



उत्तर प्रदेश पावर कारपोरेशन लिमिटेड
(उ0प्र0 सरकार का उपक्रम)

U.P. Power Corporation Limited
(Govt of Uttar Pradesh Undertaking)

14-अशोक मार्ग, शक्ति भवन, लखनऊ।

CIN:U32201UP1999SGC024928

संख्या:-09-अरा-09(अ)/पाकालि/2018-14(24)-एनजीए/2017

दिनांक: 23 /02/2018

परिपत्र

उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि0 द्वारा अपने सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मचारियों/अधिकारियों एवं उन पर पूर्णतः आश्रित परिजनों तथा पारिवारिक पेंशनरों के चिकित्सा भर्ती के दौरान एवं वाह्य रोगी के रूप में कराये गये उपचार पर हुए चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु संलग्न प्रारूप-1 एवं प्रारूप-2 के अनुसार ही वांछित सूचनायें प्रेषित की जायें ताकि दावों का निस्तारण यथाशीघ्र किया जा सके।

प्रारूप-1

भर्ती होकर चिकित्सा करवाने की स्थिति में।

क्र0सं0	वांछित प्रपत्र	टिप्पणी
01	अनिवार्यता प्रमाण-पत्र पूर्ण रूप से तिथि सहित भरा गया है एवं सम्बन्धित चिकित्सालय के चिकित्साधिकारी की मोहर एवं हस्ताक्षर दिनांक सहित प्रेषित किया गया है ? (हाँ/नहीं)	
02	चिकित्सा हेतु भर्ती की अवधि डिस्चार्ज सर्टिफिकेट के अनुसार सही-सही भरी गयी है? (हाँ/नहीं)	
03	दावे के साथ डिस्चार्ज सर्टिफिकेट/डिस्चार्ज समरी की मूलप्रति चिकित्साधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित एवं चिकित्सालय की मुहर सहित संलग्न है? (हाँ/नहीं)	
04	अनिवार्यता प्रमाण-पत्र पर रोगी का फोटो सम्बन्धित चिकित्सक द्वारा सत्यापित है? (हाँ/नहीं)	
05	समस्त बीजक अस्पताल के चिकित्सक द्वारा प्रमाणित है तथा उस पर चिकित्सक एवं अस्पताल की मोहर लगी है? (हाँ/नहीं)	
06	औषधियों का विवरण एवं धनराशि चिकित्सक द्वारा प्रमाणित है? (हाँ/नहीं)	
07	समस्त बीजकों/रसीदों पर सम्बन्धित कार्मिक/पारिवारिक पेंशनर द्वारा "Paid by me" अंकित कर हस्ताक्षर किया गया है? (हाँ/नहीं)	
08	सम्बन्धित चिकित्सालय/चिकित्साधिकारी द्वारा प्रमाणित दावे की रसीदें मूलरूप में संलग्न है? (हाँ/नहीं)	
09	चिकित्सा संस्थान:-सरकारी/गैर सरकारी/मान्यता प्राप्त (उल्लेख करें) यदि गैर मान्यता प्राप्त है: (1) अस्पताल (2) नर्सिंग होम	
(क)	मान्यता प्राप्त की स्थिति में:- चिकित्सालय द्वारा विभिन्न मदों में चार्ज की गयी धनराशि कारपोरेशन द्वारा निर्धारित दरों/सी0जी0एच0एस0 दरों के अनुसार जाँच कर ली गयी है? (हाँ/नहीं)	

(ख)	गैर मान्य स्थिति में:- सम्बन्धित चिकित्सा संस्थान, चिकित्सा की अवधि में सी0एम0ओ0 द्वारा चिकित्सालय के रूप में पंजीकृत है ? (हाँ/नहीं) (पंजीकरण आदेश की प्रतिलिपि संलग्न होनी चाहिए)	
10	चिकित्सा दावा डिस्चार्ज होने की तिथि से छः माह के अन्दर प्रस्तुत किया गया है? (हाँ/नहीं)	
11	परिषद् संख्या-750/कार्मिक (IX) आर/एसडब्ल्यू-81, दिनांक 22.08.1981 के अनुसार दावे की जांच कर प्रतिपूर्ति योग्य धनराशि की संस्तुति निर्धारित प्रपत्र में सम्बन्धित अधिकारी द्वारा दिनांक सहित किया गया है? (हाँ/नहीं)	
12	आश्रित की स्थिति में आश्रित प्रमाण-पत्र निर्धारित प्रपत्र में सम्बन्धित अधिकारी द्वारा प्रमाणित कर संलग्न हैं? (हाँ/नहीं)	
13	कुल योग चेक कर लिया गया है? (हाँ/नहीं)	
14	सेवानिवृत्त कार्मिकों की पी0पी0ओ0 की प्रमाणित प्रति लगी है? (हाँ/नहीं)	
15	मृत्यु की तिथि में मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति मूलरूप में संलग्न है? (हाँ/नहीं)	
16	कार्मिक की मृत्यु हो जाने की स्थिति में हितग्राही का प्रार्थना पत्र संलग्न है ? (हाँ/नहीं)	

