

भारत सरकार Government of India
परमाणु ऊर्जा विभाग Department of Atomic Energy
नाभिकीय ईंधन सम्मिश्र Nuclear Fuel Complex
प्रशासन Administration (सीएचएसएस अनुभाग CHSS Section)

सं. Ref: NFC/ADMN/CHSS/2022

दिनांक 22.01.2022

परिपत्र / CIRCULAR

विषय: आरटी-पीसीआर जांच शुल्क की प्रतिपूर्ति - संबंधी
Sub: Reimbursement of RT-PCR Test charges – Reg.

नाईस के द्वारा कई निवारक उपायों के अंतर्गत COVID-19 महामारी के प्रसार को रोकने के लिए किए जा रहे निरंतर प्रयासों के एक भाग के रूप में, नाईस में सक्षम प्राधिकारी ने सीएचएसएस लाभार्थियों को एक विशिष्ट मामले के रूप में इस परिपत्र के जारी होने की तारीख से **प्रारंभ में 02 महीनों** के लिए उनके नजदीकी नैदानिक केंद्र / निजी अस्पतालों में आरटी-पीसीआर परीक्षण (रिवर्स ट्रांसक्रिप्शन पोलिमेरेज चेन रिएक्शन) की अनुमति दी है।

As a part of the continuing efforts being taken by NFC to contain the spread of COVID-19 pandemic by instituting many preventive measures, Competent Authority in NFC has accorded approval for allowing the CHSS beneficiaries to undergo RT-PCR test (Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction) at their nearest recognized Diagnostic Centre / Private Hospitals as a special case, **initially for 02 months** from the date of issue of this circular.

2. सीएचएसएस लाभार्थियों, जिन्हें कोविड-19 के लक्षण हैं, को आरटी-पीसीआर परीक्षण करने से पहले एनएफसी / क्षेत्रीय अस्पतालों / एमए के चिकित्सा अधिकारियों से परामर्श करने और उनकी राय लेने का अनुरोध किया जाता है। COVID-19 पॉजिटिव के मामले में, लाभार्थियों से 07 दिनों के अंतराल के बाद एक बार फिर RT-PCR टेस्ट कराने का अनुरोध किया जाता है।

CHSS beneficiaries having symptoms of COVID-19 are requested to consult Medical Officers of NFC / Zonal Hospitals / AMA's and obtain their suggestions before proceeding for RT-PCR test. In case of COVID-19 positive, beneficiaries are requested to undergo RT-PCR test once again after a gap of 07 days.

3. सेवारत कर्मचारी निर्धारित प्रारूप (अनुलग्नक-I) में उनके संबंधित संयंत्र/नियंत्रण अधिकारी को दावा प्रस्तुत कर सकते हैं, जो इसे संबंधित इकाई के भुगतान एवं लेखा अधिकारी को अग्रेषित करेंगे। इसी तरह, सेवानिवृत्त कर्मचारी प्रतिपूर्ति के लिए आरटी-पीसीआर परीक्षण की तारीख से एक महीने के भीतर निर्धारित प्रारूप (अनुलग्नक-II) में सहा.का.अधि. (सीएचएसएस), नाईस को दावा प्रस्तुत करेंगे।

Serving employees may submit the claim in the prescribed format (**Annexure-I**) to their respective plant/controlling officer, who in turn will forward it to Pay & Accounts Officer of the concerned unit. Similarly, retired employees shall submit the claim in the prescribed format (**Annexure-II**) to APO (CHSS), NFC for reimbursement, within one month from the date of undergoing RT-PCR test.

4. सभी सीएचएसएस लाभार्थियों से ध्यान देने का अनुरोध किया जाता है कि उक्त प्रतिपूर्ति तेलंगाना सरकार द्वारा समय-समय पर जारी आदेशों द्वारा विनिर्धारित दरों के अनुसार सीमित की जाएगी।

All CHSS beneficiaries are requested to note that the said reimbursement will be restricted as per the rates prescribed by the Government of Telangana, orders issued from time to time.

संलग्नक Enclosed : यथोपरि a.a.

