यू०पी० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लिमिटेड
(उत्तर प्रदेश सरकार का उपक्रम)
शक्ति भवन/शक्ति भवन विस्तार
14, अशोक मार्ग, लखनऊ-226001
CIN : U31901UP1985SGC007135

संख्या: 1594/मा0सं0(04)/उ0नि0लि0/2025-108-मा0सं0(04)/2005(टी०सी०॥IB) दिनांक: 28/11/2025

मुख्य महाप्रबन्धक/महाप्रबन्धक,
अनपरा/ओबरा/पारीछा/हरदुआगंज/
पनकी/जवाहरपुर तापीय परियोजना,
उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लिमिटेड,
सोनभद्र/झाँसी/कासिमपुर(अलीगढ़)/
कानपुर/मलावन(एटा)।

मुख्य अभियन्ता (स्तर I/II)/महाप्रबन्धक,
का० एवं प्र०(जल विद्युत)/आर0 एण्ड एम0/तापीय परिचालन/
परि०एवंअनु०(जलविद्युत)/एम०पी०एस०(जलविद्युत)/चिकित्सा
शक्ति भवन/ शक्ति भवन विस्तार (लखनऊ)।
उप-महाप्रबन्धक(मा0सं0-02/लेखा प्रशासन),
शक्ति भवन/ शक्ति भवन विस्तार, लखनऊ।

विषय: चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरणों के निस्तारण सम्बन्धी सामान्य दिशा-निर्देश।

महोदय,

निगमीय परियोजनाओं एवं मुख्यालय स्तर पर चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रकरणों के निस्तारण में आ रही कतिपय जटिलताओं के निस्तारण हेतु समस्त सेवारत/सेवानिवृत्त कार्मिकों/पेंशनरों/पारिवारिक पेंशनरों को निर्देशित किया जाता है कि चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति सम्बन्धी दावों के प्रस्तुतीकरण से पूर्व निम्नवत् दिशा-निर्देशों का पूर्णतः अनुपालन सुनिश्चित किया जायेः-

1. उ०प्र० पॉवर कॉरपोरेशन लिमिटेड द्वारा निर्गत आदेश संख्या *407-अ०प्र०-04/पाकालि/16 दिनांक 26.04.2016 (छायाप्रति संलग्न)* सपठित आदेश संख्या *1450-अ०प्र०-04/पाकालि/16 दिनांक 02.08.2016(छायाप्रति संलग्न)* का यथावत् पालन सुनिश्चित किया जाये।
2. कार्मिकों द्वारा उ०प्र० पॉवर कॉरपोरेशन लिमिटेड के आदेश संख्या *09-अरा-09(अ)/पाकालि/2018 दिनांक 23.02.2018(छायाप्रति संलग्न)* के साथ संलग्न प्रारूप के साथ ही चिकित्सा बीजक प्रस्तुत किये जाये।
3. निगमादेश संख्या 900/मा०सं०(04)/उ०नि०लि०/2024 दिनांक 10.06.2024 के साथ संलग्न अनिवार्यता प्रमाण-पत्र के बिन्दु संख्या 2(i) पर कार्मिक के पे-लेवल एवं अन्य समस्त वाँछित सूचनाओं का अंकन सुनिश्चित किया जाये।
4. कार्मिक/से०नि० कार्मिक द्वारा लम्बी अवधि हेतु चिकित्सा प्रतिपूर्ति बीजक प्रस्तुत करते समय, सम्बन्धित चिकित्सक (Treating Doctor) से इस आशय का प्रमाण पत्र प्राप्त कर अवश्य प्रस्तुत किया जाये कि कार्मिक की बीमारी का इलाज लम्बी अवधि अर्थात् एक वर्ष से अधिक समय हेतु चलना है।
5. चिकित्सक द्वारा निर्गत लम्बी अवधि की बीमारी की चिकित्सा सम्बन्धी प्रमाण-पत्र की वैधता एक वर्ष हागी तथा 01 वर्ष उपरान्त चिकित्सक से नवीन प्रमाण-पत्र प्राप्त कर प्रस्तुत करना अनिवार्य होगा।
6. चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति हेतु समस्त सेवारत/सेवानिवृत्त कार्मिकों/पेंशनरों/पारिवारिक पेंशनरों द्वारा प्रस्तुत किये जा रहे अन्तः रोगी के चिकित्सा दावों में चिकित्सालय द्वारा निर्गत Final Bill पर, एवं वाह्य रोगी के दावों में समस्त बीजकों पर स्पष्टतः *"मेरे द्वारा भुगतान किया गया (Paid by me)"* अंकित किया जाये।
7. चिकित्सक का अद्यतन परामर्श, परामर्श तिथि एवं चिकित्सा अवधि के स्पष्ट उल्लेख के साथ उपलब्ध कराया जाये। चिकित्सक द्वारा दिये गये परामर्श की अवधि समाप्त हो जाने के उपरान्त पुनः चिकित्सक का नवीन परामर्श उपलब्ध कराया जाये।
8. चिकित्सा हेतु क्रय की दवाईयों का बीजक, चिकित्सक के परामर्श की तिथि के उपरान्त का होना चाहिये तथा प्रतिपूर्ति दावा क्रय की गई दवाईयों के उपभोग के उपरान्त ही प्रस्तुत किया जाना चाहिये।

