



उ० प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०  
(उ० प्र० सरकार का उपक्रम)  
शक्ति भवन / शक्ति भवन विस्तार  
14, अशोक मार्ग, लखनऊ-226001

संख्या: 641 / मार्गी (04) / उनिली / 2009-45-मार्गी (04) / 2008

दिनांक 24 अप्रैल, 2009

कार्यालय झाप

एतदद्वारा, उ0प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि0, द्वारा अपने सेवारत/सेवानिवृत्त अधिकारियों एवं कर्मचारियों तथा उन पर पूर्णतः आश्रित परिजनों एवं पारिवारिक पेशनरों की चिकित्सा हेतु चिकित्सा प्रतिपूर्ति नियमावली-2008 की तत्काल प्रभाव से स्वीकृति प्रदान की जाती है।

## निदेशक मण्डल की आज्ञा से

संख्या 641 (1) मार्गसंख्या (04) / उत्तराधिकारी नियोगीलिंग / 2009 तददिनांक  
प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित : —

- अध्यक्ष एवं प्रबन्ध निदेशक, उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि0, शक्ति भवन, लखनऊ के निजी सचिव।
  - निदेशक, (तकनीकी / वित्त / कार्मिक), उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि0, लखनऊ के निजी सचिव।
  - निदेशक (का0प्र0 एवं प्रशासा) उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि0, शक्ति भवन, लखनऊ।
  - मुख्य महाप्रबन्धक / महाप्रबन्धक, ओबरा / अनपरा / पारीछा / हरदुआगंज / पनकी ताप विद्युत गृह, / पी0पी0एम0एम0 / वित्त एवं लेखा / तापीय परिचालन / ईंधन / नवीनीकरण एवं आधुनिकीकरण, उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि0 ओबरा / अनपरा (सोनभद्र) / पारीछा (झाँसी) / कासिमपुर (अलीगढ़) / कानपुर / लखनऊ।
  - महाप्रबन्धक (मानव संसाधन / वित्त एवं लेखा), उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि0, शक्ति भवन, लखनऊ।
  - कम्पनी सचिव, उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि0, शक्ति भवन विस्तार, लखनऊ।
  - उप महाप्रबन्धक / अधीक्षण अभियन्ता (मा0सं0-01 / 02 / 03 / 04 / 05 / 06) / (औद्योगिक सम्बन्ध / रिफार्म), उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि0, लखनऊ।
  - उप महाप्रबन्धक (प्रशिक्षण), उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि0, शक्ति भवन विस्तार को उत्पादन निगम लि0 की वेबसाइट पर अपलोड करने हेतु।
  - उप महाप्रबन्धक (चिकित्सा), उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि0, शक्ति भवन, लखनऊ।
  - उप मुख्य लेखाधिकारी / उप मुख्य चिकित्साधिकारी, तापीय विद्युत परियोजना, उ0प्र0 राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि0, ओबरा, अनपरा (सोनभद्र) / पारीछा (झाँसी) / कासिमपुर (अलीगढ़) / पनकी (कानपुर)।
  - अधिकारी अभियन्ता (सत0एवं जाँच) राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि0, शक्ति भवन विस्तार, लखनऊ।
  - समस्त उपसचिव / अनुसचिव / अनु0अधि0, राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि0, शक्ति भवन, लखनऊ। —> 5

संलग्नक : यथोपरि ।

आज्ञा से

~~प्रेस~~ ३४१४१०९

(सतीश चन्द्र खरे)  
अनुसचिव (मा०सं०-०

**उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०**  
**चिकित्सा प्रतिपूर्ति नियमावली-2008**

- अ. यह नियमावली उ०प्र० उत्पादन निगम लि० चिकित्सा प्रतिपूर्ति की नियमावली –2008 कहलायेगी ।
- ब. (i) निगम का तात्पर्य उ०प्र० उत्पादन निगम लि० से है ।  
(ii) 'मरीज़' का तात्पर्य निगम के स्थायी कार्मिक या उनके आश्रित मरीजों से है ।  
(iii). "अधिकृत चिकित्सक" का तात्पर्य सरकारी चिकित्सालय/मेडिकल कालेज/एस०जी०पी०जी०आई० लखनऊ/निगम के चिकित्सक या मान्यता प्राप्त अस्पताल के चिकित्सकों से है ।  
(iv). "अधिकृत चिकित्सालय" का तात्पर्य उ०प्र० के राज्य में सरकारी अस्पतालों/सरकारी मेडिकल कालेजों/एस०जी०पी०जी०आई० लखनऊ एवं मान्यता प्राप्त निजी चिकित्सालयों से है ।  
(iv). "चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु सक्षम अधिकारी" का तात्पर्य उन अधिकारियों से है जो अधिष्ठान सम्बन्धी कार्य सम्पादित करते हैं
1. **चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु पात्रता** :- समस्त सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मचारियों एवं अधिकारियों तथा उन पर पूर्णतः आश्रित परिजनों को – राज्य सरकार के चिकित्सालयों, मेडिकल कालेजों/संस्थान तथा निगम द्वारा मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों में भर्ती रहकर कराये गये उपचार पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति की सुविधा समान रूप में अनुमन्य होगी । इन सेवारत अधिकारियों/कर्मचारियों को कार्यवाधि तथा अवकाश अवधि दोनों दशाओं में चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति की सुविधा अनुमन्य होगी, किन्तु उन कार्मिकों को, जो पार्ट टाइम, अवकाश नियुक्ति, दैनिक वेतन भोगी, संविदा पर अथवा शिशिक्षु (apprentice) के रूप में नियुक्त है, को चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति की सुविधा अनुमन्य नहीं होगी । ।
2. **प्रतिपूर्ति हेतु पात्र आश्रित** :- चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के प्रकरणों में परिवार के आश्रित में निगम के अलावा कहीं भी सेवारत/सेवानिवृत्त पति/पत्नी एवं विवाहित पुत्र/पुत्रियों को छोड़कर निम्नलिखित सदस्य सम्मिलित होंगे :-
- (अ) पत्नी/पति  
(ब) वैध संतान/सौतेली संतान जो अविवाहित हो ।  
(स) माता/पिता-जिनकी आय का कोई स्वतन्त्र स्रोत न हो ।
3. **चिकित्साव्यय प्रतिपूर्ति हेतु आश्रितों की अधिकतम आय सीमा** :-
- (क) पुत्र- 25 वर्ष अथवा जब से वह जीविकोपार्जन करने लगे अथवा विवाह हो जाने तक, में जो भी पहले हो ।  
(ख) पुत्री-25 वर्ष अथवा उसका विवाह हो जाने तक अथवा जब से वह जीविकोपार्जन करने लगे, में जो भी पहले हो ।  
(ग) मानसिक रूप से विक्षिप्त/विकलांग आश्रित पुत्र/पुत्री के मामले में चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति की सुविधा 35 वर्ष की आयु तक अनुमन्य होगी ।
4. **आश्रितों के सम्बन्ध में घोषणा**- उत्पादन निगम लि० का प्रत्येक अधिकारी/कर्मचारी विभाग में नियुक्ति की तिथि पर निर्धारित संलग्न प्रपत्र-(1) में अपने ऊपर पूर्णतः आश्रित परिवार के सदस्यों/परिजनों के संबंध में घोषणा-पत्र विभाग प्रस्तुत करेगा । माता एवं पिता को आश्रित मान कर उनके उपचार पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति का दावा प्रस्तुत करने पर प्रपत्र-(2) में भरकर देना होगा जिसमें यह स्पष्ट रूप से इंगित करना होगा कि माता पिता की कोई स्वतन्त्र आय, नौकरी, व्यवसाय, पेशन अथवा अन्य किसी विनियोग से नहीं है, एवं उन्होंने किसी स्रोत से निःशुल्क चिकित्सा/उपचार व्यय प्रतिपूर्ति का लाभ प्राप्त नहीं किया है ।