(यू. लक्ष्मी देवी U. Laxmi Devi) 24/1/22

प्रशासनिक अधिकारी Administrative Officer – III
(सीएचएसएस CHSS)

सभी कर्मचारियों हेतु To all the employees
सभी संयंत्र / अनुभाग All Plants /Sections
सभी सूचनापट्ट/All Notice Boards
सभी सेवानिवृत्त कर्मचारी और परिवार के आश्रित सदस्य
All the retired employees and their dependent family members

प्रतिलिपि Copy to:

1. मुख्य कार्यपालक, नाईस CE, NFC - सादर सूचनार्थ - for kind information.
2. सभी उप मुख्य कार्यपालक/परि.निदे.जेडसी/.पलय/.महा.प्रबं/क्षे.नि., क्रभनिहैए/उप महा.प्रबं/.प्रधान/वरि.प्रबं./ प्रबं/.उप प्रबं/.कार्या.प्रभारी/ DCEs/PD, ZC(P)/GMs/RD, HRPSU/DGMS/Heads/SMs/Mgrs/DMs/OICs
3. प्रमुख, चिकित्सा प्रभाग/मु.चि.अ. (सीएचसी, ओएचसी,सीएचएसएस एवं हिम्स)/मु.चि.अ./चिकित्सा अनुभाग, नाईस Head, Medical Division /CMS (CHC, OHC, CHSS & HIMS) /CMO/Medical Officer's, NFC
4. मुख्य प्रशासनिक अधिकारी ,नाईस/CAO, NFC
5. संयुक्त नियंत्रक (वित्त व लेखा)/JC (F & A), NFC
6. उप महानिरीक्षक ,पऊवि मुख्यालय/समादेष्टा ,कै.औ.सु.ब/. DIG, DAE Headquarters/Commandant, CISF
7. महासचिव, नाईस औ.का.संघ/ General Secretary, NFC IWU
8. अध्यक्ष ,नाईस पर्य.कर्म.संघ/नाईस वैज्ञा.सहा.संघ/ नाईस अधिकारी संघ President, NFCSSA / NFCSSA / NUFCA

सूचनार्थ प्रति / Copy also for information to:

1. मुख्य प्रशासनिक अधिकारी, पखनि, हैदराबाद / CA & AO, AMDER, Hyderabad
2. प्रभारी वैज्ञानिक, टीआईएफआर, हैदराबाद / Administrative Officer, TIFR, Hyderabad
3. प्रभारी वैज्ञानिक, सीसीसीएम, हैदराबाद / Scientist-in-Charge, CCCM, Hyderabad
4. प्रमुख, आरसी, जोनाकी, ब्रिट, हैदराबाद / Head, RC, Jonaki, BRIT, Hyderabad
5. प्रधानाचार्य, आईसीएस-I/II, एएयूएच, हैदराबाद Principal, AECS-I/JS, Vice Principal / Incharge, AECS-II, Hyderabad
6. प्रभारी अधिकारी, एनपीसीआईएल, ईसीआईएल कैम्पस, हैदराबाद Officer-in-Charge, NPCIL, ECIL Campus, Hyderabad
7. आईआईडब्ल्यू, पऊवि, हैदराबाद/ IIW, DAE, Hyderabad

अनुलग्नक -I Annexure-I (सेवारत कर्मचारी Serving Employee)

भारत सरकार Government of India
परमाणु ऊर्जा विभाग Department of Atomic Energy
नाभिकीय ईंधन सम्मिश्र Nuclear Fuel Complex

**आरटी-पीसीआर परीक्षण हेतु खर्च की गई राशि की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन
Application for claiming reimbursement of amount incurred towards RT-PCR Test**

क्र सं Sl.No.	कर्मचारी का विवरण Particulars	विवरण Details
1.	मुख्य लाभार्थी का नाम Name of the Prime beneficiary	
2.	कर्मचारी संख्या Employee No.	
3.	सीएचएसएस नंबर CHSS.No.	
4.	यूनिट Unit	
5.	रोगी का नाम Name of the Patient	
6.	कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with employee	
7.	रोगी का सी एच एस एस संख्या एवं वैधता Patient CHSS .No. and validity	
8.	दावा किसके लिए प्रस्तुत किया गया Claim submitted for (first or subsequent test)	
9.	पता Address	
10.	मोबाइल नंबर Mobile No.	
11.	आरटी-पीसीआर परीक्षण कब किया गया (तिथि) RT-PCR test conducted on (date)	
12.	दावा की गई राशि Amount claimed	

Note: Reimbursement towards RT-PCR Test will be restricted as per Govt. Of
Telangana tariff only

