विशेष नर्सिंग के लिए हकदार होंगे जो वसूली के लिए या रोगी होने की स्थिति में, बीमारी की प्रकृति को ध्यान में रखते हुए, गंभीर विकृति के निवारण के लिए आवश्यक समझा जाए। ऐसे विशेष नर्सिंग के लिए प्रतिपूर्ति की जाने वाली रकम उस रकम तक सीमित होगी जो उस संबंधित अवधि, जिसके लिए विशेष नर्सिंग आवश्यक था, के लिए कर्मचारी के वेतन के 25% से अधिक है। इस प्रयोजन के लिए चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्रति हस्ताक्षरित चिकित्सा भारसाधक से एक प्रमाण-पत्र प्रस्तुत किया जाएगा।

3.7 आंतरिक उपचार की अवधि के लिए पैकेज निम्नानुसार है:-

- विशेषीकृत प्रक्रिया के लिए 12 दिन
- अन्य प्रक्रियाओं के लिए 7-8 दिन
- लेप्रोस्कोपिक सर्जरी के लिए 3 दिन
- दैनिक देखरेख/लघु प्रक्रिया (ओपीडी) के लिए एक दिन

#### 4. दावों का प्रस्तुत किया जाना

- 4.1 एक विशिष्ट प्रकार की बीमारी के लिए चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति के लिए अंतिम दावे सामान्यतः इलाज करने वाले फिजिशियन द्वारा जारी अंतिम अनिवार्यता प्रमाण-पत्र में दर्शित उपचार के पूरा होने की तारीख से तीन माह के भीतर प्रस्तुत किए जाएंगे ।
- 4.2 प्रतिपूर्ति के लिए सभी दावों के साथ अनिवार्यता प्रमाणपत्र तथा चिकित्सा अधिकारी द्वारा सम्यक रूप से हस्ताक्षरित कैश मैमो/वाउचरों, जिनमें रजिस्ट्रीकरण संख्या उल्लिखित हो, को संलग्न किया जाएगा ।
- 4.3 चिकित्सा दावों के लिए आवेदन परिशिष्ट 'क' में दिए गए प्ररूप में प्रस्तुत किए जाएंगे ।
- 4.4 अनिवार्यता प्रमाणपत्र परिशिष्ट 'ख' के अनुसार विहित प्रारूप में दिया जाएगा ।
- 4.5 आंतरिक उपचार पर सभी खर्च प्रारंभिकतः कर्मचारी द्वारा स्वयं पूरे किए जाएंगे और उपचार होने पर वह चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए आवेदन करेगा ।
- 4.6 सामान्यतः मान्यताप्राप्त निजी अस्पताल/नैदानिक केंद्र, जिन्होंने आयोग के साथ करार किया हो, पैकेज दर के लिए अनुमोदित दरों को प्रभारित करेंगे । वे अपने अस्पताल/नैदानिक केंद्र में उपचार आरंभ करने के लिए आयोग के कर्मचारियों के लिए निजी अस्पताल/नैदानिक केंद्रों के साथ हस्ताक्षरित समझौता ज्ञापन में यथा विनिर्दिष्ट आपातकालीन मामलों में क्रेडिट सुविधा भी प्रदान कराएंगे और प्रतिपूर्ति के लिए बिलों को अनुमोदित दरों के अनुसार आयोग को भेजेंगे । तथापि, यदि अस्पताल/नैदानिक केंद्र उपचार, कमरा किराया, चिकित्सा, विभिन्न परीक्षणों आदि के तत्काल संदाय के लिए जोर देते हैं तो आयोग सीजीएचएस फायदाग्राहियों के लिए विहित पैकेज दर के अनुसार अधिकतम खर्चों का 90% तक अग्रिम संदाय की मंजूरी दे सकेगा तथा संबंधित अस्पताल के नाम में खाता देय चैक जारी करेगा ।

#### बाह्य उपचार

#### 5. हकदारी

- 5.1 ऐसा अधिकारी तथा कर्मचारिवृंद, जो स्वयं अपने तथा अपने कुटुम्ब के सदस्यों, जिसमें आश्रित भी है, के लिए अस्पताल में भर्ती न होने के लिए चिकित्सा/परीक्षण का बिल/मेमों के

