



उत्तर प्रदेश राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०

{उत्तर प्रदेश सरकार का उपक्रम}

शक्ति भवन/शक्ति भवन विस्तार

14, अशोक मार्ग, लखनऊ - 226 001

CIN : U31901UP1985SGC007135

निर्देश
10/06/24

संख्या : 900 / मा०सं०(04)/उ०नि०लि०/2024-45-मा०सं०(04)/2008

दिनांक : 10/06/2024

1. मुख्य अभियन्ता (स्तर I/II)/महाप्रबन्धक,
मा०सं०/चिकित्सा/पी०पी०एम०एम०/तापीय परिचालन/जानपद-नव परियोजनाएं/पर्यावरण एवं सुरक्षा/
ईंधन/नवीनीकरण एवं आधुनिकीकरण/वाणिज्य/न्यू कोल ब्लॉक/लेखा,
उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लिमिटेड,
शक्ति भवन/शक्ति भवन विस्तार (लखनऊ)।
2. मुख्य महाप्रबन्धक/महाप्रबन्धक,
अनपरा/ओबरा/पारीछा/हरदुआगंज/पनकी/जवाहरपुर तापीय परियोजना,
उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लिमिटेड,
अनपरा/ओबरा(सोनभद्र)/पारीछा(झाँसी)/कासिमपुर(अलीगढ़)/कानपुर/मलावन(एटा)।
3. उप-महाप्रबन्धक (मा०सं०-02/लेखा प्रशासन),
उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लिमिटेड,
शक्ति भवन/शक्ति भवन विस्तार (लखनऊ)।

विषय : चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति हेतु निर्धारित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र प्रारूप में आंशिक संशोधन किये जाने के सम्बन्ध में।
महोदय,

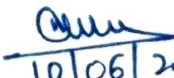
कृपया उपर्युक्त विषय के सन्दर्भ में अवगत कराना है कि निगमादेश संख्या 641/मा०सं०(04)/उ०नि०लि० 2009 दिनांक 24.04.2009 द्वारा निगमीय कार्मिकों/सेवानिवृत्त कार्मिकों व उनके आश्रितों की चिकित्सालय में भर्ती होकर/बाह्य रोगी के रूप में चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति हेतु अनिवार्यता-प्रमाण पत्र का प्रारूप निर्धारित किया/उपलब्ध कराया गया है। तत्पश्चात् निगमादेश संख्या 2041/मा०सं०(04)/उ०नि०लि०/2018 दिनांक 19.11.2018 के बिन्दु संख्या 06 पर चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति हेतु रोगी का चिकित्सक द्वारा प्रमाणित फोटोयुक्त अनिवार्यता प्रमाण-पत्र बीजक के साथ प्रस्तुत किये जाने हेतु निर्देशित किया गया है।

उक्त निगमादेशों में निहित प्राविधानानुसार उ०नि०लि० में अन्तः एवं बाह्य रोगी के रूप में कराई गई चिकित्सा पर व्यय धनराशि की प्रतिपूर्ति हेतु निर्धारित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र पर रोगी का नवीनतम फोटो सम्बन्धित चिकित्सक द्वारा प्रमाणित कराया जाना नितान्त आवश्यक है, अन्यथा की स्थिति में चिकित्सा प्रतिपूर्ति अनुमन्य नहीं की जायेगी।

उपर्युक्त के परिप्रेक्ष्य में संशोधित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र (अन्तः एवं बाह्य रोगी के रूप में कराई गई चिकित्सा हेतु) का प्रारूप संलग्न प्रेषित करते हुये, मुझे यह कहने का निदेश हुआ है कि अपने अधीनस्थ तैनात समस्त कार्मिकों को निर्देशित करने का कष्ट करें कि भविष्य में प्रस्तुत किये जाने वाले चिकित्सा दावों में, संलग्न अनिवार्यता प्रमाण-पत्र प्रारूप में समस्त प्रविष्टियां पूर्ण कर, रोगी का नवीनतम फोटो सम्बन्धित चिकित्सक से सत्यापित कराना सुनिश्चित करें अन्यथा की स्थिति में चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति दावों पर विचार नहीं किया जायेगा।