5. चिकित्सालय जिसमें प्रतिपूर्ति अनुमन्य होगी :- उत्तर प्रदेश राज्य के भीतर सरकारी अस्पतालों/मेडिकल कालेजों/संस्थानों - संजय गांधी स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान संस्थान, लखनऊ अथवा उत्पादन निगम लिंग द्वारा मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों/अस्पतालों में भर्ती रहते हुए उपचार कराये जाने पर हुए वास्तविक व्यय अथवा निगम द्वारा निर्धारित दरों पर प्रतिपूर्ति अनुमन्य होगी। साथ ही राज्य के सरकारी आयुर्वेदिक, होम्योपैथिक तथा यूनानी अस्पतालों में भर्ती रहकर उपचार कराने पर भी प्रतिपूर्ति अनुमन्य होगी। प्रदेश के बाहर स्थित मान्यता प्राप्त एवं गैर मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों में भर्ती हो कर इलाज कराने पर बिंदु -14 के अंतर्गत प्रतिपूर्ति देय होगी।
6. चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु अमान्य व्यय :-
- (6.1) पौष्टिक आहार, विटामिन, टानिक, शौच सामग्री, कीटनाशक, रोग प्रतिरोधक औषधियों एवं भोजन पर हुए व्यय की धनराशि चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति हेतु सम्मिलित नहीं की जायेगी।
  - (6.2) भोजन के मद में प्रदेश के अन्दर स्थित जो चिकित्सालय भोजन देते हैं उनसे ₹० ५० / = प्रति दिन की कटौती की जायेगी। प्रदेश के बाहर, भोजन के मद में ₹० २०० / = प्रति दिन या रुम रेन्ट का 20 प्रतिशत जो भी कम हो काटा जायेगा।
  - (6.3) प्राइवेट अस्पतालों में भर्ती के दौरान निम्न चार्ज भी देय नहीं है : नर्सिंग चार्ज, जनरेटर या विद्युत चार्ज, इनसिनिरेटर चार्ज, एडमीशन, रजिस्ट्रेशन चार्ज, ओ०टी० में गैसेज़ चार्ज आदि। (इस श्रेणी में वह चिकित्सालय नहीं आयेंगे जिनकी प्रतिपूर्ति वास्तविक दरों पर होनी है)।
  - (6.4) निम्न उपकरणों पर प्रतिपूर्ति देय नहीं है :- कचेज, बेल्ट्स, शूज़, स्टाइंग्स, कालर्स, व्हील चेयर, ट्रैक्शन किट, थर्मामीटर आदि।
  - (6.5) दॉतों के सम्बंध में :- काउन, ब्रिज वर्क, कैविटी भरना, दॉतों की सफाई, स्केलिंग, आर्थोडॉटिक एवं प्रस्थोडॉटिक वर्क आदि (6.6)
  - (6.6) ऑखों के सम्बन्ध में :- किसी भी प्रकार के चश्में, कंटेक्ट लेंस आदि।
7. प्राइवेट वार्ड की अनुमन्यता :- प्राइवेट वार्ड (नान ए०सी०) में भर्ती रहकर चिकित्सा कराने हेतु केवल वही कार्मिक पात्र होंगे जिनका 1.1.1996 से पुनरीक्षित किये गये वेतनमानों में न्यूनतम मूलवेतन ₹० ५३५० एवं तदोपरि है। मूलवेतन ₹० ८५५० / - एवं तदोपरि को प्राइवेट रुम (ए०सी ) की सुविधा अनुमन्य होगी।
8. भर्ती के दौरान कराये गये परीक्षणों की अनुमन्यता :- सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मचारियों/अधिकारियों एवं उनके परिवार के आश्रित परिजनों द्वारा राज्य के भीतर सरकारी अस्पतालों, मेडिकल कालेजों, संजय गांधी स्नातकोत्तर आयुर्विज्ञान संस्थान, लखनऊ, अथवा मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों में भर्ती होकर उपचार कराने के मध्य पैथालोजिकल टेस्ट एक्सरे, कार्डियोग्राम अथवा अन्य परीक्षणों जिनमें ₹० १०० स्कैन, एम०आर०आई० एवं एन्जियोग्राफी भी सम्मिलित हैं, पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति अधिकृत चिकित्सक के सन्दर्भीत करने एवं उसे सत्यापित किये जाने पर ही अनुमन्य होगी। सीटी एवं एम आई निगम की दरों पर मान्य होंगे। सरकारी अस्पतालों/मेडिकल कालेज/एस० जी० पी० जी० आई लखनऊ, मे करायें गये परीक्षणों पर हुए वास्तविक व्यय की प्रतिपूर्ति अनुमन्य होगी।

**9. अस्पताल में बिना भर्ती के अनुमन्यता :-**

- (क) फैक्चर का इलाज – दवाओं, एक्सरे एवं प्लास्टर पर व्यय फैक्चर होने की तारीख से 15 दिन तक ।
- (ख) एंटी रेबीज इंजेक्शन – कुत्ते या बंदर के काटने पर ।
- (ग) प्रोसीडर जैसे – लिथोट्रिप्सी, फिजियोथेरेपी, डायलसिस (डायलसिस में प्रयुक्त होनेवाली सामग्री भी देय है) ।
- (घ) जॉच जैसे – सी0टी0स्कैन एवं एम0आर0आई स्कैन ।
- (य) हियरिंग एड एवं डेन्चर
- (र) कैंसर के इलाज में कीमोथेरेपी एवं रेडियोथेरेपी एवं उनमें प्रयुक्त होने वाली औषधियाँ ।  
(बिंदु 9 (क से र) तक राज्य चिकित्सा परिषद की संस्तुति जरुरी नहीं )
- (ल) लम्बी अबाधि की बिमारी-राज्य चिकित्सा परिषद की संस्तुति के उपरान्त एक वर्ष तक वैध है । जॉच / परीक्षण पर कोई प्रतिपूर्ति देय नहीं होगी । यह संस्तुति इलाज प्रारम्भ होने के 90 दिनों के अंदर ली जानी चाहिए ।
- (व) परियोजनाओं पर जॉच / परीक्षण की व्यवस्था जो लागू है वह पूर्व की भाँति बनी रहेगी ।