साथ प्राधिकृत/अधिसूचित व्यवसायी से नुस्खे को प्रस्तुत करने पर, वास्तविक आधार पर चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति के हकदार होंगे ।

## 6. विदेश में उपचार

6.1 विदेश यात्रा के दौरान उपचार के लिए प्रतिपूर्ति, केंद्रीय सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियम के अनुसार हकदारिता तक सीमित होगी ।

## 7. जब पति-पत्नी दोनों सरकारी कर्मचारी हो

7.1 जहां पति और पत्नी दोनों सरकारी/पीएसयू/स्वायत्त निकायों/कानूनी निकायों/राज्य सरकारों/स्थानीय निकायों आदि में नियोजित हैं वहां इस आशय की एक संयुक्त घोषणा दी जाएगी की कि उसका पति या उसकी पत्नी - उनके द्वारा दी जा रही चिकित्सा सुविधा का लाभ नहीं ले रहा है या नहीं ले रही है ।

## 8. दावों का प्रस्तुत किया जाना

8.1 कर्मचारी से उपचार के पूरा होने की तारीख से तीन मास के भीतर दावों को प्रस्तुत करने की अपेक्षा की जाती है ।

8.2 कर्मचारी से निम्नलिखित प्रस्तुत करने की भी अपेक्षा की जाती है -

(i) प्राधिकृत/अधिसूचित चिकित्सा व्यवसायी की रजिस्ट्रकरण संख्या के साथ नुस्खे की मूल पर्ची; और

(ii) औषधियों/परीक्षणों के मूल बिल/कैश मैमो ।

## 9. अन्य शर्तें

9.1 केंद्रीय सेवा (चिकित्सा परिचर्या) नियम, 1944 के नियम 2 (ज)(iii) की अनुसूची 1 तथा 2

में यथा विनिर्दिष्ट अननुज्ञेय औषधियों की प्रतिपूर्ति नहीं की जाती है ।

9.2 आयोग में सक्षम प्राधिकारी किसी ऐसे दावे या दावे का भाग को नामंजूर करने के लिए सशक्त होगा यदि उसका यह समाधान हो जाता है कि ऐसा दावा अपेक्षित शर्त के अनुसार नहीं है ।

9.3 किसी भी मास में चिकित्सा दावों के प्रतिपूर्ति व्यय को उस विशिष्ट वर्ष के लिए चिकित्सा दावों (आंतरिक तथा बाह्य उपचार) के लिए बजटीय प्रावधान के एक बटा बारहवें के समकक्ष रकम के बेंचमार्क को लागू करके मानीटर किया जाएगा । यदि किसी विशिष्ट मास में पूर्वोक्त बेंचमार्क की सीमा से ऐसा व्यय अधिक हो जाता है तो आयोग का अध्यक्ष बेंचमार्क सीमा से अधिक ऐसे व्यय को अनुमोदित करने के लिए सक्षम प्राधिकारी होगा ।

## 10. निर्वचन

जब कभी इस विनियम के किसी भी उपबंध के स्पष्टीकरण/निर्वचन/शिथिलीकरण तथा विस्तारण का मामला उद्भूत होता है, तब ऐसे मामलों में आयोग के अध्यक्ष का विनिश्चय अंतिम होगा ।

ए. के. सचान, सचिव

[ विज्ञापन III/IV/असाधारण/150/2005 ]

परिशिष्ट क

### चिकित्सा दावों के लिए आवेदन का प्ररूप

किसी अस्पताल में उपचार के लिए के.वि.वि.आ. के कर्मचारी या उसके कुटुम्ब के चिकित्सा परिचर्या/उपचार के संबंध में उपगत चिकित्सा खर्चों के प्रतिदाय का दावा करने के लिए आवेदन प्ररूप:

1. कर्मचारी का नाम तथा पदनाम (स्पष्ट अक्षरों में)

(i) विवाहित या अविवाहित:

(1) यदि विवाहित है तो उस स्थान का नाम

जहां पत्नी/पति नियोजित है:

2. मौलिक नियमों में यथा परिभाषित कर्मचारी का वेतन और कोई अन्य परिलब्धियां जिन्हें पृथक् रूप से दर्शित किया जाना चाहिए:

3. कार्य का स्थान

4. वास्तविक आवास का पता

5. रोगी का नाम तथा कर्मचारी के साथ उसका संबंध

6. वह स्थान जहां रोगी बीमार हुआ

7. दावा की गई रकम का ब्यौरा

अस्पताल का नाम

अस्पताल उपचार के प्रभार,

प्रभारों का पृथक् रूप से उपदर्शित करने के लिए

(i) आवास (यह स्पष्ट करें कि क्या यह कर्मचारी की प्रास्थिति या वेतन के अनुसार था और यदि आवास कर्मचारी की प्रास्थिति से अधिक है तो इस आशय का एक प्रमाणपत्र संलग्न करना चाहिए कि जिस आवास के लिए वह हकदार था वह उपलब्ध नहीं था)

(ii) खुराक

(iii) सर्जिकल आपरेशन या चिकित्सा उपचार

या प्रसव

(iv) पैथालॉजिकल/बैक्टिरियोलॉजिकल, रेडियोलॉजी

या अन्य वैसे ही परीक्षण के लिए निम्नलिखित उपदर्शित करें -

(क) उस अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम जहां

वह आरंभ किया गया: और

(ख) क्या अस्पताल में मामले के चिकित्सा भारसाधक

की सलाह पर आरंभ किया गया। यदि हां, तो इस आशय



का एक प्रमाणपत्र संलग्न किया जाना चाहिए ।

- (v) औषधियां
- (vi) विशेष औषधियां  
(कैश मैमो तथा अनिवार्यता प्रमाणपत्र संलग्न किए जाने चाहिए)
- (vii) साधारण नर्सिंग
- (viii) विशेष नर्सिंग, अर्थात् नर्सिंग, विशेषकर रोगी के लिए नियोजित । यह बताएं कि क्या वे अस्पताल में मामले के चिकित्सा भारसाधक अधिकारी की सलाह पर या कर्मचारी या रोगी के अनुरोध पर नियोजित किए गए । पुराने मामले में, मामले के भारसाधक चिकित्सा अधिकारी से एक प्रमाणपत्र तथा अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक के प्रतिहस्ताक्षर को संलग्न किया जाना चाहिए ।
- (ix) एम्बुलेंस प्रभार  
(कृपया ..... से ..... तक की यात्रा को बताएं)
- (x) कोई अन्य प्रभार, अर्थात् इलेक्ट्रिक लाइट, पंखें, हीटर, एयरकंडीशनर आदि । यह भी उल्लेख करें कि क्या निर्दिष्ट सुविधाएं सामान्यतः सभी रोगियों को प्रदान की गई सुविधा का भाग हैं और रोगी के पास कोई विकल्प नहीं था ।
8. दावाकृत कुल रकम
9. लिए गए अग्रिम से घटाएं
10. दावाकृत कुल रकम
11. संलग्नकों की सूची

सरकारी सेवक द्वारा हस्ताक्षर की जाने वाली घोषणा

मैं यह घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि आवेदन में दिए गए विवरण मेरे सर्वोत्तम ज्ञान तथा विश्वास के अनुसार सही हैं और वह व्यक्ति, जिसके लिए चिकित्सा खर्चों का भुगतान किया गया था, पूर्णतः मेरे ऊपर आश्रित है।

तारीख

कर्मचारी के हस्ताक्षर

परिशिष्ट खअनिवार्यता प्रमाणपत्र

..... में नियोजित श्रीमती/श्री/सुश्री ..... पत्नी/पुत्र/पुत्री  
श्री/श्रीमती..... को अनुदत्त प्रमाणपत्र

## भाग क

मैं, डॉ. .... यह प्रमाणित करता हूँ कि

(क) रोगी को ..... (रजिस्ट्रीकृत चिकित्सा व्यवसायी) की सलाह पर/मेरी

सलाह पर अस्पताल में प्रविष्ट किया गया था ;

(ख) रोगी का ..... में उपचार किया गया तथा इस संबंध में मेरे द्वारा विहित

उल्लिखित औषधियां रोगी की हालात में गंभीर विकृति में सुधार/निवारण के लिए आवश्यक थी।

औषधियां निजी रोगियों की आपूर्ति के लिए ..... (अस्पताल का नाम) में नहीं

थी तथा इसमें ऐसी प्रोप्राइटरी निर्मितियां सम्मिलित नहीं हैं जिसके लिए समान थैराव्युटिक मूल्य वाले