9. चिकित्सक द्वारा प्रदान किये गये परामर्श की तिथि एवं अवधि में किसी प्रकार का अधिलेखन नहीं होना चाहिये तथा विशिष्ट परिस्थितियों में यदि अधिलेखन किया गया हो तो सम्बन्धित चिकित्सक द्वारा सत्यापित किया जाये।

10. चिकित्सा दावे में चिकित्सा अवधि का उल्लेख माह से माह का न किया जाये वरन् नियत तिथि से तिथि का उल्लेख किया जाये।

उपरोक्त बिन्दु संख्या 01 से 10 तक वर्णित दिशा-निर्देशों का अनुपालन सुनिश्चित न किये जाने की दशा में चिकित्सा दावा अस्वीकृत कर दिया जायेगा तथा एक बार दावा अस्वीकृत हो जाने की स्थिति में उस पर पुनः विचार नहीं किया जायेगा।

संलग्नकः- यथोपरि।

भवदीय,

28/11/2025

(आर०के० मिश्र)

अधिशासी अभियन्ता (मा०सं०-04)

उत्तर प्रदेश पावर कारपोरेशन लिमिटेड

(उत्तर प्रदेश सरकार का उपक्रम)

U.P. POWER CORPORATION LIMITED

(Govt. of Uttar Pradesh Undertaking)

14–अशोक मार्ग, शक्ति भवन, लखनऊ।

CIN:U32201UP1999SGC024928

संख्या :407–अ0प्र0–04/पाकालि/16–1–अ0प्र0–04/2016 दिनांक: मार्च 26/04, 2016

प्रबन्ध निदेशक,
मध्यांचल/पूर्वान्चल/पश्चिमांचल/दक्षिणांचल
विद्युत वितरण निगम लि0,
लखनऊ/वाराणसी/मेरठ/आगरा,
कानपुर विद्युत आपूर्ति कम्पनी लि0,
कानपुर।

विषयः **पूर्व के दो वर्षों में स्वीकृत चिकित्सा प्रतिपूर्ति के इतिहास का उल्लेख, चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु प्रस्तुत की जाने वाली टिप्पणी में किये जाने के सम्बन्ध में।**

महोदय,

उपर्युक्त विषय के सम्बन्ध में अवगत कराना है कि अधिकारियों/कर्मचारियों की चिकित्सा प्रतिपूर्ति की स्वीकृति हेतु प्रस्तुत किये जाने वाले प्रकरण में, उनको पूर्व के दो वर्षों में स्वीकृत चिकित्सा प्रतिपूर्ति के इतिहास का उल्लेख किया जाना सुनिश्चित करेंगे।

श्री.....अभिज्ञान सं0.....ऑडिट सं0..... के
पूर्व के दो वर्षों में स्वीकृत चिकित्सा प्रतिपूर्ति का इतिहास

क्रम सं0	आदेश संख्या एवं दिनांक	चिकित्सा स्वयं की है अथवा आश्रित की (यदि आश्रित की है तो आश्रित का नाम एवं सम्बन्धित कार्मिक से सम्बन्ध)	चिकित्सालय का नाम	बाह्य रोगी अथवा अन्तः रोगी	स्वीकृत धनराशि
1	2	3	4	5	6

भवदीय,

(आर0एन0 यादव)
निदेशक (का0प्र0 एवं प्रशा0)

संख्याः 407(1)–अ0प्र0–04/पाकालि/16 तद् दिनांक

प्रतिलिपि निम्नलिखित का सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु कृपया प्रेषित :–

1. अध्यक्ष, विद्युत सेवा आयोग, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि0, एस0एल0डी0सी0, परिसर, लखनऊ।
2. अपर सचिव प्रथम/द्वितीय/तृतीय, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि0, शक्ति भवन, लखनऊ।
3. महा प्रबन्धक (औ0सं0), उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि0, शक्ति भवन विस्तार, लखनऊ।
4. निदेशक, विद्युत प्रशिक्षण संस्थान, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि0, सरोजनी नगर, लखनऊ।
5. समस्त मुख्य अभियन्ता, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि0।
6. समस्त अधीक्षण अभियन्ता/अधिशासी अभियन्ता, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि0।
7. अधिशासी अभियन्ता–वेब को वेबसाइट पर लोड करने हेतु।
8. कट फाइल

