

उ०प्र० पावर कारपोरेशन लिमिटेड

(उ०प्र० सरकार का उपक्रम)

U.P. Power Corporation Limited

(Govt. of Uttar Pradesh Undertaking)

शक्ति भवन विस्तार, 14-अशोक मार्ग, लखनऊ-226001

संख्या-2800-औस/2012-11(30)ए०एस०/2004

दिनांक 21 सितम्बर, 2012

कार्यालय ज्ञाप

कारपोरेशन द्वारा अपने सेवारत व सेवानिवृत्त कर्मिकों व उनके आश्रितों एवं पारिवारिक पेंशनरों को हृदय रोग की शल्य क्रिया, एन्जियोग्राफी आदि के माध्यम से उपचार की सुविधा क्रेडिट के अन्तर्गत मान्यता प्राप्त विशिष्ट चिकित्सालयों में प्रदान की गयी है। क्रेडिट सुविधा के अन्तर्गत उपचार एवं उपचार से सम्बन्धित बीजकों के भुगतान हेतु पूर्व में आदेश संख्या-5338-औस-17/पाकालि/05-11(30) ए०एस०/04, दिनांक 30.11.2005 तथा आदेश संख्या-1305- औस/पाकालि/06-11(30)ए०एस०/04, दिनांक 17.03.2006 के द्वारा प्रक्रिया निर्धारित थी, जिसे एतद्वारा निम्नवत् संशोधित किया जाता है :-

- 1- क्रेडिट सुविधा के अन्तर्गत हृदय रोग से सम्बन्धित उपचार हेतु कर्मिक/उस पर आश्रित रोगी कारपोरेशन द्वारा विशिष्ट रूप से मान्यता प्राप्त चिकित्सालय में उपचार हेतु निर्धारित प्रारूप में संलग्न प्राधिकार पत्र (AUTHORISATION SLIP) नियन्त्रक / सक्षम अधिकारी से प्रमाणित कराकर चिकित्सालय में प्रस्तुत करेंगे।
- 2- प्राधिकार पत्र (AUTHORISATION SLIP) के साथ आवश्यक सत्यापित प्रमाण पत्र जैसे सेवा पुस्तिका के प्रथम पृष्ठ की छायाप्रति अथवा पेंशन भुगतान आदेश (PPO) की छायाप्रति आदि एवं पहचान पत्र तथा आश्रित के सम्बन्ध में आश्रित प्रमाण पत्र एवं पुत्र/पुत्री का आयु का प्रमाण पत्र भी संलग्न कर प्रस्तुत करना अनिवार्य होगा।
- 3- कर्मिक के आश्रित माता पिता का उपचार व चिकित्सा कराने के मामलों में पहचान पत्र तथा कारपोरेशन के आदेश संख्या - 6163-औस-17/पाकालि/03, दिनांक 05.01.2004 में प्राविधानित व्यवस्था के अनुसार निर्धारित प्रारूप पर कारपोरेशन के कर्मिक द्वारा आश्रित के सम्बन्ध में पूर्ण सूचनाओं सहित घोषणा पत्र शपथ पत्र पर देना अनिवार्य होगा।
- 4- प्राधिकार पत्र (AUTHORISATION SLIP) निर्गत करने वाले नियन्त्रक/ सक्षम अधिकारी द्वारा कर्मिक/पेंशनर के पूर्णतः आश्रित परिवार के सदस्यों का पूर्ण विवरण प्राधिकार पत्र के साथ प्रमाणित कर प्रेषित करना होगा।
- 5- इलाज पूर्ण हो जाने पर चिकित्सालय प्रबन्धक द्वारा अनिवार्यता प्रमाण पत्र पर कर्मिक के फोटो हस्ताक्षरों सहित अधिकृत चिकित्सक से सत्यापन उपरान्त बीजक के साथ कारपोरेशन (मु०) को उपलब्ध कराया जायेगा।
- 6- अस्पताल प्रबन्धक यह भी सुनिश्चित करेगा कि इलाज के बीजक में अदेय सामग्री जैसे विटामिन, टानिक आदि बीजक में सम्मिलित नहीं किये जायेंगे, आवश्यकता पड़ने पर ऐसी सामग्री मरीज से स्वयं के व्यय पर खरीदकर मंगाई जा सकती है।