**10. दंतावली एवं श्रवण यन्त्र की सुविधा :-**

- (क) **दंतावली हेतु अनुमन्यता** – दंतावली का भुगतान सेवारत / सेवानिवृत कर्मचारियों / अधिकारियों एवं उन पर पूर्णता आश्रित सदस्यों को निम्नलिखित दर्शायी दरों पर केवल एक बार अनुमन्य होगी ।
  - (1) पूर्णदंतावली रु 2000/- ( दो हजार )
  - (2) आधी दंतावली रु 1000/- ( एक हजार )
  - (3) चौथाई दंतावली रु 500/- ( पाँच सौ )
- (ख) **श्रवण यन्त्र की सुविधा** – सेवारत / सेवानिवृत अधिकारियों / कर्मचारियों अथवा उन पर आश्रित परिजनों के अधिकृत चिकित्सक द्वारा संस्तुति किये जाने पर श्रवण यन्त्र की सुविधा का उपयोग केवल एक बार किया जा सकता है । श्रवण यन्त्र के लगवाने पर हुए वास्तविक व्यय अथवा रु 2000/- दोनों में से जो भी कम हो की प्रतिपूर्ति अनुमन्य होगी ।

**11. इंद्राआक्युलर लेंस हेतु अनुमन्यता :-** सेवारत / सेवानिवृत कार्मिक तथा उनके आश्रित परिजनों के सम्बन्ध में लेन्स पर हुए वास्तविक व्यय अथवा रु 2000/- दोनों में जो भी कम होगा, की प्रतिपूर्ति अनुमन्य होगी ।

**12. सीटी0 स्कैन एवं एम0आर0आई हेतु सक्षम अधिकारी :-** वाहय् रोगी के रूप में सीटी0 स्कैन कराने के लिए मान्यता प्राप्त अस्पतालों, सरकारी अस्पतालों, एस0 जी0 पी0 जी0 आई0, निगम के चिकित्साधिकारी अधिकृत चिकित्सक होंगे । वाहय् रोगी के रूप में एम0आर0आई0 परीक्षण कराने के लिए सरकारी मेडिकल कालेज, एस0 जी0 पी0 जी0 आई0 के प्रोफेसर स्तर के विशेषज्ञ, जिले के / निगम के मुख्य / उप मुख्य चिकित्साधिकारी ( प्रभारी ) अधिकृत चिकित्सक होंगे । उपरोक्त दोनों जॉचों की प्रतिपूर्ति सक्षम अधिकारी जो अधिष्ठान देखते हैं, के स्तर से की जायेगी । गैर मान्यता प्राप्त जॉच केन्द्रों से सी0टी0स्कैन या एम0आर0आई0 कराने पर प्रतिपूर्ति निगम द्वारा प्रदत्त दरों पर होगी ।

**13. चिकित्सा अग्रिम :-** प्रदेश के अंदर मान्यता प्राप्त अस्पतालों में इलाज कराने पर अनुमानित व्यय का 70 प्रतिशत अग्रिम अनुमन्य होगा । प्रदेश के बाहर मान्यता प्राप्त अस्पतालों में अनुमानित व्यय के 75 प्रतिशत का 70 प्रतिशत अग्रिम ही अनुमन्य होगा । चिकित्सा अग्रिम केवल सेवारत कार्मिकों एवं उनपर पूर्णतया आश्रित परिजनों को ही अनुमन्य होगा । चिकित्सा अग्रिम केवल निम्न बिमारियों / इलाज में अनुमन्य होगा :-

- (i) SURGICAL OR NON INVASIVE PROCEDURES ON THE HEART VIZ : BY PASS SURGERY, OPEN HEART SURGERY, ANGIOPLASTY,PTCA, STENTING, BALLONING,CARDIAC PACING, PACEMAKER IMPLANT, ABLATION.
- (ii) BRAIN-SPACEOCCUPYING ;LESIONS,TRAUMA,HEMORRHAGE,SHUNT, LESIONS REQUIRING SURGERY ON SPINAL CORD.
- (iii) KIDNEY - RENAL TRANSPLANT ; CHRONIC RENAL FAILURE (ESRD)
- (iv) CANCER- CHEMOTHERAPY ,RADIOTHERAPY,SURGERY
- (V) KNEE JOINT REPLACEMENT
- (vi) HEPATITIS - B,C., LIVER TRANSPLANTATION.
- (vii) AIDS
- (viii) SERIOUS CONDITION OF PATIENT REQUIRING VENTILATOR
- (IX) ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME (ARDS).
  - ( चिकित्सा अग्रिम स्वीकृत करने के लिए प्रस्तर – 16 में उल्लिखित बिंदु 5,6 एवं 7 पर नामित अधिकारी ही सक्षम होंगे )

चिकित्सालय जहाँ उपर्युक्त बीमारियों का उपचार/इलाज कराया जाना है, से उपचार पर आने वाले अनुमानित व्यय के विवरण सहित कार्मिक द्वारा चिकित्सा अग्रिम हेतु सक्षम अधिकारी को आवेदन करने पर उपरोक्तानुसार अग्रिम का भुगतान सीधे सम्बन्धित चिकित्सालय को किया जायेगा । चिकित्सा अग्रिम की स्वीकृत धनराशि सम्बन्धित कार्मिक के विरुद्ध विविध प्रकार्ण के रूप में डाली जायेगी , जिसके समायोजन हेतु सम्बन्धित कार्मिक/आश्रित रोगी के चिकित्सालय से डिस्चार्ज होने के चार माह के भीतर सम्बन्धित कार्मिक द्वारा चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा प्रस्तुत किया जाना अनिवार्य होगा, अन्यथा की स्थिति में उक्त धनराशि की वसूली सम्बन्धित कार्मिक से प्रारम्भ कर दी जायेगी । चिकित्सा अग्रिम के आवेदन के साथ कार्मिक द्वारा प्रपत्र – 4 में सहमति पत्र भरकर देना अनिवार्य होगा ।

14. राज्य के बाहर उपचार कराने पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में निम्न नियम है :-
  - (अ) यदि राज्य सरकार के किसी मेडिकल कालेज / एस० जी० पी० जी० आई० , लखनऊ अथवा जिले के मुख्य चिकित्साधिकारी द्वारा यह प्रमाणित कर दिया जाता है कि उक्त रोग का उपचार सम्बन्धी सुविधा राज्य में उपलब्ध नहीं है तो राज्य के बाहर मान्यता प्राप्त अस्पताल में इलाज कराने पर 100 प्रतिशत प्रतिपूर्ति देय होगी, ऐसी स्थिति में मरीज और एक अटेन्डर्नट का यात्रा भत्ता भी अनुमन्य होगा ( प्रपत्र-3 ) ।
  - (ब) स्वेच्छा से निगम द्वारा प्रस्तर-13 में उल्लिखित विशेष बिमारियों अथवा अन्य बिमारियों का इलाज मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों से कराने पर रोगी को समूल चिकित्सा प्रतिपूर्ति का 75 प्रतिशत ( पचहत्तर प्रतिशत ) ही अनुमन्य होगा । इस दशा में कोई भी यात्रा भत्ता अनुमन्य नहीं होगा ।
  - (स) स्वेच्छा से प्रदेश के बाहर गैर मान्यता प्राप्त अस्पतालों में भर्ती रहकर इलाज कराने पर सकल चिकित्सा व्यय का 70 प्रतिशत प्रतिपूर्ति ही देय होगा । यात्रा भत्ता अनुमन्य नहीं होगा ।
15. आक्सीमिकता में इलाज कराने पर चिकित्सा प्रतिपूर्ति के सम्बंध में :- यह आदेश उन प्रकरणों से सम्बन्धित है जिसमें मरीज को जीवन रक्षा के लिए निकटस्थ अस्पताल या ऐसे मेडिकल सेंटर में भर्ती कराया गया हो जहाँ अत्याधुनिक सुविधाएं हो और जो ख्याति प्राप्त हो चाहे वह प्रदेश के अंदर हो या बाहर । आदेश निम्न प्रकरणों में लागू होगा :-
  - (क) हार्ट अटैक
  - (ख) ब्रेन हेमरेज
  - (ग) गम्भीर दुर्घटना जिसमें हेड इंजरी या रीढ़ की हड्डी का फ्रैक्चर हुआ हो ।
  - (घ) ऐसी दुर्घटना जिसमें इलाज किसी अंग को काटने या बचाने के लिए किया गया हो ।

