भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण
AIRPORTS AUTHORITY OF INDIA

सं. ए.60011/30/2017/एचआरपीसी/63

दिनांक: 20.06.2019

क्षेत्रींय कार्यपालक निदेशक
भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण
उत्तरी/पश्चिमी/पूर्वी/दक्षिणी/उत्तर-पूर्वी क्षेत्र
नई दिल्ली/मुंबई/कोलकाता/चेन्नई/गुवाहाटी

विमानपत्तन निदेशक
भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण
कोलकाता/चेन्नई हवाई अड्डा

प्रधानाचार्य,
नागर विमानन प्रशिक्षण महाविद्यालय (सीएटीसी)
बमरौली, इलाहाबाद

कार्यपालक निदेशक
भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण
रे.नि.वि.ए./उ.नि.ए,
नई दिल्ली

निदेशक
भारतीय विमानन अकादमी
नई दिल्ली

महाप्रबंधक
भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण
के.रे.भं.डि./वि.एवं यां.कार्यशाला
नई दिल्ली

नि.मा.सं.प्र.परिपत्र सं. 37/2019: संशोधित भाविप्रा चिकित्सा नीति - संबंधी

कार्यपालकों तथा गैर कार्यपालकों के लिए भाविप्रा चिकित्सा नीति संबंधी नि.मा.सं.प्र.परिपत्र सं.10/2019 दिनांक 07.02.2019 तथा नि.मा.सं.प्र. परिपत्र सं.16 /2019 दिनांक 15.03.2019 के अनुक्रम में, सक्षम प्राधिकारी ने मौजूदा चिकित्सा नीति में निम्नलिखित संशोधन / परिवर्धनअनुमोदित किए हैं :

1 **सेवानिवृत कर्मचारियों (कार्यपालक तथा गैर कार्यपालक) के लिएओपीडी चिकित्सा उपचार की अधिकतम सीमा:**

सेवानिवृत कर्मचारियों के लिए अधिकतम सीमा निम्नानुसार संशोधित कर दी गई है:

सेवानिवृत्त कार्यपालक:

स्तर	01.01.2017सेप्रभावीवेतन मान	योजना ए के अनुसार संशोधित अधिकतम वार्षिक सीमा (सेवारत कर्मचारियों की अधिकतम सीमा का 70%)	योजना बी के अनुसार संशोधित अधिकतम वार्षिक सीमा (योजना ए का 80%)
ई-1	40000-140000	48300	38640
ई-2	50000-160000	51520	41216
ई-3	60000-180000	54740	43792
ई-4	70000-200000	57960	46368
ई-5	80000-220000	61180	48944
ई-6	90000-240000	64400	51520
ई-7	100000-260000	70000	56000
ई-8	120000-280000	84000	67200
ई-9	150000-300000	105000	84000
बोर्ड के सदस्य / सीवीओ	180000-340000	126000	100800
अध्यक्ष	200000-370000	140000	112000

सेवानिवृत्त गैर कार्यपालक:

स्तर	01.01.2017 से प्रभावी वेतनमान	योजना ए के अनुसार संशोधित अधिकतम वार्षिक सीमा (सेवारत कर्मचारियों की अधिकतम सीमा का 70%)	योजना बी के अनुसार संशोधित अधिकतम वार्षिकसीमा (योजना ए का 80%)
एनई 1	25000-74500	24150	19320
एनई 2	27000-80500	27370	21896
एनई 3	28000-85000	30590	24472
एनई 4	31000-92000	32200	25760
एनई 5	33000-99000	35420	28336
एनई 6	36000-110000	38640	30912
एनई 7	37000-115000	41860	33488
एनई 8	39000-120000	45080	36064
एनई 9	39500-138000	48300	38640
एनई 10	40000-139000	48300	38640

2. सेवानिवृत कर्मचारी नि.मा.सं.प्र.परिपत्र सं. 20/2019 दिनांक 08.04.2019 के माध्यम से जारी किए गए विकल्प फॉर्म में योजना ए अथवा योजना बी का चुनाव कर स्कैन फॉर्मेट में ई मेल के द्वारा निगमित मुख्यालय /क्षेत्रीय मुख्यालय / एयरपोर्ट स्टेशन, सेवानिवृत कर्मचारी पर जो भी लागू हो, के मा. सं. विभाग को भेजें ।

3. वित्त वर्ष के प्रारम्भ में इच्छित विकल्प का चयन करने के बाद, भाविप्रा लाभार्थी असाधारण परिस्थितियों के तहत तथा उचित तर्क देने के बाद , वित्त वर्ष के मध्य में केवल एक बार योजना ए अथवा बी में परिवर्तन कर सकते हैं ।