Nal

- 7- उपचार के उपरान्त अस्पताल से अवमुक्त होने पर रोगी को आवश्यक होने पर अधिकतम 15 दिन की दवायें चिकित्सालय द्वारा अनुमन्य करायी जायेगी, जिनके मूल्य का समावेश अन्तिम बीजक में प्रथक रूप से दर्शाना अनिवार्य होगा।
- 8- चिकित्सा व्यय क्रेडिट भुगतान एवं प्रतिपूर्ति के दावे मात्र उन्ही कार्मिकों व पेंशनर्स के सम्बन्ध में पावर कारपोरेशन में भुगतान हेतु स्वीकार किये जायेंगे, जो उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड एवं इसकी सहयोगी कम्पनियों यथा पूर्वान्चल/पश्चिमांचल/दक्षिणांचल/मध्यांचल विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, वाराणसी/मेरठ/आगरा/लखनऊ एवं केस्को, कानपुर के अन्तर्गत वेतन अथवा पेंशन प्राप्त कर रहे हैं।
- 9- उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लिमिटेड अथवा अन्य निगम की सेवा से सेवानिवृत्त ऐसे कार्मिक जिनके द्वारा वर्तमान में उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड अथवा इसकी सहयोगी वितरण कम्पनियों से पेंशन भुगतान प्राप्त किया जा रहा है उनके मामलों में चिकित्सा प्रतिपूर्ति/क्रेडिट बीजक का दावा उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड द्वारा भुगतान हेतु स्वीकार/अनुमन्य कराया जायेगा।
- 10- ऐसे कार्मिक जो वर्तमान में उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लिमिटेड अथवा उ0प्र0 पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन लिमिटेड के स्तर से वेतन अथवा पेंशन का आहरण कर रहे हैं, उनके क्रेडिट चिकित्सा व्यय/प्रतिपूर्ति के दावों का भुगतान उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लिमिटेड/उ0प्र0 पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन लिमिटेड जैसी भी स्थिति हो, के द्वारा किया जायेगा।
- 11- सेवानिवृत्त कर्मचारियों एवं फैमिली पेंशनर के चिकित्सा व्यय एवं प्रतिपूर्ति के प्रकरण उन्ही इकाईयों/खण्डों से निस्तारित किये जायेंगे जिन इकाई/खण्ड से वे पेंशन प्राप्त करते हैं।

क्रेडिट बीजक के भुगतान की पूर्ववत् व्यवस्था 30.09.2012 तक यथावत् रहेगी उक्त संशोधित प्रक्रिया दिनांक 01.10.2012 से प्रभावी होगी।
संलग्नक - प्राधिकार पत्र एवं अनिवार्यता प्रमाण पत्र।

निदेशक (का0प्रब0 एवं प्रशा0)

संख्या: 2800 (1) औस/2012-11(30)ए0एस0/04

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवम् आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

- 1- अध्यक्ष/प्रबन्ध निदेशक, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड, शक्ति भवन, लखनऊ के निजी सचिव।
- 2- निदेशक (का0प्र0 एवं प्रशा0)/(वितरण)/(वित्त)/(कारपोरेट प्लानिंग)/(वाणिज्य), उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड, शक्ति भवन, लखनऊ के निजी सचिव।
- 3- प्रबन्ध निदेशक, विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, मध्यांचल, लखनऊ/पूर्वान्चल, वाराणसी/ पश्चिमांचल, मेरठ/दक्षिणांचल, आगरा एवम् केस्को, कानपुर।
- 4- प्रबन्ध निदेशक, उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लिमिटेड, शक्ति भवन, लखनऊ।
- 5- प्रबन्ध निदेशक, उ0प्र0 पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन लिमिटेड, शक्ति भवन, लखनऊ।

