



(☎ 022-22862703)

ई-मेल/e-mail-

irw@dae.gov.in

फैक्स/Fax No. - 2204 8476 &
2282 4354

भारत सरकार
GOVERNMENT OF INDIA

परमाणु ऊर्जा विभाग

DEPARTMENT OF ATOMIC ENERGY

औ. सं. एवं क. अनुभाग
IR&W SECTION

अणुशक्ति भवन

Anushakti Bhavan,

छ. शि. म. मार्ग

C.S.M. Marg,

मुंबई/Mumbai - 400001

सं. No. 7/3/2017/आईआरएंडडब्ल्यू IR&W/(वाल्सू Vol.II)/2487

फरवरी February 21, 2019

कार्यालय ज्ञापन OFFICE MEMORANDUM

**विषय : सीएचएसएस लाभार्थियों के आवासीय उपयोग हेतु सीपीएपी/
बीआईपीएपी/ऑक्सीजन कंसंट्रेटर के प्रावधान के संबंध में।**

**Sub : Provision of CPAP/BIPAP/Oxygen concentrator in
respect of CHSS beneficiaries for domiciliary use – reg.**

इस विभाग में सीजीएसएस नियमों और अंतरिक्ष विभाग के सीएचएसएस के अनुसार सीएचएसएस लाभार्थियों के आवासीय उपयोग हेतु सीपीएपी/बीआईपीएपी/ऑक्सीजन कंसंट्रेटर के प्रावधान के लिए संदर्भ प्राप्त हुए हैं।

Reference has been received in the Department for provision of CPAP, BIPAP, Oxygen Concentrator etc. for domiciliary use to CHSS beneficiaries on line with CGHS Rules and DOS CHSS.

2. इस विभाग में और विभाग की सीएचएसएस समीक्षा समिति द्वारा भी इस विषय की जाँच की गई है। इस समिति की सिफारिशों के आधार पर और सीजीएसएस के तहत लाभार्थियों के लिए स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा विहित दिशा-निर्देशों और मानदंडों पर विचार करके विभाग सीएचएसएस लाभार्थियों द्वारा ऑक्सीजन कंसंट्रेटर/बीआईपीएपी/सीपीएपी आदि की खरीद करने और निम्नलिखित शर्तों को पूरा करने पर ऐसी मशीनों की कीमत की प्रतिपूर्ति करने हेतु अनुमति देने के लिए सहमत हुआ है।

The matter has been examined in the Department and also by the CHSS Review Committee in the Department. Based on the recommendations of the Committee and considering the guidelines/criteria provided by the Ministry of Health and Family Welfare for beneficiaries under CGHS, the Department has agreed to grant permission to purchase

Oxygen Concentrator/BIPAP/CPAP, etc. by CHSS beneficiaries and reimburse the cost of such machines subject to fulfilling the following:

- (i) खरीद हेतु अनुमति केवल विभागीय स्तर पर दी जाएगी। संबंधित केंद्र और यूनिट द्वारा शर्तों को पूरा करने वाले मामलों पर विचार और अनुमोदन हेतु पऊवि को सिफारिश किए जाएं;

Permission for purchase to be given only at the Department level. Cases fulfilling the conditions may be recommended by the respective Centre/Unit to DAE for consideration and approval;

- (ii) लाभार्थी का अनुरोध निर्धारित प्रपत्र (प्रति संलग्न) में उपचार करने वाले डॉक्टर की सिफारिशों सहित संबंधित केंद्र/यूनिट में किया जाएगा। उपचार करने वाला डॉक्टर प्रोफार्मा के संबंधित कॉलम भरने से पहले निर्धारित दिशा-निर्देशों को सावधानीपूर्वक पढ़ेगा। प्रोफार्मा में दर्शाये गए सभी पैरामीटरों की वास्तविक वैल्यू को अनिवार्य रूप से प्रविष्ट करेगा और बेसिक जाँच रिपोर्ट अवश्य संलग्न की जाएगी:

The request of the beneficiary should be made to the respective Centre/Unit along with the recommendations of the treating physician in the prescribed Proforma (copy enclosed). The treating physician should carefully read the laid down guidelines before filling up the respective columns of the Proforma. Actual value of all the parameters mentioned in Proforma should invariably be entered and complete basic investigation reports must be attached:

- a. मरीज की हालत स्थिर होने और रूम एअर का श्वसन लेते समय ली गयी आर्टेरियल ब्लड गैस रिपोर्ट (ऑक्सीजन कंसंट्रेटर एवं बाई-लेवल वेंटिलेटरी सप्लायर सिस्टम)

Arterial blood gas report taken while the patient is in stable condition and is breathing room air (in case of oxygen concentrator and bi-level ventilator supplier system).