(य) ऐसे गंभीर प्रकरण जो तकनीकी जाँच के उपरान्त यह स्थापित करते हैं कि चिकित्सा जान बचाने के लिए आक्समिकता में कराई गई । (परियोजना के उप मुख्य चिकित्साधिकारी (प्रभारी) की संस्तुती पर ) ।

उपरोक्त श्रेणी में ऐसे कोई प्रकरण नहीं आते हैं जिनका इलाज PLANNED तरीके से कराया गया या COLD SURGERY कराई गई । ऐसी स्थिति में अगर इलाज प्रदेश के अन्दर/बाहर गैर मान्यता प्राप्त अस्पताल में कराया गया है तो अधिकतम 75 प्रतिशत प्रतिपूर्ति अनुमन्य होगी । कोई यात्रा भत्ता देय नहीं होगा । ऐसे दावों का परीक्षण मुख्यालय स्तर पर होगा और प्रतिपूर्ति के अधिकार केवल प्रबंध निदेशक में निहित होंगे ।

**16. चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु वित्तीय अधिकारों का प्रतिनिधायन :-**

(1)	अधिष्ठासी अभियन्ता एवं उप सचिव/उप मुख्य चिकित्सा अधिकारी / समकक्ष वेतनमान के ऐसे अधिकारी जो अधिष्ठान सम्बंधी कार्य सम्पादित करते हैं ।	-	₹ 0 5,,000/-.
(2)	उप महाप्रबन्धक/अधीक्षण अभियन्ता	-	₹ 0 10,000/-
(3)	(महाप्रबन्धक / (मुख्य अभियन्ता- ।।)	-	₹ 0 50,000/=
(4)	(मुख्य महाप्रबन्धक ( मुख्य अभियन्ता- । )	-	₹ 0 50,000/=
(5)	महाप्रबन्धक (मा०सं०)	-	₹ 0 1,50,000/=
(6)	निदेशक (कार्मिक)	-	₹ 0 5,00,000./=
(7)	प्रबन्ध निदेश (निदेशक वित्त की सहमति से)	-	₹ 0 5.0 लाख से ऊपर ।

( उपरोक्त वित्तीय अधिकारों का प्रयोग करने हेतु केवल वे ही अधिकारी सक्षम होंगे जिन्हे अधिष्ठान कार्य आवंटित होंगे । उसका स्वयं का होने पर चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति की स्वीकृती एक स्तर के उच्च अधिकारी द्वारा की जायेगी ) ।

**17. प्रतिनियुक्ति पर कार्यरत सी०आई०एस०एफ० एवं अपट्रान के कार्मिकों को अनुमन्य चिकित्सा सुविधा :-**

उत्पादन निगम लि० में प्रतिनियुक्ति पर कार्यरत C.I.S.F. एवं अपट्रान आदि के कार्मिकों और उन पर पूर्णरूप से आश्रित परिजनों को निगम के कार्मिकों की भौति सभी चिकित्सा सुविधा उपलब्ध होगी । C.I.S.F एवं अपट्रान के कार्मिकों को अग्रिम की सुविधा नहीं मिलेगी ।

**18. सेवानिवृत्त कार्मिक जो प्रदेश के बाहर निवास करते हैं :-**

पूर्ववर्ती परिषद/उत्पादन निगम लि० की सेवाओं से सेवानिवृत्त ऐसे कार्मिक, जो सेवानिवृत्ति के उपरान्तउत्तर प्रदेश राज्य के बाहर अन्य किसी राज्य में निवास करने लगे हैं, द्वारा यदि स्वयं का अथवा अपने आश्रित परिजन का सरकारी अस्पताल /सरकारी मेडिकल कालेज या उस राज्य सरकार का मान्यता प्राप्त मेडिकल कालेज में भर्ती रहकर उपचार कराया जाता है तो उक्त उपचार पर हुए वास्तविक व्यय की प्रतिपूर्ति अनुमन्य होगी । सम्बन्धित चिकित्सालय उस राज्य की सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त है, जिस राज्य में सेवानिवृत्त कार्मिक निवास कर रहा है, की पुष्टि कराना दावेदार कार्मिक का दायित्व होगा ।

19. प्रसूति दावों की प्रतिपूर्ति :- कार्मिक की पत्नी अथवा सेवारत महिला कार्मिक द्वारा दो बच्चों की प्रसूति होने/कराने पर होने वाले व्यय की प्रतिपूर्ति अनुमन्य होगी ।

स्पष्टीकरण :- दो बार प्रसूति का तात्पर्य दो जीवित बच्चों की प्रसूति तक सीमित है यदि सेवक की पत्नी अथवा महिला सेवक का दो जीवित बच्चों के बाद गर्भपात्र/मिसकैरिज होता है उसको प्रतिपूर्ति अनुमन्य नहीं होगी ।

20. निगम का कार्य करते हुए दुर्धटना ग्रस्त होने की स्थिति में चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति हेतु विशेष प्रविधान :-  
निगम का कार्य करते हुए यदि कोई कार्मिक दुर्धटना ग्रस्त हो जाता है और दुर्धटना के तुरन्त बाद उस कार्मिक को सरकारी अस्पताल अथवा निगम द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पताल में प्रथमतः भर्ती कराया जाता है तो उसके उपचार ( Includes ACCOMODATION, PROCEDURES, OPERATIONS, INVESTIGATION, MEDICINES, CONSUMABLES, PROSTHETIC EQUIPMENTS, ARTIFICIAL LIMBS, etc. ) पर आने वाले व्यय की शत-प्रतिशत प्रतिपूर्ति अनुमन्य होगी । ऐसे प्रकरणों में जहाँ दुर्धटनाग्रस्त कार्मिक को सरकारी अस्पताल / निगम द्वारा मान्यता प्राप्त चिकित्सालय के चिकित्सक की विशेष संस्तुति पर अन्यत्र किसी भी चिकित्सालय में संदर्भित किया जाता है/भर्ती किया जाता है तो उस रोगी को उक्त चिकित्सालय में ले जाने हेतु व्यय सहित अस्पताल में होने वाले व्यय की शत प्रतिशत प्रतिपूर्ति अनुमन्य होगी ।