कम कीमतों की सामग्री उपलब्ध थी और न ही ऐसी निर्मितियां उपलब्ध थी जो प्रारंभिक रूप से

भोजन टायलेट या रोगाणनाशी हो ;

औषधियों का नाम	कीमत
1.	
2.	
3.	
4.	
(ग) लगाया जाने वाला इंजेक्शन, टीकाकरण या रोगनिरोधी प्रयोजन के लिए नहीं था/थे;	
(घ) रोगी ..... से पीड़ित है/था तथा उसका ..... से ..... तक उपचार चल रहा है/चल रहा था ।	
(ड.) एक्स रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिसके लिए ..... रुपए का दावा उपगत किया गया था, आवश्यक थे तथा ..... (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम) पर मेरी सलाह पर शुरू किया गया था ।	
(च) मैंने विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ. .... को बुलाया तथा नियमों के अधीन यथा अपेक्षित ..... (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) का आवश्यक अनुमोदन अभिप्राप्त कर लिया था ।	

(अस्पताल में मामले के भारसाधक  
चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर तथा  
पदनाम)

### भाग ख

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी का ..... अस्पताल में इलाज किया गया तथा विशेष नर्सों की सेवाएं जिन पर ..... रुपए उपगत किए गए, बिल तथा प्राप्तियां संलग्न हैं, रोगी की स्थिति में गंभीर विकृति में सुधार लाने/निवारण के लिए आवश्यक थी ।

(अस्पताल में मामले की चिकित्सा  
भारसाधक के हस्ताक्षर)

प्रतिहस्ताक्षर ।

चिकित्सा अधीक्षक

..... अस्पताल

\* मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी का .....अस्पताल में इलाज किया गया और दी गई सेवाएं न्यूनतम तथा रोगी के उपचार के लिए आवश्यक थी ।

चिकित्सा अधीक्षक

..... अस्पताल

स्थान

टिप्पण

लागू न होने वाले प्रमाणपत्र को काट दें । प्रमाणपत्र (घ) अनिवार्य है तथा सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा भरा जाना चाहिए ।

\* " न्यूनतम सुविधा प्रमाणपत्र " पर संबंधित अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक या किसी ऐसे अन्य राजपत्रित चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर होंगे जिसे इस निमित्त चिकित्सा अधीक्षक द्वारा प्राधिकृत किया गया है ।

**CENTRAL ELECTRICITY REGULATORY COMMISSION**  
**NOTIFICATION**

New Delhi, the 17th November, 2005

No. 2/1(21)/2005-CERC.—In exercise of powers conferred under Section 91 of the Electricity Act, 2003 (36 of 2003), the Central Electricity Regulatory Commission (hereafter called the Central Commission) hereby notifies the following regulations for indoor and outdoor treatment namely:-

**1. Short Title and Extent of Application**

- 1.1 These regulations may be called the Central Electricity Regulatory Commission (Indoor/Outdoor Medical Facilities) Regulations, 2005.
- 1.2 They shall come into force from the date of their notification in the official Gazette.
- 1.3 They shall apply to the employees of the Central Commission on regular appointment, deputation or short term contract.
- 1.4 They shall not apply to the Chairperson and Members, who are entitled for separate medical facilities as applicable to a Group 'A' officer of the Central Government drawing an equivalent pay.

**2. Definitions**

- 2.1 **"Controlling Officer"** means an officer designated by the Competent Authority to be a Controlling Officer.
- 2.2 **"Competent Authority"** means the Chairperson of the Central Commission and may include any other officer so designated by him in this behalf.
- 2.3 **"Employee"** means any person appointed by and on the rolls of the Central Commission, who is allowed to avail the benefit under these regulations by the Central Commission.
- 2.4 **"Empanelled Hospital and Diagnostic Centre"** means the Government Hospitals/Diagnostic Centres including all recognised Private Hospital/Diagnostic Centres under CGHS for Specialised and General Purpose Treatment and Diagnostic Procedures recognised vide Ministry of Health & Family Welfare O.M.No.24/2001/JD(M)/CGHS/Delhi/CGHS(P), dated 7.9.2001 as amended from time to time or any private Hospital/Diagnostic Centre notified/authorised by the

Central Commission. Any changes subsequently made shall automatically apply to the Central Commission.

