

64  
25

## उ०प्र० पावर कारपोरेशन लिमिटेड

(उ० प्र० सरकार का उपक्रम)

### U.P. POWER CORPORATION LIMITED

(Govt. of Uttar Pradesh Undertaking)

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

संख्या 743-औ०स०/2009-11(30)ए०एस०/2004

दिनांक : 16 फरवरी, 2009

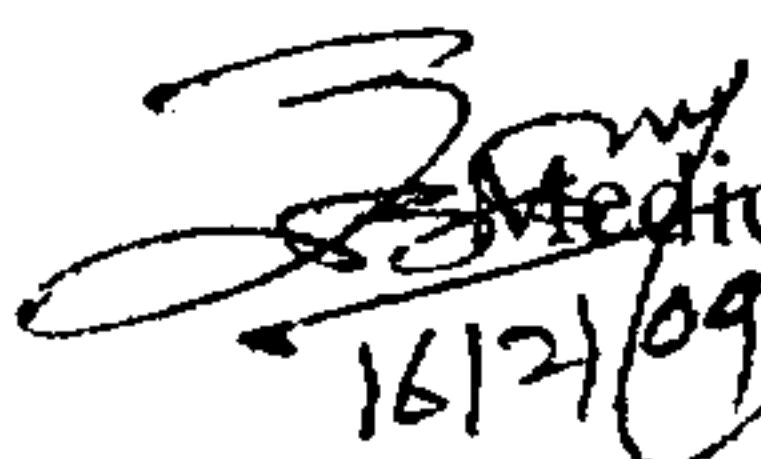
#### कार्यालय ज्ञाप

एतद्वारा निम्नलिखित मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों में कारपोरेशन के द्वारा अनुमोदित संलग्न दरों एवम् निम्नलिखित शर्तों के अधीन एक वर्ष के लिए कारपोरेशन के सेवारत/सेवानिवृत्त कार्मिकों एवम् उनके आश्रितों को क्रेडिट सुविधा पर उपचार कराने की सुविधा अनुमन्य की जाती है:-

- (1) यशोदा हास्पिटल्स, गाजियाबाद।
- (2) सरस्वती हार्ट केयर एवं रिसर्च सेण्टर (प्रा०) लि०, इलाहाबाद।

उपर्युक्त प्रयोजन हेतु कार्मिकों को सम्बन्धित अधिशासी अभियन्ता/नियन्त्रक अधिकारी से एक अधिकार पत्र (Authorisation Slip) प्राप्त करना होगा जिस पर रोगी को अद्यतन चित्र लगाना होगा, जो सम्बन्धित सक्षम अधिकारी द्वारा मोहर सहित प्रमाणित किया जायेगा तथा रोगी चिकित्सालय में क्रेडिट सुविधा पर उपचार प्राप्त कर सकेगा। शर्तें निम्नवत् होगी :-