आज्ञा से,
(मोहम्मद नगीर) 26.4.16
उप सचिव

shash sir letter

उत्तर प्रदेश पावर कारपोरेशन लिमिटेड

(उत्तर प्रदेश सरकार का उपक्रम)

U.P.POWER CORPORATION LIMITED

(Gvt. of Uttar Pradesh Undertaking)

14–अशोक मार्ग, शक्ति भवन, लखनऊ।

CIN:U32201UP1999SGC024928

संख्याः 1450–अ0प्र0–04/पाकालि/2016–1–अ0प्र0–04/2016, दिनांकः 2 अगस्त, 2016

प्रबन्ध निदेशक,
पूर्वान्चल/मध्यांचल/पश्चिमांचल/दक्षिणांचल,
विद्युत वितरण निगम लि.,
वाराणसी/लखनऊ/मेरठ/आगरा,
कानपुर विद्युत आपूर्ति कम्पनी लि0,
कानपुर।

विषयः **पूर्व के दो वर्षों में स्वीकृत चिकित्सा प्रतिपूर्ति के इतिहास का उल्लेख, चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु प्रस्तुत की जाने वाली टिप्पणी में किये जाने के सम्बन्ध में।**

महोदय,

उपर्युक्त विषयक कारपोरेशन के पत्र संख्या–407–अ0प्र0–04/पाकालि/16–1–अ0प्र0–04/2016, दिनांक 26.04.2016 के सन्दर्भ में आपको अवगत कराना है कि पूर्व के दो वर्षों में कार्मिकों को स्वीकृत किये गये चिकित्सा प्रतिपूर्ति के इतिहास को अधीनस्थ कार्यालयों द्वारा कारपोरेशन मुख्यालय को प्रेषित किया जा रहा है। उक्त सूचना कारपोरेशन मुख्यालय को प्रेषित किये जाने के स्थान पर अधिकारियों/कर्मचारियों की चिकित्सा प्रतिपूर्ति की स्वीकृति हेतु प्रस्तुत किये जाने वाले प्रकरणों में उनको पूर्व के दो वर्षो में स्वीकृत चिकित्सा प्रतिपूर्ति के इतिहास का उल्लेख टिप्पणी एव आदेश में किये जाने हेतु निर्देशित किया गया था।

अतः इस सम्बन्ध में मुझे आपसे यह कहने का निदेश हुआ है कि अधिकारियों/कार्मिकों को चिकित्सा प्रतिपूर्ति स्वीकृत किये जाने वाले टिप्पणी एवं आदेश में उन्हें पूर्व के दो वर्षों में स्वीकृत चिकित्सा प्रतिपूर्ति का उल्लेख निम्नानुसार निर्धारित प्रारूप में करके सक्षम अधिकारी को प्रस्तुत किया जाये। कारपोरेशन मुख्यालय को प्रेषित करने की आवश्यकता नहीं है।

श्री ..... अभिज्ञान सं0 ..... ऑडिट सं0 ..... के

पूर्व के दो वर्षों में स्वीकृत चिकित्सा प्रतिपूर्ति के इतिहास

क्रम सं0	आदेश सं0 एवं दि0	चिकित्सा स्वयं की है अथवा आश्रित की (यदि आश्रित की है तो आश्रित का नाम एवं सम्बन्धित कार्मिक से सम्बन्ध)	चिकित्सालय का नाम	बाह्य रोगी अथवा अन्तः रोगी	स्वीकृत धनराशि
1	2	3	4	5	6

भवदीय,

(मोहम्मद सगीर)
उप सचिव

संख्याः 1450—अ0प्र0–04/पाकालि/2016, तद्दिनॉक।

प्रतिलिपिः– प्रतिलिप निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषितः–

1. अध्यक्ष, विद्युत सेवा आयोग, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि., एस.एल.डी.सी. परिसर, गोमतीनगर, लखनऊ।
2. अपर सचिव–प्रथम/द्वितीय/तृतीय, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि., शक्ति भवन, लखनऊ।
3. महाप्रबन्धक (औ0सं0), उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि., शक्ति भवन विस्तार, लखनऊ
4. निदेशक, विद्युत प्रशिक्षण संस्थान, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि., सरोजनीनगर, लखनऊ।
5. समस्त मुख्य अभियन्ता, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि0।
6. समस्त अधीक्षण अभियन्ता/अधिशासी अभियन्ता, उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि.0।
7. अधिशासी अभियन्ता (वेब), उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि., को वेबसाइट पर अपलोड करने हेतु।
8. कट फाइल।

(मोहम्मद सगीर)