प्रारूप-2

बाह्य रोगी के रूप में चिकित्सा करवाने की स्थिति में।

क्र०सं०	वॉंछित प्रपत्र	टिप्पणी
01	अनिवार्यता प्रमाण-पत्र पूर्ण रूप से तिथि सहित भरा गया है एवं चिकित्साधिकारी की मोहर एवं हस्ताक्षर दिनांक सहित प्रेषित किया गया है ? (हाँ/नहीं)	
02	इलाज की तिथि सही भरी गयी है? (हाँ/नहीं)	
03	प्रार्थी द्वारा प्रतिपूर्ति स्वीकृति हेतु प्रार्थना पत्र दिनांक सहित संलग्न है? (हाँ/नहीं)	
04	अनिवार्यता प्रमाण-पत्र पर रोगी का फोटो सम्बन्धित चिकित्सक द्वारा सत्यापित है? (हाँ/नहीं)	
05	मूलरूप में संलग्न समस्त बीजक/रसीदे अस्पताल के चिकित्सक द्वारा प्रमाणित है तथा उस पर चिकित्सक एवं अस्पताल की मोहर लगी है? (हाँ/नहीं)	
06	औषधियों का सार विवरण एवं धनराशि चिकित्सक द्वारा प्रमाणित है? (हाँ/नहीं)	
07	समस्त बीजकों पर सम्बन्धित कार्मिक/पारिवारिक पेंशनर द्वारा "Paid by me" अंकित कर हस्ताक्षर किया गया है? (हाँ/नहीं)	
08	चिकित्सा संस्थान:-सरकारी/गैर सरकारी/मान्यता प्राप्त (उल्लेख करें) यदि गैर मान्यता प्राप्त है: (1) अस्पताल (2) नर्सिंग होम	
(क)	मान्यता प्राप्त की स्थिति में:- चिकित्सालय द्वारा विभिन्न मदों में चार्ज की गयी धनराशि कार्पोरेशन द्वारा निर्धारित दरों/सी0जी0एच0एस0 दरों के अनुसार जाँच कर ली गयी है? (हाँ/नहीं)	

(ख)	गैर मान्य स्थिति में:- सम्बन्धित चिकित्सा संस्थान, चिकित्सा की अवधि में सी0एम0ओ0 द्वारा चिकित्सालय के रूप में पंजीकृत है ? (हाँ/नहीं) (पंजीकरण आदेश की प्रतिलिपि संलग्न होनी चाहिए)	
09	चिकित्सा दावा डिस्चार्ज होने की तिथि से छः माह के अन्दर प्रस्तुत किया गया है? (हाँ/नहीं)	
10	परिषादेश संख्या-750/कार्मिक (IX) आर/एसइबी-81, दिनांक 22.08.1981 के अनुसार दावे की जांच कर प्रतिपूर्ति योग्य धनराशि की संस्तुति निर्धारित प्रपत्र में सम्बन्धित अधिकारी द्वारा दिनांक सहित किया गया है? (हाँ/नहीं)	
11	आश्रित की स्थिति में आश्रित प्रमाण-पत्र निर्धारित प्रपत्र में सम्बन्धित अधिकारी द्वारा प्रमाणित कर संलग्न हैं? (हाँ/नहीं)	
12	कुल योग चेक कर लिया गया है? (हाँ/नहीं)	
13	सेवानिवृत्त कार्मिकों का पी0पी0ओ0 की स्वप्रमाणित प्रति लगी हैं? (हाँ/नहीं)	

निदेशक (कार्मिक प्रबन्धन एवं प्रशासन)

संख्या- 09-(i)- अरा-(09)अ/पाकालि/2018, तददिनांक :- 23/02/18

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

1. प्रबन्ध निदेशक, विद्युत वितरण निगम लि0, मध्यांचल, लखनऊ/पूर्वांचल, वाराणसी/पश्चिमांचल, मेरठ/दक्षिणांचल, आगरा एवं केस्कॉ, कानपुर।
2. अधिशासी अभियन्ता, विद्युत यान्त्रिक इकाई (पेंशन सेल), शक्ति भवन, लखनऊ।
3. सचिव, विद्युत पेंशनर्स परिषद (उ0प्र0), 103 कीर्ति अपार्टमेंट स्टेशन रोड, लखनऊ।
4. अधिशासी अभियन्ता (वेब), कक्ष संख्या-407, शक्ति भवन को कार्पोरेशन की वेबसाइट पर अपलोड करने हेतु।
5. कट फाइल।


 (सै0मो0 जाकिर अली काज़मी)
संयुक्त सचिव (अरा0)