उपर्युक्त प्रतिपूर्ति सम्बन्धित चिकित्सालयों के अधिकृत चिकित्सक द्वारा सत्यापित होने की दशा में ही अनुमन्य की जायेगी । कार्मिक की कार्य करते हुए दुर्धटना होने की दशा में सम्बन्धित अधिशासी अभियन्ता उस चिकित्सालय को जहाँ दुर्धटनाग्रस्त कार्मिक का इलाज चल रहा हो, को यह सूचित करेगा कि उक्त चिकित्सालय में कार्मिक के उपचार पर होने वाले व्यय को निगम वहन करेगा । यदि चिकित्सालय ऐसे उपचार हेतु अग्रिम की मांग करता है तो सम्बन्धित अधिशासी अभियन्ता उसका भुगतान परियोजना स्तर से करवायेंगे तथा उसके भुगतान का कार्यात्मक अनुमोदन सक्षम अधिकारी से प्राप्त करेंगे । दुर्धटना ग्रस्त कार्मिक जब तक पूर्ण रूप से स्वस्थ होकर कार्य पर वापस नहीं आ जाता है, तब तक की अवधि हेतु विशेष अवकाश स्थीकृत किया जायेगा ।

21. इलाज में अतिरिक्त प्रयुक्त सामग्री ( CONSUMABLES ) की अनुमन्यता :-

- (अ) मानव शरीर में लगाये जाने वाले उपकरण जैसे पेस मेकर, बाल्व, ड्रग कोटेड या एलुटिंग स्टैन्ट, बैलून, एन्टी प्लेटिलिट थेरेपी, इन्ट्राआकुलर लेंस, मैटिलिक नैल्स, ज्वाइंट्स आर्टिफिशियल लिम्ब्स आदि की प्रतिपूर्ति यथा अनुमन्य वास्तविक दरों या निगम द्वारा प्रदत्त दरों पर देय है ।
- (ब) डिस्पोजेबल आइटम्स जैसे डिस्पोजेबल सीरिंज, कैथेटर्स यूरो बैग, राइल्स ट्यूब, वैनाफ्लेम, ड्रिप सेट, एसीडी बोतल आदि पर प्रतिपूर्ति देय है ।
- (स) डिस्पोजेबल गाउन, मास्क, कैप/शीट, थर्मामीटर, ब्लड प्रेशर की मशीन, स्टेथेस्कोप, ग्लूकोमीटर, बेड पैन, यूरीन पाट या और कोई सर्जिकल इंस्ट्रुमेंट पर प्रतिपूर्ति देय नहीं है ।

22. पैकेज डील :- विभाग ने केवल हृदय रोग या ऑख से सम्बन्धित इलाज में ही पैकेज डील अनुमन्य की है ।

- (अ) हृदय की शल्य क्रिया में आपरेशन से पहले की जॉच एवं आपरेशन के दौरान होने वाले सभी खर्च पैकेज डील के अंतर्गत आते हैं । आपरेशन के बाद दवाएं ( 15 दिन तक ) देय हैं ।  
उपरोक्त के अपवाद स्वरूप एजियोग्राफी जॉच एवं अतिरिक्त प्रयुक्त सामग्री ( कंज्यूमेबल - 21-अ ) पैकेज डील के अंतर्गत नहीं आते हैं और निगम द्वारा प्रदत्त अथवा वास्तविक दरों पर देय हैं ।

(ब) **ऑख के इलाज** :- पैकेज डील में केवल लेन्स का मूल्य छोड़कर बाकी सभी मद पैकेज डील में सम्मिलित है। लेन्स का मूल्य निगम द्वारा प्रदत्त दरों पर देय है।

**23. मिसलेनियस खर्चों का स्पष्टीकरण :-**

(अ) अस्पताल के बिलों में ऐसे खर्च जैसे :

एडमीशन फी, रजिस्ट्रेशन फी, जनरेटर, चार्ज बिजली का चार्ज, रिश्टेदारों के लिए किराये का चार्ज, एम्बुलेंस आदि देय नहीं है।

(ब) गुर्दा प्रत्यारोपण के मरीजों में डोनर पर हुए दवाओं, जॉच, आपरेशन आदि पर व्यय देय है। ( केवल भर्ती होने की स्थिति में )।

**24. चिकित्सकीय यात्रा की प्रतिपूर्ति :-**

1. मरीज के मान्यता प्राप्त अस्पताल में संदर्भित होने पर भर्ती होने की स्थिति में आने – जाने का निकटतम बस या रेल का किराया देय होगा। ऐसी परिस्थितियों में मरीज के साथ एक अटेंडेन्ट का भी उसी श्रेणी का किराया देय होगा जिसके लिए कार्मिक अर्ह है।

2. बाह्य रोगी के रूप में जॉच ( सीटी0स्कैन / एम0आर0आई0 ) कराने या चिकित्सकीय परामर्श लेने के लिए भी किराया देय होगा परन्तु निम्न परिस्थितियों में :-

(i) केवल जॉच कराने के लिए संदर्भित किये जाने पर उप मुख्य चिकित्सा अधिकारी ( प्रभारी ) को यह प्रमाण पत्र देना होगा कि उक्त जॉच की सुविधा परियोजना अस्पताल में उपलब्ध नहीं है।

(ii) चिकित्सकीय परामर्श के लिए बाह्य रोगी के रूप में केवल राजकीय मेडिकल कालेज / जिला अस्पताल / एसजीपीजीआइ लखनऊ में संदर्भित किये जाने पर ही यात्रा की प्रतिपूर्ति की सुविधा अनुमत्य होगी वह भी प्रदेश के अन्दर।

(iii) प्रतिपूर्ति के लिए मरीज को उक्त संस्थान में परामर्श लेने की पर्ची की छायाप्रति संलग्न करनी होगी तभी यात्रा प्रतिपूर्ति देय है। ( यह यात्रा भत्ता दूसरे जिले में स्थित राजकीय अस्पतालों के लिए ही देय होगा, जिस जिले में परियोजना स्थित है उसमें यह देय नहीं होगा )।

**25. सेवानिवृत्त कार्मिकों एवं उन पर आश्रित परिजनों को सभी सुविधाएं समान रूप से मिलेंगी परन्तु निम्न देय नहीं है :-**

1. चिकित्सा अग्रिम

2. परियोजना चिकित्सालयों से दवा, जॉच आदि की सुविधा। ऐसे कार्मिक जो सेवानिवृत्ति के बाद निगम की परियोजनाओं या उनके आस-पास निवास कर रहे हैं उनको केवल निःशुल्क परामर्श की सुविधा परियोजना अस्पतालों से मिलेगी। भर्ती होने की दशा में सभी दवाएं, जॉच आदि का व्यय मरीज खुद वहन करेंगे जिसके लिये प्रचलित नियमों के अन्तर्गत प्रतिपूर्ति देय होगी।

26. एक परियोजना से दूसरी परियोजना पर स्वेच्छा से इलाज कराने पर :- अगर कार्मिक किसी एक परियोजना पर कार्यरत हो और वह किसी दूसरी परियोजना पर जाकर इलाज कराना चाहता है तो वह स्वेच्छा से संदर्भित हो कर जा सकता है। ऐसे प्रकरणों में कोई भी यात्रा भत्ता देय नहीं होगा। अगर इलाज अस्पताल में भर्ती हो कर कराया गया है तो कार्मिक दवा एवं जॉच आदि का व्यय खुद वहन करेंगे और बाद में अपने तैनाती स्थान से प्रतिपूर्ति करायेंगे। उपरोक्त बिन्दु 25 एवं 26 पर भर्ती की प्रतिपूर्ति निगम के विद्यमान नियमों के अन्तर्गत ही होगी।