- b. सीपीएपी एवं बाई-लेवल सीपीएपी की सिफारिश की हालत में डिटेल्ड इन-लैब लेवल-1 पालीसोमनोग्राफी रिपोर्ट (सभी ट्रेसिंग एवं टेबल सहित)

Detailed in-lab level-I polysomnography report (including all the tracings and tables) in case of recommendation of CPAP and Bi-level CPAP.

- (iii) चूंकि ये मशीनें जीवन रक्षक उपस्कर होती हैं और इनकी अधिकतम लाइफ पाँच वर्ष है, इसलिए सीएचएसएस के तहत पूर्व में उपलब्ध करायी गयी मशीन की अनुपयुक्तता/अनुपयोगिता के संबंध में सर्विस इंजीनियर द्वारा सर्टिफिकेट की शर्त पर इन्हें बदला जा सकता है। इसे बदलने के लिए अनुमति देने हेतु पुरानी मशीन

को सिफारिश करने वाले केंद्र/यूनिट में जमा करना आवश्यक होगा। यदि पुरानी मशीन वापस नहीं की जाती है, तो मशीन बदलने के लिए किसी अनुरोध पर विचार नहीं किया जाएगा।

As these machines are lifesaving devices and have a maximum life of five years, these will be allowed to be replaced again after a period of five years subject to a certificate by the service engineer regarding the un-serviceability/condemnation of the earlier machine provided under CHSS. For approving a replacement, the old machine is required to be deposited back to the recommending Centre/Unit. If the old machine is not returned back, no request for replacement will be considered.

- (iv) लाभार्थी को इस संबंध में एक शपथ पत्र भी देना होगा कि उसने पिछले पाँच वर्षों में मशीन की प्रतिपूर्ति का दावा नहीं किया है। (शपथ पत्र के लिए फार्मेट की प्रति संलग्न है)

The beneficiary has also to submit an affidavit to the effect that he has not claimed reimbursement of the cost of the machine in the last five years (copy of the format for the affidavit is enclosed)

- (v) प्रतिपूर्ति के लिए अधिकतम निर्धारित सीमा नीचे दी गई है :

The maximum ceiling limit for reimbursement will be as following:

- a. ऑक्सीजन कंसंट्रेटर Oxygen Concentrator - ₹.Rs. 60,000/-
- b. सीपीएपी CPAP - ₹.Rs. 50,000/-
- c. बाई-लेवल सीपीएपी Bi-level CPAP - ₹.Rs. 80,000/-
- d. बाई-लेवल वेंटिलेटरी सिस्टम Bi-level Ventilatory System - ₹.Rs.1,20,000/-

उपर्युक्त अधिकतम निर्धारित सीमा में पाँच वर्षों की अवधि के लिए स्पेयर पार्ट्स सहित रखरखाव की कीमत शामिल है। रखरखाव/पार्ट की लागत की प्रतिपूर्ति के लिए कोई अनुरोध स्वीकार नहीं किया जाएगा।

The above ceiling limits include cost of maintenance with spare parts for a period of five years. No requests for reimbursement of cost of maintenance/parts will be entertained.

- (vi) मशीन का विवरण जैसा कि मॉडल नं., मेक आदि जिसके लिए लागत की प्रतिपूर्ति अनुमोदित की गई है, की प्रविष्टि नामित हास्पिटल/डिस्पेंसरी या प्रशासन द्वारा आवश्यक अनुवर्ती कार्रवाई हेतु मेडिकल रिकार्ड/सर्विस रिकार्ड में की जाएगी।

Details of the machine such as its model no., make, etc., for which reimbursement of cost of has been approved, should be entered in the

medical record/service records for necessary follow-up by the designated hospital/dispensary or by the Administration.

3. इसे सक्षम प्राधिकारी के अनुमोदन से जारी किया जाता है।
This issues with the approval of competent authority.