4. सभी लाभार्थियों के लिए पैथोलॉजिकल टेस्ट के एकल परीक्षण की अधिकतम सीमा को 5,000/- से घटाकर 3,000/- कर दिया गया है । यह स्पष्ट किया जाता है कि 3,000/- से कम लागत के पैथोलॉजिकल टेस्ट की प्रतिपूर्तिओपीडी सीमा भीतर की जाएगी तथा यह प्रावधान योजना ए अथवा बी का चयन करने वाले सभी लाभार्थियों पर लागू होगा । नि.मा.सं.प्र. परिपत्र सं.10/2019 तथा 16/2019 के पैरा 2.3 में उल्लिखित उच्च लागत टेस्ट की प्रतिपूर्ति का प्रावधान यथावत रहेगा । तदनुसार ऊपर उल्लिखित परिपत्रों कि मद संख्या 2.3(X) को "3,000/-से अधिक राशि का कोई भी अन्य एकल परीक्षण" के रूप में पढ़ा जाए ।

5. भाविप्रा लाभार्थियों के लिए अनुलग्नक ए व अनुलग्नक बी में उल्लिखित जीर्णरोगों (Chronic Disease) के उपचार के संबंध में सरकारी अस्पताल/भाविप्रा के पैनल के अस्पताल /भाविप्रा के विशेषज्ञ चिकित्सकों सहित किसी भी विशेषज्ञ चिकित्सक (एमडी/एमएस तथा उससे ऊपर) द्वारा जारी जीर्णरोग प्रमाणपत्र स्वीकार्य होंगे। सभी लाभार्थियों को जीर्णरोग प्रमाणपत्र के साथ एक वचनबंध (undertaking) भी जमा करनी होगी जिसका प्रारूप अनुलग्नक -1 में संलग्न है। इस उद्देश्य के लिए निम्नलिखित प्रक्रिया अपनाई जाए:

5.1 कर्मचारी जीर्णरोग प्रमाणपत्र तथा संलग्न वचनबंध (undertaking) संबंधित स्टेशन / क्षे.का.नि. में मानव संसाधन विभाग तथा निगमित मुख्यालय में प्रशासन निदेशालय में जमा करेंगे।

5.2 मानव संसाधन / प्रशासन निदेशालय एक आदेश जारी करेगा जिसमें उस जीर्णरोग का उल्लेख होगा जिससे लाभार्थी पीड़ित है तथा चिकित्सक द्वारा जारी जीर्ण रोग प्रमाणपत्र को भी सत्यापित किया जाएगा । इस आदेश की एक प्रति वित्त विभाग तथा एक प्रति संबंधित कार्मिक को प्रेषित की जाएगी।

5.3 यदि जीर्ण रोग की कोई दवा परिवर्तित होती है तो लाभार्थी को पुनः जीर्ण रोग प्रमाणपत्र जमा करना होगा तथा चरण 5.1 का पालन करना होगा।

6. यह स्पष्ट किया जाता है कि सेवानिवृत्त कर्मचारी स्कीम ए या स्कीम बी में निर्धारण अनुसार अपनी ओपीडी सीलिंग के भीतर स्वास्थ्य जांच करवा सकते हैं ।

7. सेवानिवृत्त कर्मचारी को प्रत्येक वित्तीय वर्ष की शुरुआत में यानी अप्रैल माह में, अपना जीवन प्रमाणपत्र प्रस्तुत करना होगा। यह भी निर्णय लिया गया है कि सरकार के राजपत्रित अधिकारी अथवा जिस बैंक में सेवानिवृत्त कर्मचारी का खाता है वहाँ के शाखा प्रमुख अथवा सरकारी अस्पताल/भाविप्रा के पैनल के अस्पताल /भाविप्रा के चिकित्सकों (जहां लागू हो) अथवा भाविप्रा के प्रबन्धक (ई-3) तथा उससे वरिष्ठ स्तर के अधिकारी द्वारा सत्यापित प्रमाणपत्र वैध होंगे। सेवानिवृत्त कर्मचारी ई मेल के माध्यम से जीवन प्रमाणपत्र की स्कैन प्रति निगमित मुख्यालय / क्षे.का.नि. / विमानपत्तन स्टेशन , जो भी लागू हो , के मानव संसाधन विभाग को प्रेषित कर सकते हैं । जीवन प्रमाणपत्र का प्रारूप अनुलग्नक 2 पर संलग्न है ।

8. चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति के दावे प्रस्तुत करने की अवधि तीन माह से बढ़ाकर छः माह की जाती है ।