26.1 परियोजनाओं पर कार्यरत कार्मिक/आश्रित परिजन किसी मान्यता प्राप्त अस्पताल में इलाज कराने जाते हैं तो परियोजना के मुख्य/उप मुख्य चिकित्साधिकारी ( प्रभारी ) का संदर्भ अनिवार्य होगा । अपवाद स्वरूप ऐसे प्रकरण छोड़कर जहाँ कार्मिक छुटटी पर या दौरे पर गए थे और बीमार पड़ गए और इलाज आक्समिकता में कराना पड़ा, के लिए लिखित प्रमाण प्रतिपूर्ति दावे के साथ कार्मिक को देना पड़ेगा ।

#### **26.2 क्रेडिट सुविधा पर इलाज :-**

यह सुविधा केवल हृदय की शल्य किया और उपचार के लिए प्रदेश के अन्दर स्थित निम्न चिकित्सालयों में दी जाती है :

1. हेरिटेज हास्पीटल, वाराणसी ।
2. डिवाइन हास्पीटल एण्ड हार्ट सेन्टर, लखनऊ ।
3. मेट्रो हास्पीटल एण्ड हार्ट इंस्टीट्यूट, नोयडा ।
4. नरेन्द्र मोहन हास्पीटल एण्ड हार्ट सेटर, गाजियाबाद ।
5. रीजेन्सी हास्पीटल, कानपुर ।

#### **शर्तें निम्न होगी :-**

1. उपरोक्त चिकित्सालयों को, स्वेच्छा से हृदय रोग का उपचार एवं शल्य किया क्रेडिट सुविधा पर अनुमन्य किये जाने हेतु अधिकृत किया जाता है ।
2. कोई भी कर्मचारी या उस पर आश्रित परिजन हृदय रोग से सम्बन्धित उपचार उक्त अस्पतालों से कराना चाहता है तो उसे अधिकार पत्र ( Authorisation Slip ) (प्रपत्र-5) नियन्त्रक/सक्षम अधिकारी से प्राप्त कर चिकित्सालय को देना होगा ।
3. इलाज पूर्ण होने पर अस्पताल प्रबन्धन अनिवार्यता प्रमाण पत्र पर कार्मिक से हस्ताक्षर करायेंगे तथा यह प्रमाण निगम मुख्यालय को सीधे अस्पताल द्वारा मरीज के बीजक सहित प्रत्येक माह के अन्तिम सप्ताह में भेजना अनिवार्य होगा ।
4. मुख्यालय पर तकनीकी जाँच के उपरान्त प्रत्येक माह में निगम मुख्यालय के लेखा विभाग / मा०सं०-०४ 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 एवं डिस-इन्फेक्टैण्ट्स, प्रोफैवेटिक प्रकृति की वस्तुएं एवं डाइट चार्ज आदि बिल में न लगाये जाएँ । आवश्यकता पड़ने पर उक्त सामग्री मरीज से खरीद कर मंगवाई जा सकती है ।
6. अस्पताल द्वारा अवमुक्त होने पर रोगी को 15 दिनों की दवाएं (आवश्यकता होने पर) देना होगा जिनका समावेश अन्तिम बीजक में पृथक रूप से दर्शाना अनिवार्य होगा ।
7. हृदय की शल्य किया/उपचार उक्त अस्पतालों द्वारा ००प्र० उत्पादन निगम लि० द्वारा निर्धारित दरों पर की जायेगी । (संलग्नक-B) ।

27. चिकित्सा प्रतिपूर्ति के नियम :- निम्न बिंदुओं से प्रभावी होंगे :
- (1) इसेनशियलिटी फार्म में उल्लिखित समस्त बिन्दुओं के समुख अपेक्षित सूचनाओं को पूर्ण रूप से निगमादेश के प्रचलित प्राविधानों के अनुसार पूर्ण किया जाय ।
  - (2) दावे के साथ संलग्न बीजकों के अनुसार चेकिंग सर्टिफिकेट पर अनुमन्य दावा धनराशि अंकित किया जाय ।
  - (3) दावे के साथ संलग्न प्रमाणकों/प्रपत्रों /बीजकों पर सम्बन्धित परियोजना/इकाई द्वारा अधिकृत चिकित्सक के हस्ताक्षर एवं नाम सहित मोहर अंकित करा कर परियोजना/इकाई प्रमुख द्वारा ही निगम को दावा धनराशि अग्रसारित किया जाय ।
  - (4) सम्बन्धित चिकित्सालय के अधिकृत चिकित्सक के हस्ताक्षर एवं मोहर सभी प्रमाणकों /प्रपत्रों/बीजकों पर अंकित होना चाहिये ।
  - (5) सम्बन्धित परियोजना के अधिकृत चिकित्सक का सन्दर्भ मान्यता प्राप्त चिकित्सालयोंमें चिकित्सा कराने पर आवश्यक रूप से संलग्न किया जाय ।
  - (6) आश्रित परिजन प्रमाण-पत्र निगमादेश के अनुसार (जन्मातिथी के प्रमाण-पत्र सहित) संलग्न किया जाय ।
  - (7) आकस्मिकता में गैर मान्यता प्राप्त चिकित्सालय में चिकित्सा कराने पर गैर मान्यता प्राप्त चिकित्सालय के नाम का उल्लेख कवरिंग-लेटर में स्पष्ट रूप से किया जाय ।
  - (8) डिस्चार्ज स्लिप पर भर्ती की तिथि एवं अवमुक्त होने की तिथि का उल्लेख होना आवश्यक है । चिकित्सालय से अवमुक्त होने के दिनांक से 15 (पन्द्रह) दिवसों के भीतर उपभोग की गई दवाओं का मूल्य प्रतिपूर्ति हेतु अग्रसारित किया जाये ।
  - (9) दावे में उल्लिखित मान्यता प्राप्त चिकित्सालय का नाम निगमादेश में उल्लिखित चिकित्सालय के अनुरूप ही होना चाहिए ।
- .28. स्वैच्छिक परिवार कल्याण कार्यक्रम :- राज्य शासन की अनुरूपता में विद्यमान आदेशों के अंतर्गत ही मिलेगा ।
29. निगम द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पतालों की सूची ( संलग्नक -A ) ।
  30. निगम द्वारा मान्यता प्राप्त अस्पतालों की प्रदत्त दरों की सूची ( संलग्नक - B ) ।
  31. सभी प्रपत्रों का प्रारूप ( संलग्नक -C ) ।
  32. निगम के कार्मिकों की चिकित्सकीय सुविधा के लिए पावर कारपोरेशन लिंग में मान्य सभी अस्पताल निगम की दरों, शर्तों एवं प्रतिबन्धों के अंतर्गत मान्य किये जाते हैं । ऐसे अस्पतालों की सूची संलग्न - D पर अवस्थित है ।

संलग्न-**A**

उत्पादन निगम लि0 द्वारा मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों की सूची