(राकेश गर्ग Rakesh Garg)

निदेशक (आईआरएंडडब्ल्यू) Director (IR&W)

सभी सीएचएसएस नियंत्रण प्राधिकारी All CHSS Administering Authorities

शपथ पत्र AFFIDAVIT

(सीपीएपी/बाई-लेवल वेंटीलेटरी सिस्टम/ऑक्सीजन कंसंट्रेटर मशीन के लिए नोटरीयुक्त शपथ-पत्र)

(Notarized Affidavit for CPAP/Bi-level CPAP/Bi-level Ventilatory System/Oxygen Concentrator Machine)

मैं श्री/श्रीमती/कुमारी _____ पुत्र/पुत्री/पत्नी/पति _____ एक कार्यरत/पेंशनर सीएचएसएस लाभार्थी, सीएचएसएस सं. _____ निवासी _____ सीएचएसएस डिस्पेंसरी _____ से संबद्ध, सत्यनिष्ठा से यह वचन देता/देती हूँ और घोषणा करता/करती हूँ कि :

I Sh./Smt/Kum. _____ S/D/W/H/o _____ a serving/pensioner CHSS beneficiary, CHSS No. _____ R/o _____ attached with the CHSS dispensary _____ do solemnly affirm and declare that :

डॉ. _____ अस्पताल _____ द्वारा दिनांक _____ को _____ के लिए सीपीएपी/बाई-लेवल वेंटीलेटरी सिस्टम/ऑक्सीजन कंसंट्रेटर मशीन की सलाह दी गयी है।

The CPAP/Bi-level CPAP/Bi-level Ventilatory System/Oxygen Concentrator machine has been advised by Dr. _____ Hospital _____ on dated _____ in respect of _____.

मैं यह शपथ लेता/लेती हूँ कि _____ से संबंध सीएचएसएस डिस्पेंसरी (जिससे मैं संबद्ध हूँ) को सीपीएपी/बाई-लेवल वेंटीलेटरी सिस्टम/ऑक्सीजन कंसंट्रेटर मशीन को उसकी उपयोगिता समाप्त हो जाने पर अच्छी अवस्था में वापस करूंगा/करूंगी।

I undertake to return CPAP/Bi-level CPAP/Bi-level Ventilatory System/Oxygen Concentrator machine in good condition to CHSS dispensary _____ (to which I am attached) after its utility is over.

इसके साथ ही, मशीन लेने के बाद किसी भी समय दुर्भाग्यवश मेरी मृत्यु होने की स्थिति में मशीन को उसे जारी करने वाली डिस्पेंसरी/अस्पताल को वापस करने की जिम्मेदारी मेरे निकटतम परिवार जन की होगी।

Further, in the unfortunate event of my death, anytime after acquiring the machine, it shall be the responsibility of my immediate family members to return the machine to the dispensary/hospital issuing the same.

मशीन के मंटेनेंस और देखरेख की जिम्मेदारी मेरी होगी। मशीन के मंटेनेंस और देखरेख पर यदि कोई खर्च आता है तो मैं उस पर हुए व्यय पर दावा नहीं करूंगा/करूंगी।

The responsibility for maintenance and upkeep of the machine will lie with me. I shall not claim expenditure incurred, if any on upkeep and maintenance of the machine.

में सीएचएसएस लाभार्थियों के लिए पऊवि द्वारा निर्धारित व्यय सीमा में दावा प्रस्तुत करूंगा/करूंगी और शेष राशि, यदि कोई हो तो, वह मेरे द्वारा वहन की जाएगी।

I will submit the claim at ceiling prescribed by DAE for its CHSS beneficiaries and the remaining amount, if any, will be borne by me.

मैंने एक पूरी स्लीप लैब रिपोर्ट/एबीजी रिपोर्ट और उपचार करने वाले विशेषज्ञ द्वारा विधिवत भरा हुआ प्रोफार्मा इसके साथ संलग्न करा है।

I have enclosed a complete sleep lab report/ABG report and proforma duly filled up by treating specialist.

में उपर्युक्त मशीन का _____ के उपचार के अतिरिक्त किसी अन्य प्रयोजन हेतु उपयोग नहीं करूंगा/करूंगी।

I shall not use the aforesaid machine for any other purpose except treatment of _____.

में, अधोहस्ताक्षरीकर्ता, यह घोषणा करता/करती हूँ कि मैंने पिछले पांच वर्षों में सरकारी खर्च पर कोई सीपीएपी/बाई-लेवल वेंटीलेटरी सिस्टम/आक्सीजन कंसंट्रेटर मशीन नहीं खरीदी है:

I, the undersigned, do hereby declare that, I have not purchased any CPAP/Bi-level CPAP/Bi-level Ventilatory System/Oxygen Concentrator machine, in the past five years at Government expenses:

1. नाम Name :
2. सीएचएसएस सं. CHSS No. :
3. संबद्ध सीएचएसएस डिस्पेंसरी :
CHSS Dispensary to which attached
4. सीएचएसएस कार्ड की वैधता Validity of CHSS Card :
5. आवेदक का पता/मोबाइल :
Address of Applicant/Mobile

दिनांक Date:

आवेदक का हस्ताक्षर
Signature of the Applicant