9. यह स्पष्ट किया जाता है कि भाविप्रा लाभार्थी भाविप्रा चिकित्सा विनियम में निर्धारित चिकित्सा पद्धतियों यथा एलोपैथी, होम्योपैथी, आयुर्वेदिक तथा यूनानी चिकित्सा पद्धति का चयन कर सकते हैं । चिकित्सक की न्यूनतम शैक्षणिक योग्यता एलोपैथी के लिए बैचलर ऑफ मेडिसिन तथा बैचलर ऑफ सर्जरी (एमबीबीएस) तथा बैचलर ऑफ डेंटल सर्जरी, होम्योपैथी के लिए बैचलर ऑफ होम्योपैथिक मेडिकल साइन्सेस, आयुर्वेदिक के लिए बैचलर ऑफ आयुर्वेदिक मेडिकल साइन्सेस और यूनानी चिकित्सा पद्धति के लिए बैचलर ऑफ यूनानी मेडिकल साइन्सेस होगी । विशेषज्ञ चिकित्सक डॉक्टर ऑफ मेडिसिन अथवा मेडिकल सर्जन एवं उससे वरिष्ठ होना चाहिए ।

10. रोबोटिक सर्जरी, यदि आवश्यक हो तथा उपचार कर रहे चिकित्सा विशेषज्ञ द्वारा प्रमाणित हो, सभी भाविप्रालाभार्थियों को जहां भी आवश्यक हो उपलब्ध करवाई जाएगी ।

11. डायबिटीज़ टाइप -1 को नि.मा.सं.प्र.परिपत्र सं. 10/2019 तथा 16/2019 के माध्यम से जारी अनुलग्नक बी सूची में **100%** प्रतिपूर्ति के साथ शामिल किया जाता है। साथ ही, इंटेर्स्टिटियल्स लंग डिसिज (आईएलडी) को ऊपर उल्लिखित नि.मा.सं.प्र. परिपत्रों के माध्यम से जारी अनुलग्नक ए सूची में शामिल किया जाता है। संशोधित अनुलग्नक ए व अनुलग्नक बी संलग्न हैं।

12. उपर्युक्त संशोधनों को छोड़कर अन्य सभी नियम और शर्तें यथावत रहेंगी ।

(संजय जैन)
कार्यपालक निदेशक (मा.सं.)

<u>वितरण: -</u>

- अध्यक्ष महोदय के उ.म.प्र. (का.स.)
- सदस्य(वित्त/मा.सं./प्रचालन/योजना /एएनएस) / मुख्यसतर्कताअधिकारी के उ.म.प्र.(का.स.)
- निगमित मुख्यालय / प्रचालन कार्यालय / भाविप्रा कार्यालय परिसर में सभी विभागाध्यक्ष/ सभी म.प्र.(मा.सं.)/म.प्र.(सू.प्रौ.)
- म.प्र.(मा.सं.)-(सैप) आवश्यक कार्रवाई हेतु
- महासचिव- एएओए(आई)/एटीसी गिल्ड(आई)/आईएएआईओए/एएआई इंजी. गिल्ड (आई)/ एएआई एससी एसटी एसोसिएशन
- महासचिव - एएईयू
- **नोट: विवाद उत्पन्न होने की स्थिति में अंग्रेजी पाठ अधिकृत माना जाएगा।**

Annexure -1

UNDERTAKING TO BE SUBMITTED BY AAI BENEFICIARY AT THE TIME OF SUBMITTING CHRONIC CERTIFICATE

Name of AAI employee (Serving or Retired): ____________________

Employee no: ____________________

Name of the Patient: ____________________

Relationship with Patient: ____________________

Address of the Patient: ____________________

Declaration

1. I hereby declare that the above given information is best to my knowledge and is as per rules mentioned in AAI Medical Policy. I will be held responsible in case of any false information.
2. The medicines recommended by Doctor in the Chronic certificate is being consumed by the patient.

Date: __________

Place: __________

Signature: ____________

Name of the employee ____________

Employee number: ________

Enclosure:

1. Chronic disease certificate certified by Doctor.
2. Prescription dated ____________ of Dr. __________
3. Medical receipt no Medical report no __________ dated ______

भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण
AIRPORTS AUTHORITY OF INDIA

Annexure -1

Airports Authority of India

Department OF Human Resource

Chronic Certificate

This is to certify that Sh / Smt ______________________ (Name of patient) aged _____ Years (Relationship) of Sh / Smt ______________________, who is working/ has worked (in case of retired employee) as ______________________ (Designation) in Airports Authority of India is suffering from ______________________ disease which is Chronic disease mention at serial no _____ of Annexure ______ of AAI Medical Policy and is under treatment of Doctor (Specialist/MD/MS/Hospital) ______________ Registration no ______________ Since_______.