Nal

- 6- अध्यक्ष, विद्युत सेवा आयोग/जॉच समिति-प्रथम/द्वितीय, उ०प्र० पावर कारपोरेशन लि०।
- 7- मुख्य अभियन्ता (जल-विद्युत), उ०प्र० पावर कारपोरेशन लिमिटेड, शक्ति भवन, लखनऊ।
- 8- समस्त मुख्य अभियन्ता (वितरण), 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।
- 9- उपमहाप्रबन्धक (औस)/समस्त वरिष्ठ कार्मिक अधिकारी/कार्मिक अधिकारी, उ०प्र० पावर कारपोरेशन लिमिटेड।
- 10- समस्त अपर सचिव/संयुक्त सचिव, उ०प्र० पावर कारपोरेशन लिमिटेड।
- 11- समस्त मुख्य महाप्रबन्धक/महाप्रबन्धक/उप महाप्रबन्धक/वरिष्ठ लेखाधिकारी/लेखाधिकारी (लेखा शाखा), उ०प्र० पावर कारपोरेशन लिमिटेड।
- 12- कम्पनी सचिव, उ०प्र० पावर कारपोरेशन लिमिटेड, शक्ति भवन, लखनऊ।
- 13- समस्त अनुभाग अधिकारी/निजी सचिव, प्रशासनिक एवम् लेखा स्कन्ध, उ०प्र० पावर कारपोरेशन लि०।
- 14- अधीक्षण अभियन्ता (वेब), कक्ष सं०-407, शक्ति भवन को इस अनुरोध के साथ प्रेषित कि वे कृपया संलग्नक चिकित्सालयों की सूची एवम् चिकित्सा दरों को कारपोरेशन की वेबसाइट **www.uppcl.org** पर लोड करने हेतु
- 15- महाप्रबन्धक (चिकित्सा), उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०, शक्ति भवन, लखनऊ।
- 16- प्रबन्धक, मैट्रो हास्पिटल एण्ड हार्ट इन्स्टीट्यूट, एक्स-1, सेक्टर-12, नोएडा।
- 16- प्रबन्धक, डिवाइन हार्ट हास्पिटल एण्ड रिसर्च सेण्टर, विजय खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ।
- 17- प्रबन्धक, नरेन्द्र मोहन हास्पिटल एण्ड हार्ट सेण्टर, मोहन नगर, गाजियाबाद।
- 18- प्रबन्धक, हार्ट लाईन कार्डियक केयर सेण्टर, 14/8, एल्लिन रोड, इलाहाबाद।
- 19- प्रबन्धक, हेरिटेज हास्पिटल, लंका वाराणसी।
- 20- प्रबन्धक, यशोदा हास्पिटल, गाजियाबाद।
- 21- प्रबन्धक, सरस्वती हार्ट केयर एण्ड रिसर्च सेण्टर (प्रा०) लि०, इलाहाबाद।
- 22- प्रबन्धक, फोर्टिस हास्पिटल, नोयडा।
- 23- प्रबन्धक, कैलाश हास्पिटल एण्ड रिसर्च सेण्टर, एच-33, सेक्टर-27, नोयडा।
- 24- प्रबन्धक, जसवन्त राय स्पेशियल्टी हास्पिटल, मवाना रोड, मेरठ।
- 25- कट फाइल।

Nat Mathur
 (नवनीत माथुर) 21.9.12
 कार्मिक अधिकारी

AUTHORISATION SLIP

(For U.P. POWER CORPORATION Ltd. EMPLOYEES & DEPENDENTS)

Name & Age of Patient

Name & Address of Employee

.....

RELATIONSHIP with Employee

.....

PLACE OF POSTING with DESIGNATION

.....

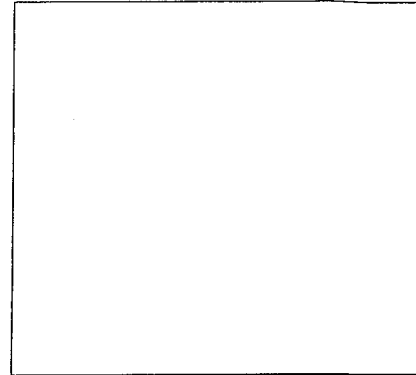
IF RETIRED P.P.O. NO.

CERTIFIED THAT Shri/Smt/Km

S/o. D/o, W/o

AUTHORISED

**FOR CREDIT FACILITY TREATMENT (HEART SURGERY,
ANGIOGRAPHY, ANGIOPLASTY, PACE MAKER Implant) at**
..... Hospital.



Photograph attested
By Issuing Officer
(SEAL & NAME)

**Signature of Issuing Officer with Seal
(Ex.En/Dy.CAO/Ex.En.(PENSION CELL))**

ENCLOSURES :-

1. PHOTO COPY OF 1 st PAGE OF service book (In case of serving employee).
2. Photocopy of P.P.O. (In case of retired employee/Family pensioner).
3. If dependent, Dependency Certificate/Age Certificate in case of Children.

(Signature of Issuing Officer with Seal)

|
Na2

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.

Nar

2/-

12

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 Dr were essential for specialized consultation, on which an amount of Rs has been incurred.

Signature of employee

Signature of Authorised
Medical Attendant with Seal

NS

ED