- 2.5 For the purposes of these regulations "family" shall have the same meaning as defined in the Central Services (Medical Attendance) Rules, 1944 as amended from time to time.
- 2.6 The members of the family are treated as dependent only if their income from all sources including pension and pension equivalent to gratuity is less than Rs.1500/- p.m.
- 2.7 The members of the family shall also be entitled to medical attendance and treatment even if they do not stay with the employee.
- 2.8 "Pay" means Basic Pay plus Non Practicing Allowance plus stagnation increment, if any, as per the revised scale of pay recommended by fifth Central Pay Commission.
- 2.9 "Authorised/Notified Medical Practitioner" means a registered medical practitioner having a degree recognized under the Indian Medical Council Act, 1956 as amended from time to time, or a Registered Medical Practitioner holding Degree or Diploma in Ayurveda/Unani/Siddha/Homoeopathy of not less than 4 years duration from a University/Statutory Board/Council/Faculty of Indian Medicine and Homoeopathy and equivalent, included in the Schedules of Indian Medicine Central Council Act, 1970/Homoeopathy Central Council Act, 1973, as the case may be. A list of Authorised Medical Practitioners will be prepared and maintained by Commission, area wise, on the request of the employees and based on relevant documentary proof including prescription with registration number of the concerned Registered Medical Practitioner. If an employee is receiving treatment from the OPD of an empanelled hospital/CGHS recognised hospital the attending physician will be treated as a deemed authorised/Notified Medical Practitioner for the Commission.

### INDOOR TREATMENT

#### 3. Entitlements

- 3.1 The entitlement for room facility in case of hospitalization shall be as under, namely:-

(i)	Basic Pay upto Rs.7,500/-	General Ward
(ii)	Basic Pay Rs.7501/- to Rs.10,500/-	Semi Private Ward
(iii)	Basic Pay Rs.10,501/- and above	Private Ward

**3.2 Entitlement for room rent**

(i)	General Ward	Rs. 500/- per day
(ii)	Semi Private Ward	Rs. 1000/- per day
(iii)	Private Ward	Rs.1500/- per day
(iv)	Day care (6-8 hrs admission)	Rs.500/- per day for all categories.

- 3.3 The employees of the Commission shall be entitled for medical treatment including the cost of treatment, pathological, radiological, scanning, hospital accommodation, nursing home facilities etc. as per the package rates prescribed vide Ministry of Health and Family Welfare O.M. No.24/2001/JD(M)/CGHS/Delhi/CGHS (P) dated 7 September, 2001 as amended from time to time.
- 3.4 The employees of the Commission may get medical treatment in any of the empanelled hospital/diagnostic centre on the advice of Authorised/Notified Medical Practitioner/attending physician. However, in case of emergency they may directly go to any private or recognised private hospital/diagnostic centre nearest to their place of residence.
- 3.5 The charges paid for clinical tests, etc, to a private non-recognised hospitals/diagnostic centre shall be reimbursable as per rates prescribed for CGHS beneficiaries. Where there are no rates prescribed, the expenses incurred shall be reimbursed on actual basis.
- 3.6 If during treatment in an empanelled hospital/diagnostic centre, special nursing becomes necessary, the employee or a member of his family shall be entitled to such special nursing as may be deemed essential for the recovery or for the prevention of serious deterioration in the condition of the patient having regard to the nature of the disease. The amount to be reimbursed for such special nursing shall be limited to the amount, which is in excess of 25% of the pay of the employee concerned for the period for which special nursing was necessary. For this purpose, a certificate from the Medical Officer-in-charge countersigned by the Medical Superintendent shall be produced.
- 3.7 Package rates for duration of indoor treat are as follows:
- 12 days for specialized procedure.
  - 7-8 days for other procedures.
  - 3 days for laparoscopic surgery.
  - 1 day for day care/minor procedures (OPD).