Medicine/Drugs/Test to be included under Chronic Diseases are

1. ______________	2. ______________	3. ______________
4. ______________	5. ______________	6. ______________
7. ______________	8. ______________	9. ______________
10. ______________	11. ______________	12. ______________

The above mentioned prescribed medicine are subject to review of patient condition.

Signature of the doctor: __________

Name of the Doctor: __________

Rubber seal with Regn no: __________

भारतीय विमानपत्तन प्राधिकरण
AIRPORTS AUTHORITY OF INDIA

Annexure -2

Airports Authority of India

Department OF Human Resource

Life Certificate

(To Be submitted in the month of April every year by the Ex-employee/Beneficiary)

I, ____________________, ex-employee/spouse of the ex-employee (Late) Sh / Smt ____________________ certified that myself and admissible dependents, as mentioned below, are enrolled under the AAI Medical Policy as per details given below and are alive as on date.

1. Name of Admissible Dependent : ________________ Relation : __________
2. Name of Admissible Dependent : ________________ Relation : __________
3. Name of Admissible Dependent : ________________ Relation : __________

Signature of the AAI Retired Official/*Spouse/*Admissible Dependent
Name : ____________________
Ex- Employee No : __________
Address : ____________________
____
____

Place : ____________

Date : ____________

**In case of death of an employee the form shall be signed by AAI employee's Spouse/admissible dependent.*

I, ____________________ hereby certify that Shri / Smt. __________ is alive as on date. I am fully satisfied about his/her identity.

Counter Signature of Authority (Stamped)
Name : ____________________
Designation : __________
Address : ____________________
____

Place : ____________

Date : ____________

Note: The above mentioned form should be counter signed by any of the below mentioned official:

I. *Government Gazetted Officer*
II. *Bank Branch Manager*
III. *Doctor in Government Hospital*
IV. *Doctor in any of the empaneled hospital of AAI*
V. *Manager (E-3) and above level working officer of AAI who is not in blood relation of the retired official.*

अनुलग्नक - ए

➢ योजना ए का विकल्प चुनने वाले कर्मचारियों पर लागू जीर्णरोग (Chronic Diseases)

1. ट्यूबरक्लोसिस
2. मेटाबोलिक रोग
3. एपिलेप्सी
4. पेम्फ़िगस
5. ब्रोंकलअस्थमा
6 हेपेटाइटिस - बी
7 हेपेटाइटस-सी
8 नेफ़्रोटिक सिंड्रोम
9 अल्सरेटिव कोलाइटिस
10 अप्लास्टिक एनीमिया
11 क्रोनिक रेनल फेलियर
12 पार्किंसन
13 हाइपोथायरायडिज्म और मायक्सडेमा
14 हाइपरथायरायडिज्म (थायोटॉक्सिकोसिस)
15 ओपन एंगल ग्लूकोमा
16 रेटिनल डिटैचमेंट
17 सीओपीडी
18 डायबिटीज़
19 सिज़ोफ्रेनिया
20 ब्रोंकाइटिस
21 सिस्टिक फाइब्रोसिस
22 सारकॉइडोसिस
23 सिस्टेमिक हाइपरटेंशन
24 कार्डिएक एरिद्मिया
25 ऑस्टियोपोरोसिस व सभी प्रकार का आर्थेराइटिस
26 क्रोन रोग
27 मस्क्युलर डिस्ट्रोफी
28 अंक्यलोसिस स्पॉन्डिलाइटिस आदि
29 एसएलई
30 इस्केमिक/रूमेटिक हार्टडिसिजेस
31 इंटेर्स्टिटियल्स लंग डिसिज (आईएलडी)

****

अनुलग्नक - बी

निम्नलिखित गंभीर (critical) / जीर्ण (chronic) रोगों के लिए, मानव संसाधन/ प्रशासन विभाग द्वारा जारी क्रोनिक प्रमाण पत्र प्रस्तुत करने पर, भाविप्रा के सेवारत और सेवानिवृत्त दोनों कार्मिकों के लिए 100% प्रतिपूर्ति लागू है ।

1. किडनीडायलिसिस
2. थैलेसीमिया
3. कैंसर
4. हीमोफिलिया
5. पोस्टऑर्गनट्रांसप्लांटमेडिकेशन
6. सिरोसिसऑफलिवर
7. एचआईवीसंक्रमण (एड्स)
8. डायबिटीज़ टाइप -1

****