



उ०प्र० पावर कारपोरेशन लिमिटेड U.P. Power Corporation Limited

(Govt. of Uttar Pradesh Undertaking)

शक्ति भवन, विस्तार, 14-अशोक मार्ग, लखनऊ
e-mail id: <dgmir.uppcl@zmail.com>

संख्या- 2053 -औ०सं०/2012-11(4)एफ०/86 (वाल्सू-1।)

दिनांक 10 जुलाई, 2012

कार्यालय ज्ञाप

पूर्ववर्ती राज्य विद्युत परिषद के आदेश सं०-2088-एन०जी०-11/एस०ई०बी०(4)-29-एन०जी०-11 78 दिनांक 24.05.1998 द्वारा परिषदीय कार्मिकों व उनके आश्रितों को चिकित्सालय में भर्ती होकर उपचार कराने में हुये व्यय की चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति अनुमत्य की गयी एवं प्रतिपूर्ति हेतु अनिवार्यता प्रमाण-पत्र का प्रारूप भी निर्धारित किया गया है।

उक्त के सम्बन्ध में एतद्वारा कैशलेस चिकित्सा एवं वाह्य रोगी के रूप में चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति की अनुरूपता में चिकित्सालय में भर्ती होकर उपचार कराने में हुये व्यय की चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति हेतु अनिवार्यता प्रमाण-पत्र पर रोगी का नवीनतम फोटो (चित्र) सम्बन्धित चिकित्सक द्वारा प्रमाणित कराया जाना अनिवार्य होगा, बिना फोटो प्रमाणित कराये गये प्रकरण में किसी भी प्रकार की चिकित्सा प्रतिपूर्ति अनुमत्य नहीं होगी। यह आदेश तत्काल प्रभाव से लागू होगा। पूर्व में प्रस्तुत प्रतिपूर्ति दावों का निस्तारण पूर्वादेशों के अनुरूप किया जायेगा।

संशोधित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र का प्रारूप संलग्न है।

अध्यक्ष एवं प्रबन्ध निदेशक

संख्या - 2053 - (1) - औ०सं०/2012/तददिनांक

प्रतिलिपि निम्नलिखित को संलग्नक सहित सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

- 1 अध्यक्ष एवं प्रबन्ध निदेशक, उ०प्र० पावर कारपोरेशन लिमिटेड, शक्ति भवन, लखनऊ के निजी सचिव।
- 2 निदेशक (का०प्र० एवं प्रशा०)/(वितरण)/(वित्त)/(वाणिज्य)/(कारपोरेट प्लानिंग) उ०प्र० पावर कारपोरेशन लिमिटेड, शक्ति भवन, लखनऊ के निजी सचिव।
- 3 प्रबन्ध निदेशक, विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, मध्यांचल, लखनऊ/पूर्वांचल, वाराणसी/पश्चिमांचल, मेरठ/दक्षिणांचल, आगरा एवं केस्को, कानपुर।
- 4 अध्यक्ष, विद्युत सेवा आयोग, उ०प्र० पावर कारपोरेशन लि०।
- 5 मुख्य अभियन्ता (जल विद्युत), उ०प्र० पावर कारपोरेशन लि०, शक्ति भवन, लखनऊ।
- 6 मुख्य अभियन्ता जाँच समिति-प्रथम/द्वितीय, उ०प्र० पावर कारपोरेशन लि०।
- 7 समस्त मुख्य अभियन्ता (वितरण)/(पारेषण) को इस अभ्युक्ति के साथ प्रेषित कि वे अपने स्तर से उक्त आदेश की प्रति अपने अधीनस्थ सभी सम्बन्धित अधीक्षण अभियन्ता/अधिशाली अभियन्ता को उपलब्ध करा दें।
- 8 मुख्य महाप्रबन्धक (लेखा एवं सम्प्रेक्षा), उ०प्र० पावर कारपोरेशन लि०।

कमश:.....2/-

FORM OF ESSENTIALITY CERTIFICATE

U.P Power Corporation Limited

(To be completed in case of patient admitted to Hospital for treatment)

1. Name of Patient :
2. Name and designation
Of Employee
on whom dependent :
3. Relationship of Patient
with employee :
4. Pay scale of the employee :
5. Office of posting :

Paste Photo
of Patient

Photo of the Patient
Verified by Authorised Doctor

I, Dr.....hereby certify that :-

1. The above patient was admitted for treatment of.....
(disease) at.....(Hospital)(Name
of Place)..... (date) on my advice/on the advice of
Dr And has been discharged from the
hospital on

2. The under mentioned medicines prescribed by me during the period of
hospitalization and there after (up to a maximum of 15 days) after release from the
hospital) were essential for the treatment/ recovery/ prevention of the serious
deterioration in the condition of the patient, vouchers for which have been verified.
These medicines/ injections do not include prescriptions which are of food/ nutritive
value and of toiletry disinfectant and prophylactic.

Sl. No.	Name of Medicine	Quantity	Cost in Rs.
---------	------------------	----------	-------------

Total Cost Rs.

3. The accommodation was provided to the patient in private/general ward of
this hospital as is ordinarily provided to the inpatients of the employee's status, for
which he had been charged at the rate Rs.per day
Fromto(date) . This does not include/
includes diet charges of the patient @ Rs.per day.

2/-


MEDICAL

4. The X-ray/ laboratory tests etc, on which an expenditure of Rs Was incurred, were necessary and were undertaken on my advice. The same are at the schedules rates of the Government hospitals / laboratory.

5. The services of special nurse were essential for the recovery / prevention of serious deterioration in the condition of the patient, for the period fromto(date). on which an expenditure of Rs.was incurred.

6. The operation and/or other hospital charges totalling Rs.....have been incurred on the treatment of the patient.

7. The services of Drwere essential for specialized consultation, on which an amount of Rs has been incurred.

Signature of employee

Signature of Authorised
Medical Attendant with Seal