The following documents are attached for consideration:

क्र सं Sl.No.	प्रस्तुत किये जाने वाले दस्तावेज की प्रति Document copy to be submitted	हाँ /नहीं Yes / No
1.	परीक्षण रिपोर्ट Investigation report	
2.	प्रिस्क्रिप्शन की स्वास्थ्य पास बुक Health pass book containing the prescription	
3.	सीएचएसएस कार्ड CHSS card	
4.	बैंक पास बुक का प्रथम पेज (सेवा निवृत्त/मृत श्रेणियों वाले मामलों में) Front page of Bank passbook(in case of retired/deceased category)	

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि I hereby declare that:

1. इस आवेदन में दिया गया कथन मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है I
The statement in this application is true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expenses are incurred is wholly dependent upon me.
2. यदि मेरे द्वारा दिया गया विवरण असत्य पाया जाता है, तो मैं उचित समझे जाने वाले दंड के लिए उत्तरदायी होऊंगा I
In the event of details furnished by me are found to be false, I shall be liable for punishment as deemed fit.

दिनांक Date:

(मुख्य लाभार्थी का हस्ताक्षर)
Signature of the Prime Beneficiary)

सयंत्र प्रबंधक / सयंत्र-प्रभारी Plant Manager/Plant-Incharge

भुगतान एवं लेखा अधिकारी, नाईस Pay & Accounts Officer, NFC.

अनुलग्नक II (सेवा निवृत्त / मृत कर्मचारी)
Annexure-II (Retired / Deceased Employee)

भारत सरकार Government of India
परमाणु ऊर्जा विभाग Department of Atomic Energy
नाभिकीय ईंधन सम्मिश्र Nuclear Fuel Complex

आरटी-पीसीआर परीक्षण हेतु खर्च की गई राशि की प्रतिपूर्ति हेतु आवेदन
Application for claiming reimbursement of amount incurred towards RT-PCR Test

क्र सं SI.No.	कर्मचारी का विवरण Particulars	विवरण Details
1.	मुख्य लाभार्थी का नाम Name of the Prime beneficiary	
2.	कर्मचारी संख्या Employee No.	
3.	सीएचएसएस नंबर CHSS.No.	
4.	यूनिट Unit	
5.	रोगी का नाम Name of the Patient	
6.	कर्मचारी के साथ संबंध Relationship with employee	
7.	रोगी का सी एच एस एस संख्या एवं वैधता Patient CHSS .No. and validity	
8.	दावा किसके लिए प्रस्तुत किया गया Claim submitted for (first or subsequent test)	
9.	पता Address	
10.	मोबाइल नंबर Mobile No.	
11.	आरटी-पीसीआर परीक्षण कब किया गया (तिथि) RT-PCR test conducted on (date)	
12.	दावा की गई राशि Amount claimed	

Note: Reimbursement towards RT-PCR Test will be restricted as per Govt. Of
Telangana tariff only

The following documents are attached for consideration:

Sl.No.	Document copy to be submitted	Yes / No
1.	परीक्षण रिपोर्ट Investigation report	
2.	प्रिस्क्रिप्शन की स्वास्थ्य पास बुक Health pass book containing the prescription	
3.	सीएचएसएस कार्ड CHSS card	
4.	बैंक पास बुक का प्रथम पेज (सेवा निवृत्त/मृत श्रेणियों वाले मामलों में) Front page of Bank passbook(in case of retired/deceased category)	

मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि I hereby declare

1. इस आवेदन में दिया गया कथन मेरी जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है और जिस व्यक्ति के लिए चिकित्सा व्यय किया गया है वह पूरी तरह से मुझ पर निर्भर है I
The statement in this application is true to the best of my knowledge and belief and that the person for whom medical expensed are incurred is wholly dependent upon me.
2. यदि मेरे द्वारा दिया गया विवरण असत्य पाया जाता है, तो मैं उचित समझे जाने वाले दंड के लिए उत्तरदायी होऊंगा I
In the event of details furnished by me are found to be false, I shall be liable for punishment as deemed fit.

दिनांक Date:

(मुख्य लाभार्थी का हस्ताक्षर)
Signature of the Prime Beneficiary)

सहायक कार्मिक अधिकारी, सीएचएसएस / APO, CHSS

भुगतान एवं लेखा अधिकारी, नाईस Pay & Accounts Officer, NFC.