- 1- उपरोक्त चिकित्सालयों को, स्वेच्छा से हृदय रोग का उपचार एवम् शल्य किया क्रेडिट सुविधा पर अनुमन्य किये जाने हेतु अधिकृत किया जाता है।
- 2- कोई भी कर्मचारी/उस पर आश्रित मरीज हृदय रोग से सम्बन्धित उपचार उक्त अस्पतालों में कराना चाहता है तो उसे अधिकार पत्र (Authorisation Slip) (प्रारूप संलग्न) नियन्त्रक सक्षम अधिकारी से प्राप्त कर चिकित्सालय को देना होगा।
- 3- इलाज पूर्ण होने पर अस्पताल प्रबन्धन अनिवार्यता प्रमाण पत्र पर कार्मिक से हस्ताक्षर करायेगें तथा यह प्रमाण-पत्र पावर कारपोरेशन मुख्यालय को सीधे अस्पताल द्वारा मरीज के बीजक सहित प्रत्येक माह के अन्तिम सप्ताह में भेजना अनिवार्य होगा। यह बीजक अस्पताल द्वारा निदेशक (कार्मिक प्रबन्धन एवम् प्रशासन), उ०प्र० पावर कारपोरेशन लिमिटेड, 14-अशोक मार्ग, शक्ति भवन, लखनऊ को प्रस्तुत किया जायेगा।
- 4- मुख्यालय पर तकनीकी जाँच के उपरान्त प्रत्येक माह में कारपोरेशन मुख्यालय के लेखा विभाग द्वारा भुगतान अस्पताल को किया जायेगा।
- 5- अस्पताल प्रबन्धन यह भी सुनिश्चित करेगा कि बिल में अदेय सामग्री जैसे विटामिन्स, टानिक, पौष्टिक आहार सम्बन्धी औषधियाँ, प्रसाधन एवम् डिस-इन्फैक्टैण्ट्स प्रोफेलेटिक प्रकृति की वस्तुएँ एवम् डाइट चार्जेज आदि बिल में न लगाये जाँए। आवश्यकता पड़ने पर उक्त सामग्री मरीज से खरीद कर मंगवाई जा सकती है।
- 6- अस्पताल द्वारा अवमुक्त होने पर रोगी को 15 दिनों की दवाँएँ (आवश्यकता होने पर) देनी होगी जिनका समावेश अन्तिम बीजक में पृथक रूप से दर्शाना अनिवार्य होगा।
- 7- उपरोक्त अस्पतालों के बीजकों के भुगतान की प्रक्रिया मेट्रो हास्पिटल एण्ड हार्ट इन्स्टीट्यूट, नोएडा, गौतमबुद्ध नगर से सम्बन्धित कार्यालय ज्ञाप संख्या-5350-औस-17/पाकालि

 Medical Letter  
16/2/09

- - - - - 2 -

- /2005, दिनांक 12.12.2005 में निहित प्राविधानों/ व्यवस्था के अनुसार होगी।
- 8- हार्ट की शल्य क्रिया/उपचार हेतु उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड द्वारा निर्धारित दरों की सूची (संलग्न) अग्रेतर कार्यवाही हेतु।
- संलग्नक - यथोपरि।

अध्यक्ष एवम् प्रबन्ध निदेशक

संख्या: 743 (1) औस/2009-तददिनांक

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवम् आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

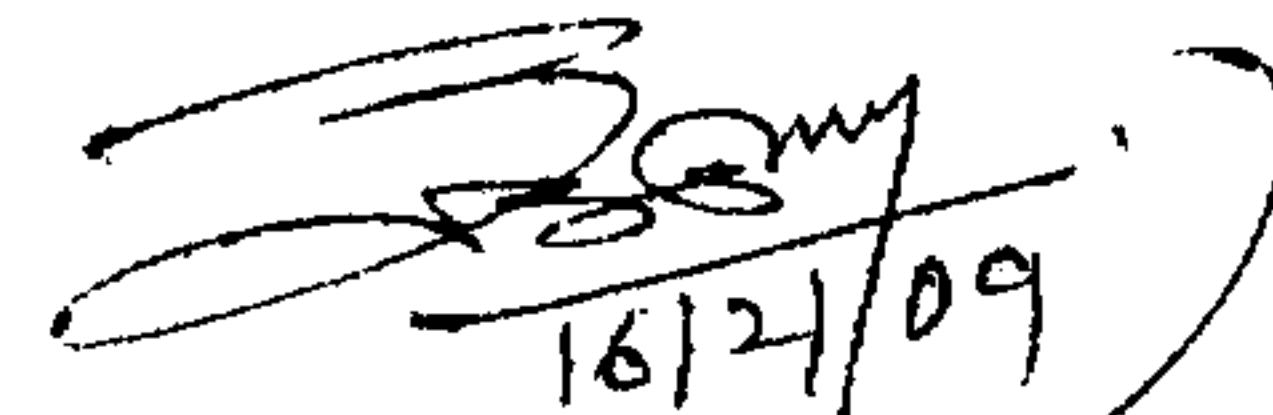
- 1- प्रमुख सचिव (ऊर्जा), उत्तर प्रदेश शासन, लखनऊ।
- 2- अध्यक्ष एवम् प्रबन्ध निदेशक महोदय, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड, शक्ति भवन, लखनऊ के प्रमुख निजी सचिव
- 3- अपर प्रबन्ध निदेशक, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड, शक्ति भवन, लखनऊ के निजी सचिव
- 4- प्रबन्ध निदेशक, विद्युत वितरण निगम लिमिटेड, पश्चिमांचल, मेरठ/दक्षिणांचल, आगरा/पूर्वांचल, वाराणसी/मध्यांचल, लखनऊ/केस्को, कानपुर।
- 5- पावर कारपोरेशन मुख्यालय के समस्त निदेशकगणों के निजी सचिव।
- 6- समस्त मुख्य महाप्रबन्धक/महाप्रबन्धक/उप महाप्रबन्धक/अधिशाली अभियन्ता, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड।
- 7- समस्त वरिष्ठ कार्मिक अधिकारी/ कार्मिक अधिकारी, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड।
- 8- समस्त अनुभाग अधिकारी/निजी सचिव-प्रशासनिक एवम् लेखा स्कन्ध, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लिमिटेड।
- 9- मुख्य चिकित्साधिकारी (उत्पादन) निगम लिमिटेड, शक्ति भवन, लखनऊ।
- 10- प्रबन्धक गण:-