क्रमांक	चिकित्सालय का नाम एवं जनपद
1	2
<b>अ – सामान्य चिकित्सा के लिये ( निगम द्वारा प्रदत्त दरों पर )</b>	
1.	प्रीति हास्पिटल , इलाहाबाद
2.	हेरिटेज हास्पिटल, बाराणसी
3.	वरदान हास्पिटल, बाराणसी
4.	ब्रिज मेडिकल सेंटर, कानपुर
5.	राजा राम हास्पिटल, कानपुर
6.	चॉदनी हास्पिटल, कानपुर
7.	अभिषेक हास्पिटल, कानपुर
8.	आक्षी आई केयर सेंटर, कानपुर( केवल आँख के इलाज के लिये)
9.	शीला जैन हास्पिटल एण्ड रिसर्च सेंटर, झौसी
10.	हैप्पी फैमिली हास्पिटल, झौसी
11.	लाइफ लाइन मेडिकन एण्ड हार्ट केयर हास्पिटल, झौसी
12.	केओको हास्पिटल, लखनऊ
13.	शेखर हास्पिटल, लखनऊ
14.	अवध हास्पिटल, लखनऊ
15.	अजन्ता हास्पिटल एण्ड आई0सी0एफ0 रिसर्च सेंटर, लखनऊ
16.	चिरंजीव हास्पिटल एण्ड हार्ट सेंटर, लखनऊ (केवल मेडिसिन सम्बन्धी रोगों के लिये)।
17.	प्रकाश नेत्र केन्द्र लखनऊ ( केवल आँख के इलाज के लिये )
18.	मेयो हास्पिटल, लखनऊ
19.	सिटी हास्पिटल एण्ड ट्रामा सेंटर, लखनऊ ( केवल हड्डी के इलाज के लिये )
20.	लखनऊ कैंसर इंस्टीट्यूट, लखनऊ ( केवल कैंसर के इलाज के लिये )
21.	आशा हास्पिटल, प्राठलि0, अलीगढ़
22.	कुमार नर्सिंग होम, अलीगढ़
23.	मेट्रो हास्पिटल एण्ड हार्ट सेंटर, नोयडा

1	2
24.	नोयडा मेडिकेयर सेंटर, नोयडा
25.	पुष्पांजली हास्पीटल, आगरा
26.	नरेन्द्र मोहन हास्पीटल एण्ड हार्ट सेंटर, गाजियाबाद
27.	लाइफ लाइन हास्पीटल, वाराणसी
28.	स्काट ई०एन०टी० हास्पीटल एण्ड (एकल वीष्टता) लेजर सेंटर, बी-८ सेक्टर सी, मन्दिर मार्ग, महानगर, लखनऊ
29.	ओपल हास्पीटल, एन-१० / ६०-२ डी०एल०उब्ल०- केवल (1) नेफ्रो एवं यूरोलाजी नेरोड, वाराणसी (2) जनरल सर्जरी, लेप सर्जरी (3) पीडियाट्रिक एवं प्लास्टिक सर्जरी (4) गाइनी हेतु ।
30.	दीफेक्चर विलनिक एण्ड ट्रामा सेन्टर, - केवल हड्डी रोगों के लिए । महमूरगंज, वाराणसी
31.	संतुष्टि हास्पीटल प्रा०लि०, वाराणसी
32.	रीजेन्सी हास्पीटल, कानपुर - केवल न्यारो, गैस्ट्रो, एंडोक्रइ नोलजी, गंभीर दुर्घटना वेन्टीलेटर की सुविधा आवश्यक । (वास्तविक दर पर 15 प्रतिशत छूट लेते हुए)
33.	श्री जी हास्पीटल एवं रिस्च सेटर - केवल गुर्दा रोगों के लिए । ज्ञांसी
<b>2. सामान्य चिकित्सा के लिए ( वास्तविक दरों पर )</b>	
1.	मरियमपुर अस्पताल, कानपुर
2.	विवेकानन्द पॉलीक्लिनिक, लखनऊ
3.	फातिमा अस्पताल, लखनऊ
4.	सेन्ट जोसेफ अस्पताल, लखनऊ
5.	सीतापुर नेत्र चिकित्सालय की समस्त शाखायें
6.	डा० मोहन लाल गाँधी नेत्र चिकित्सालय अलीगढ़
7.	नूर मंजिल साइकियेट्रिक सेंटर लखनऊ
8.	नेहरु शताब्दी चिकित्सालय नार्दन कोल्डफील्ड लि० जयंत जिला सिद्धी (माप्र) सोनभद्र
9.	संजीवनी हास्पीटल, शक्ति नगर, सोनभद्र
<b>स - विशिष्ट चिकित्सा के लिए :-</b>	
1.	संजय गाँधी पोस्ट ग्रेजुएट इंस्टीट्यूट आफ मेडिकल साइंसेज, लखनऊ (वास्तविक दरों पर)
2.	मेट्रो हास्पीटल एण्ड हार्ट सेन्टर, नोयडा (निगम द्वारा प्रदत्त दरों पर )

1	2
3.	नोयडा मेडिकल सेन्टर, नोयडा (निगम द्वारा प्रदत्त दरों पर )
4.	नरेन्द्र मोहन हास्पीटल एण्ड हार्ट इंस्टीट्यूट, गाजियाबाद (निगम द्वारा प्रदत्त दरों पर )
5.	हेरिटेज हास्पीटल, वाराणसी ।
6.	रीजेंसी हास्पीटल, कानपुर ।
<b>द – केवल सी0टी0 स्कैन / एम0आर0आई0 जॉच के लिए</b>	
1.	आभा डाइग्नोस्टिक सेंटर, लखनऊ
2.	एम0बी0टी0 डाइग्नोस्टिक सेंटर, लखनऊ
3.	वर्धमान मेडिकल सेन्टर झौंसी
4.	मै0 सूरज मेडिकल एण्ड डाइग्नोस्टिक प्रा0 लि0, कानपुर
5.	आरिहन्त डाइग्नोस्टिक सेंटर, वाराणसी
6.	कीर्ति स्कैन सेन्टर, इलाहाबाद
7.	न्यू काशी मेडिकल सेन्टर, वाराणसी
8.	राज स्कैनिंग सेन्टर, लखनऊ
9.	हेरिटेज हास्पीटल, वाराणसी
10.	डा अनीताज डाइग्नोस्टिक रिएल्म, सिगरा रोड कास,, वाराणसी
<b>(1.) अन्य जॉचों के लिए ( केवल पनकी के लिए )</b>	
1.	डा0 लाल पैथोलौजी लैब प्राइवेट लि0, कानपुर
2.	मै0 सूरज मेडिकल एण्ड डाइग्नोस्टिक प्रा0 लि0, कानपुर
<b>(2). प्रदेश के बाहर विशिष्ट बीमारियों के लिए</b>	
1.	एस्कार्ट हार्ट इंस्टीट्यूट एण्ड रिसर्च सेंटर, नई दिल्ली
2.	इन्ड्र प्रस्थ अपोलो हास्पीटल, नई दिल्ली
3.	देहली हार्ट एण्ड लंग्स इंस्टीट्यूट, नई दिल्ली
4.	राजीव गांधी कैंसर इंस्टीट्यूट, नई दिल्ली
5.	आल इण्डिया इंस्टीट्यूट आफ मेडिकल साइंसेज, नईदिल्ली
6.	टाटा मेमोरियल हास्पीटल, मुम्बई
7.	शंकर नेत्रालय, चेन्नाई

## संलग्नक-**B**

उत्पादन निगम लि० द्वारा मान्यता प्राप्त चिकित्सालयों की दरें

### **A. GENERAL**

#### 1- ACCOMODATION

General Bed	Rs. 100/- day
Private Room (Non -A.C.)	Rs. 250/- day
Private Room (A.C.)	Rs. 600/- day
I.C.U.	Rs. 500/- day

#### 2- OPERATION CHARGES

Minor	Rs.1,000/-
Major	Rs. 4,000/-
Super Speciality	Rs. 5,500/-
Joint Replacement (Only for knee joint]excluding cost of implant )	Rs. 10,000/-
Lithotripsy	Rs.8,000/-

#### 3- Anaesthesia

15% of Operation charges

#### 4- Specialised Consultation

viz/Cardio,  
Nephro,Gastro,Endo etc.