**4. Submission of claims**

- 4.1 Final claims for reimbursement of medical expenses for a particular spell of illness shall ordinarily be preferred within three (3) months, from the date of

- completion of the treatments shown in the last Essentiality Certificate issued by the attending physician.
- 4.2 All claims for reimbursement should accompany with an Essentiality Certificate and Cash Memos/Vouchers duly signed by the Medical Officer indicating the Registration number.
  - 4.3 The application for medical claims shall be submitted in the prescribed form given at **Appendix 'A'**.
  - 4.4 The Essentiality Certificate shall be given in the prescribed form as per **Appendix 'B'**.
  - 4.5 All expenses on indoor treatment shall initially be met by the employee himself and shall claim for medical reimbursement on completion of the treatment.
  - 4.6 Normally the recognised private hospitals/diagnostic centres who entered into agreement with the Commission shall charge the rates approved for the package rate. They shall also extend credit facility in emergency cases as specified in Memorandum of Agreement signed with private hospitals/diagnostic centres to the employees of the Commission undertaking treatment in their hospitals/diagnostic centre and submit the bill for reimbursement as per approved rates to the Commission. However, in case of hospitals/ diagnostics centres insisting for immediate payment of the cost of treatment, room rent, medicines, various test, etc., the Commission may sanction advance payment to the extent of 90% of approximate expenses as per package rate prescribed for CGHS beneficiaries and issue an account payee Cheque in the name of the hospital concerned. The balance payment shall be made on submission of final claim by the beneficiary.

### **OUTDOOR TREATMENT**

#### **5. Entitlements**

- 5.1 Officers and staff will be entitled to the reimbursement of medical expenses on actual basis for non-hospitalisation cases, for themselves and their family members including dependents on production of prescription from Authorised/notified Medical Practitioners along with bills/cash memos of medicines/tests.

#### **6. Treatment abroad:**

- 6.1 For treatment during foreign visit, reimbursement will be limited to entitlement in accordance with Central Services (Medical Attendance) Rules.



**7. When both are Government servants:**

7.1 Where husband and wife both are employed in Govt/PSU/Autonomous bodies/Statutory bodies/State Govts/Local bodies etc., a joint declaration will be furnished by the employees to the effect that his or her spouse is not availing medical facility provided by his/her spouse.

**8. Submission of claims**

8.1 The employees are required to prefer the claims within three months from the date of completion of treatment.

8.2 The employees are also required to submit:-

- (i) Original Prescription with registration No. of the Authorised/Notified Medical Practitioner; and
- (ii) Original Bills/cash memos of medicines/tests.

**9. Other Conditions**

9.1 Inadmissible medicines as specified in Schedules I and II of Rule 2(h) (iii) of the CS(MA) Rules, 1944 are not reimbursable.

9.2 The competent authority in the Commission shall be empowered to disallow any claims or part of the claim which does not satisfy the required condition for such claim.

9.3 The expenditure on account of reimbursement of medical claims in any month shall be monitored by applying the benchmark of an amount equivalent to one-twelfth of the budgetary provision for medical expenses (for indoor as well as outdoor treatment) for that particular year. In the event of such expenditure exceeding the aforesaid benchmark ceiling in any particular month, the Chairperson of the Commission shall be the competent authority to approve such expenditure in excess of the benchmark ceiling.

**10. Interpretation**

Wherever clarification/interpretation/relaxation and extension of any of the provisions of this regulation arise, the decision of the Chairperson of the Commission shall be final in such matters.

A. K. SACHAN, Secy.  
[ADVT-III/IV/Exty./150/2005]

333161/05-3

Appendix-AFORM OF APPLICATION FOR MEDICAL CLAIMS

**Form of application for claiming refund of medical expenses incurred in connection with medical attendance/treatment of the Employee of CERC or their families for treatment in a Hospital :**

1. Name and designation of the Employee :  
(in Block Letters)
- (i) Whether married or unmarried :
- (ii) If married, the place where wife/husband :  
is employed
2. Pay of the Employee as defined in the :  
Fundamental Rules and any other  
emoluments which should be shown separately
3. Place of duty :
4. Actual residential address :
5. Name of the patient and his/her relationship to :  
the employee.
6. Place at which the patient fell ill :
7. Details of the amounts claimed :
- Name of the Hospital :
- Charges for hospital treatment, indicating separately the :  
charges for --
- (i) Accommodation (State whether it was according to the :  
status or pay of the employees and in cases where the  
accommodation is higher than the status of the employee,  
a certificate should be attached to the effect that the  
accommodation to which he was entitled was not a  
available)
- (ii) Diet :
- (iii) Surgical operation or medical treatment or confinement :
- (iv) Pathological, Bacteriological, Radiological or other :  
similar tests, indicating ---