संलग्न:- यथोपरि।

भवदीय


10/06/2024
(आर० के० मिश्रा)

अधिशाली अभियन्ता (मा०सं०-04)

प्रतिलिपि:-

1. मुख्य परियोजना प्रबन्धक, प्रगति, उ०प्र०रा०वि०नि०लि०, चतुर्थ तल, नवीन भवन, टी०सी०/46वीं विभूति खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ, 226010 को उ०नि०लि० की वेबसाईट पर अपलोड किये जाने हेतु प्रेषित।

**FORM OF ESSENTIALITY FOR INDOOR TREATMENT
OF UPRVUNL EMPLOYEES & THEIR DEPENDENTS**

1. Name of Patient :.....Age.....
2. Name and Designation of employee :.....
- (i) Pay Scale and level in Pay matrix :.....
- (ii) SAP I.D./Vendor I.D. of employee:.....
- (iii) Mobile Number of employee:.....
3. Relationship with employee :.....
4. Place of Posting :.....
5. Name of Hospital :.....
6. Diagnosis :.....
7. Treating Doctor :.....
8. Date Of Admission :.....Date Of Discharge :.....
9. Expenses :.....
 - (i) Accommodation
General :.....
Private :.....
ICU :.....
 - (ii) Name of operation & Expenses :.....
 - (a) Minor :.....(b) Major :.....
 - (c) Super Specials :.....
 - (iii) Investigations :.....
(Name of tests &
(Attach list of expenses)
 - (iv) Anaesthesia :.....
(Type of anaesthesia and expenses)
 - (v) Medicines & consumables :.....
(Attach list with expenses)
 - (vi) Diet Charges (if any) :.....
 - (vii) Medical procedures :.....
(Name of procedure & expenses)
 - (viii) Any other charges :.....
(Including specialized consultaion)
 - (ix) Total expenses :.....

Latest Photograph
of Patient, duly
attested by Doctor
with Stamp.

Signature of employee.....

Date :

(Signature of Authorised Doctor/Hospital)
(SEAL)



(FOR OFFICE USE)

1. CHECKED BY :.....
.....
.....

(Dy. CMO/CMO)

II. PASSED FOR Rs.....
.....
.....

(EE/SE/GM/CGM)

III. APPROVAL OF.....
.....
.....

(DIRECTOR/ED)

IV. APPROVAL OF.....
.....
.....

(MD UPRVUNL)



**FORM OF ESSENTIALITY FOR OUTDOOR TREATMENT
OF UPRVUNL EMPLOYEES & THEIR DEPENDENTS**

1. Name of Patient :.....Age.....
2. Name of employee & Designation :.....
- (i) Pay Scale and level in Pay matrix :.....
- (ii) SAP I.D./Vendor I.D. of employee:.....
- (iii) Mobile Number of employee:.....
3. Relationship with employee :.....
4. Pay Scale of employee :.....
5. Place of Posting :.....
6. Name of Hospital :.....
7. Diagnosis :.....
8. Treating Doctor :.....
9. Date Of Treatment :.....

Latest Photograph
of Patient, duly
attested by Doctor
with Stamp.

Expenses :(ATTACH PRESCRIPTION SLIP & VOUCHERS)

1. Anti Rabies Treatment :.....
2. Fracture Treatment :.....
3. Diagnostic CT SCAN :.....
MRI SCAN :.....
4. Hearing Aids/ Denture Application :.....
5. Long Term Illness :.....
(Expenditure incurred monthly) :.....
(Attach certificate of State Medical Board and List of Medicines)
6. Any other expenses :.....
(Admissible by UPRVUNL)

Signature of employee.....

Date :.....

**(Signature of Authorised Doctor/Hospital)
(SEAL)**



(FOR OFFICE USE)

1. CHECKED BY :.....
.....
.....

(Dy. CMO/CMO)

II. PASSED FOR Rs.....
.....
.....

(EE/SE/GM/CGM)

III. APPROVAL OF.....
.....
.....

(DIRECTOR/ED)

IV. APPROVAL OF.....
.....
.....

(MD UPRVUNL)