1- यशोदा हारस्पिटल्स, III rd M, नेहरू नगर, गाजियाबाद 201001

2- सरस्वती हार्ट केयर एवम् रिसर्च सेण्टर (प्रा0) लिमिटेड, 5/1, लाउदर रोड, दरभंगा कालोनी, दरभंगा पोस्ट आफिस के पास, इलाहाबाद

को इस अभ्युक्ति के साथ प्रेषित कि रोगी का अधिकार पत्र (Authorisation Slip) तथा अनिवार्यता प्रमाण पत्र (Essentiality Certificate) प्रत्येक केस बिल के साथ भेजना आवश्यक होगा, इन प्रमाण पत्रों के प्रारूप सुलभ संदर्भ हेतु संलग्न हैं।

- 11- सचिव, विद्युत कर्मचारी पेंशनर्स परिषद, 103, कीर्ति अपार्टमेंट, स्टेशन रोड, लखनऊ।
- 12- कट फाइल।

  
16/12/09  
( अशोक कुमार )  
उप महाप्रबन्धक (औस)

## **AUTHORIZATION SLIP**

**(FOR UPPCL EMPLOYEES & DEPENDENTS)**

NAME & AGE PATIENT.....

NAME & ADDRESS OF EMPLOYEE  
ON WHOM DEPENDENT .....

RELATION WITH EMPLOYEE .....

Attested Photograph  
of patient.

PLACE OF POSTING .....

DESIGNATION .....

BASIC PAY .....

ATTACH

1- AGE CERTIFICATE

2- DECLARATION OF DEPENDENCY BY EMPLOYEE

Shri /Smt -----S/o D/o W/o -----  
is Authorized for credit facility for treatment (Heart Surgery/Ailment)  
at ----- (Name of Hospital).

Date of Issue .....

Signature of controlling  
officer with seal

(Ex.En/Dy, CAO/Ex, En (pension cell))

## FORM OF ESSENTIALITY CERTIFICATE

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

1. Name of the 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: .....

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

8. The above Patient was admitted for treatment for  
.....(disease) at .....(Hospital) .....  
(Name of place) on .....(date) on my advice/on the advice  
of Dr ..... and has been discharged from the Hospital on  
.....

9. The under mentioned medicines prescribed by me during the period of  
Hospitalisation and thereafter . (upto 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  
preparation which are of food/nutritive value and of toiletry ,  
disinfectant and prophylactic nature.

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

Total Cost Rs.  
.....

10. The comosation was provided to the patient in private/ general ward of  
this hospital as is ordinarily provided to the impatients of the employee's  
status, for which he had been charged at the rate Rs..... per day  
from..... to ..... (date). This does not include/includes  
diet charges of the patient @ Rs..... per day.
11. The X-ray/laboratory test 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.
12. The service of special nurse were seesntial for the recovery/prevention of  
service deterioration in the condition of the patient, for the period of Rs.  
..... was incurred .
13. The operation and/or other hospital charges totalling Rs ..... have been  
incurred on the treatment of the patient.
14. The service 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)