- (a) the name of the hospital or laboratory at which :  
undertaken; and
- (b) whether undertaken on the advice of the Medical :  
Officer in charge of the case at the hospital. If so,  
a certificate to the effect should be attached.
- (v) Medicines :
- (vi) Special medicines :  
(Cash memos and the Essentiality Certificate should  
be attached)
- (vii) Ordinary nursing :
- (viii) Special nursing, i.e., nurses, specially engaged for the :  
patient. State whether they are employed on the  
advice of the Medical Officer in charge of the case at  
the hospital or at the request of the Employee or patient.  
In the former case a certificate from the Medical Officer  
in charge of the case and countersigned by the Medical  
Superintendent of the Hospital should be attached.
- (ix) Ambulance charges --- :  
(state the journey – to and fro – undertaken)
- (x) Any other charges, e.g., charges for electric light, fan, :  
heater, air-conditioning, etc. State also whether the  
facilities referred to are a part of the facilities normally  
provided to all patients and no choice was left to the  
patient
8. Total amount claimed :
9. Less advance taken on :
10. Net amount claimed :
11. List of enclosures :

**DECLARATION TO BE SIGNED BY THE GOVERNMENT SERVANT**

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly dependent upon me.

Signature of the Employee

Date

333166/05-4

## Appendix 'B'

## ESSENTIALITY CERTIFICATES

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss. \_\_\_\_\_ wife/son/daughter  
of Mr./Mrs. \_\_\_\_\_ employed in the \_\_\_\_\_

## PART-A

I, Dr. \_\_\_\_\_ hereby certify –

(a) that the patient was admitted to hospital on the advice of \_\_\_\_\_ (name of the Registered Medical Practitioner)/on my advice;

(b) that the patient has been under treatment at \_\_\_\_\_ and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the \_\_\_\_\_ (name of the hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants;

Name of medicines	Price
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

(c) that the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purpose;

(d) that the patient is/was suffering from \_\_\_\_\_ and is/was under treatment from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_;

(e) that the X-ray, laboratory tests etc., for which an expenditure of Rs. \_\_\_\_\_ was incurred were necessary and were undertaken on my advice at \_\_\_\_\_ (name of the hospital or laboratory);

(f) that I called on Dr. \_\_\_\_\_ for Specialist consultation and that the necessary approval of the \_\_\_\_\_ (name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules, was obtained.

(Signature and Designation of the  
Medical Officer in charge of the case  
At the Hospital)

**PART-B**

I certify that the patient has been under treatment at the \_\_\_\_\_ hospital and that the service of the special nurses for which an expenditure of Rs. \_\_\_\_\_ was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

(Signature of the Medical Officer  
in charge of the case at the hospital)

**COUNTERSIGNED**

Medical Superintendent

\_\_\_\_\_ Hospital

\*I certify that the patient has been under treatment at the \_\_\_\_\_ hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

Medical Superintendent

\_\_\_\_\_ Hospital

Place

NOTE: Certificate not applicable should be struck off. Certificate (d) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

\*The 'minimum facilities certificate' may be signed either by the Medical Superintendent of the Hospital concerned or another Gazetted Medical Officer who has been authorised in the behalf by the Medical Superintendent.

**ANNEXURE-I****CENTRAL ELECTRICITY REGULATORY COMMISSION**  
**REIMBURSEMENT OF MEDICAL CLAIM**

1. Name & Designation \_\_\_\_\_
2. Basic Pay + DA (As on April, 20 ) \_\_\_\_\_
3. Name of the Patient \_\_\_\_\_  
& relationship \_\_\_\_\_
4. Place at which patient \_\_\_\_\_  
fell ill \_\_\_\_\_
5. Name of the Doctor/ \_\_\_\_\_  
Hospital \_\_\_\_\_

CLAIM DETAILS	AMOUNT CLAIMED		AMOUNT ADMITTED
	Rs.	P	Rs.
a) Consultation Charges: No. & Dates of Consultations			
b) Special Consultations No. & Dates of Consultations			
c) Pathological Charges:			
d) Cost of Medicines S.No. Cash Memo No. Date			
(In words) Rupees			

I hereby declare that the statements in the application are true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses were incurred is wholly depend upon me.

List of Encl:

Date:

Signature of the Govt. Servant