ONLY FOR PCL

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

संख्याः–09–अरा–09(अ)/पाकालि/2018–14(24)–एनजीए/2017 दिनांकः . /01/2018

परिपत्र

उ0प्र0 पावर कार्पोरेशन 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 विस्तृत सूचनायें प्रेषित की जायें ताकि दावों का निस्तारण यथाशीघ्र किया जा सके।

प्रारूप–1

भर्ती होकर चिकित्सा करवाने की स्थिति में।

क0सं0	वाँछित 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 ? (हॉ/नहीं)	
02	चिकित्सा हेतु भर्ती की अवधि डिस्चार्ज सर्टिफिकेट के अनुसार सही–सही भरी गयी है? (हॉ/नहीं)	
03	दावे के साथ डिस्चार्ज सर्टिफिकेट/डिस्चार्ज समरी की मूलप्रति चिकित्साधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित एवं चिकित्सालय की मुहर सहित संलग्न है? (हॉ/नहीं)	
04	अनिवार्यता प्रमाण–पत्र पर रोगी का फोटो सम्बन्धित चिकित्सक द्वारा सत्यापित है? (हॉ/नहीं)	
05	समस्त बीजक अस्पताल के चिकित्सक द्वारा प्रमाणित है तथा उस पर चिकित्सक एवं अस्पताल की मोहर लगी है? (हॉ/नहीं)	
06	औषधियों का विवरण एवं धनराशि चिकित्सक द्वारा प्रमाणित है? (हॉ/नहीं)	
07	समस्त बीजकों/रसीदों पर सम्बन्धित कार्मिक/पारिवारिक पेंशनर द्वारा "Paid by me" अंकित कर हस्ताक्षर किया गया है? (हॉ/नहीं)	
08	सम्बन्धित चिकित्सालय/चिकित्साधिकारी द्वारा प्रमाणित दावे की रसीदें मूलरूप में संलग्न है? (हॉ/नहीं)	
09	चिकित्सा संस्थानः–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 जॉच कर ली गयी है? (हॉ/नहीं)	

SCAN AnyScanner

(ख)	गैर मान्य स्थिति में सम्बन्धित चिकित्सा संस्थान चिकित्सा की अनुमति सी०एम०ओ० द्वारा चिकित्सालय के रूप में पंजीकृत है ? (हाँ / नहीं) (पंजीकरण आदेश की छायाप्रति संलग्न होनी चाहिए)
10	चिकित्सा द्वारा डिस्चार्ज होने की तिथि से 15 माह के अन्दर प्रस्तुत किया गया है? (हाँ / नहीं)
11	परिषादेश संख्या-750 / कार्मिक (IX) आर / एसडब्ल्यू-81 दिनांक 22.08.1991 के अनुसार दावे की जाच 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 प्रारूप में सम्बन्धित अधिकारी द्वारा प्रमाणित कर संलग्न है? (हाँ / नहीं)
13	कुल योग चेक कर लिया गया है? (हाँ / नहीं)
14	सेवानिवृत्त कार्मिकों की पी०पी०ओ० की प्रमाणित प्रति लगी है? (हाँ / नहीं)
15	मृत्यु की तिथि मे मृत्यु प्रमाण पत्र की प्रमाणित प्रति मूलरूप मे संलग्न है? (हाँ / नही)
16	कार्मिक की मृत्यु हो जाने की स्थिति में हितग्राही का प्रार्थना पत्र संलग्न है ? (हाँ / नही)

बाह्य रोगी के रूप में चिकित्सा करवाने की स्थिति में।

टिप्पणी

क०सं०	वाँछित प्रपत्र
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 / रसीदें 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 [illegible] दरों के

	गैर मान्य स्थिति में:- सम्बन्धित चिकित्सा संस्थान, चिकित्सा की अवाप्ति सी0एम0ओ0 द्वारा चिकित्सालय के रूप में पंजीकृत है ? (हॉ / नहीं) (पंजीकरण आदेश की प्रतिलिपि संलग्न होनी चाहिए)
09	चिकित्सा दावा डिस्चार्ज होने की तिथि से छः माह के अन्दर प्रस्तुत किया गया है? (हॉ / नही)
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? (हॉ / नही)
11	आश्रित की स्थिति में आश्रित प्रमाण–पत्र निर्धारित प्रपत्र में सम्बन्धित अधिकारी द्वारा प्रमाणित कर संलग्न हैं? (हॉ / नहीं)
12	कुल योग चेक कर लिया गया हैं? (हॉ / नही)
13	सेवानिवृत्त कार्मिकों का पी0पी0ओ0 की स्वप्रमाणित प्रति लगी हैं? (हॉ / नही)

निदेशक (कार्मिक प्रबन्धन एवं प्रशासन)

संख्या– 09–(i)– अरा–(09)अ / पाकालि / 2018, तद्दिनांक :– 23/02/18

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :–

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

(सै0मो0 जाकिर अली काजमी)
संयुक्त सचिव (अरा0)