Rs. 150/- per visit  
(Max.2 visits/day)

#### 5- Medicines, Consumables/

Investigations  
(Exept.C.T.Scan & MRI

- As per actual

#### 6- Physiotherapy

Rs. 60/- day

#### 7- Ventilator Charges

Rs. 1500/- day

(medicines & consumables)

As per actual

NOTE :- NURSINGCHARGES,O.T.CHARGES,

ASSISTANT CHARGES, EQUIPMENTCHARGES,

INJECTION & DRIP CHARGES,GASES IN O.T.

GENERATOR OR ELECTRICITY CHARGES,

CONSULTATION FOR SURGENS IN SURGICAL  
CASE,ADMISSION FEE. REGISTRATION FEE SHALL  
NOT BE CHARGED.

## **B- SPECIALISED EYE SURGERY**

1- Catarat Surgery (IOL)	Rs. 4,250/-
2- PHACO EMULSIFICATION	Rs. 8,000/-
3- Glaucoma Surgery	Rs. 3,000/-
4- Squint Surgery	Rs. 2,750/-
5- DCR/DCT	Rs. 2,500/-
6- Laser Surgery	Rs. 4,500/- (per sitting)
7- Retinal Detachment & V.R.Surgery	Rs. 15,000/-

(This includes Accomodation,Procedure,  
Local Anaesthesia,Sutures & other  
O.T.Consumables)

## **C- CARDIAC PROCEDURES**

1- CORONARY ANGIOGRAPHY	Rs. 11,000/-
2- OPEN HEART SURGERY / BY PASS SURGERY	Rs. 1,10,000/-
3- ANGIOPLASTY	Rs. 70,000/-
4- STENTING (Including cost of one stent, more than one stent shall be charged extra as per actual )	Rs.1,10,000/-
5- VALVULOPLASTY	Rs.35,000/-
6- E.P.STUDY	Rs.20,000/-
7- R.F.ABLATION	Rs.45,000/-

**NOTE :- PACKAGE DEAL This includes Accomodation  
Operation, Anaesthesia, Medicines in O.T. and  
WARD, Post & Pre operative investigation (EXCEPT  
ANGIOGRAPHY).**

**DISCOUNT :- 4% of Total Bill**

8- PACING Permanent (Excluding cost of - Pace Maker )	Rs. 25,000/-
9- SWANGANZ	Rs. 4,000/-
10- MEMBRANE OXYGENATOR	Rs. 5,000/-
11- NON IONIC DYE	Rs. 2,500/-
12- PACE MAKER STENT (ORDINARY OR MEDICATED ) - AS PER ACTUAL. CYPHER STENT) VALVE BALLOON, anti Platelet Therapy.	

## **D- RATES OF C.T. SCAN**

1- C.T.HEAD (PLAIN)	Rs. 700/-
2- C.T.THORAX	Rs.1,500/-
3- C.T.LUNG (HRCT)	Rs. 2,500/-
4- C.T.CERVICAL SPINE	Rs. 1,500/-
5- C.T. DORSAL SPINE	Rs. 1,500/-
6- C.T. LUMBER SPINE	Rs. 1,500/-
7- C.T. COCCYX SPINE	Rs. 1,500/-
8- C.T. ABDOMEN UPPER	Rs. 1,500/-
9- C.T. ANDOMEN LOWER	Rs. 1,500/-
10-C.T.ABDOMEN WHOLE	Rs. 3,000/-
11- C.T.LIMB	Rs. 1,100/-
12- C.T.P.N.S.	Rs. 1,100/-
13- C.T.GUIDED BIOPSY	Rs.2,000/-
14- CONTRAST SCANNING	Rs. 300/-per amp.

## **E- RATES OF M.R.I. SCAN**

1- M.R.I. HEAD/CUJ	Rs. 3,000/-
2- M.R.I. THORAX.SPINE	Rs. 3,000/-
3- M.R.I. NECK/SPINE	Rs. 3,000/-
4- M.R.I. ABDOMEN/L.L.&D.L.SPINE	Rs. 3,000/-
5- M.R.I. PELVIS	Rs. 3,000/-
6- M.R.I. MUSULO-SKELETAL	Rs. 3,000/-
7- M.R.I. ANGIO	Rs. 3,000/-
8- M.R.I. (EXTRA REGION)	Rs. 2,000/-
9- CONTRAST INJ. (10 ML)	Rs. 2,000/-
10- CONTRAST INJ. (20 ML)	Rs. 4,000/-

## **F- RATES FOR CANCER THERAPY**

### **1- OPERATION CHARGES**

Sl. No.	Group depending upon type & Severity (indicate T.N.M.)	Operation Charges	Anaesthes ia Charges
i.	I	Rs.6,500/-	Rs. 975/-
ii.	II	Rs.10,000/-	Rs.1,000/-
iii.	III	Rs.15,000/-	Rs.2,200/-
iv.	IV	Rs.18,000/-	Rs.2,200/-

**2- RADIATION CHARGES**

- |                            |             |
|----------------------------|-------------|
| i- RADIATION THERAPY & TPS | Rs.18,000/- |
| ii- PALLIATIVE THERAPY     | Rs.11,000/- |
| iii- ADDITIVE THERAPY      | Rs.16,000/- |
| iv- TPS (SEPARATELY)       | Rs.3,000/-  |

**3- CHEMOTHERAPY CHARGES (PER DAY)**

- |                   |          |
|-------------------|----------|
| i- SINGLE DRUG    | Rs.550/- |
| ii- MULTIPLE DRUG | Rs.750/- |
| iii- INFUSTION    | Rs.850/- |

**NOTE :-** REST OF THE RATES MAY BE CHARGED AS  
GIVEN UNDER THE HEADING " GENERAL" AT 'A'  
ABOVE.

संलग्नक

प्रपत्र “क”

उत्तर प्रदेश राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०

चिकित्सा व्यय को प्रतिपूर्ति हेतु आश्रितों की घोषणा का निर्धारित प्रपत्र

इकाई/संगठन का नाम

कर्मचारी/अधिकारी का नाम

(अधिकारी अपना अभिज्ञान सं0 सम्प्रेक्षा सं0 भी इंगित करें)

पद नाम.....

कार्यालय/इकाई का नाम.....

परिवार के सदस्यों का ब्यौरा

क्रम सं0	नाम	जन्म तिथि (प्रमाण पत्र सहित)	शैक्षिक योग्यता	वैवाहिक स्थिति	कर्मचारी सेसम्बन्ध	क्या पूर्णतया आश्रित है या नहीं, यदि नहीं नौकरी/व्यवसाय का विवरण दिया जाय ।
-------------	-----	------------------------------------	--------------------	-------------------	-----------------------	--

1.

2.

3.

मैं प्रमाणित करता हूँ :-

मेरे माता/पिता जिनका नाम ऊपर दिया गया है वे मुझ पर आश्रित हैं ।

मेरे पुत्र/पुत्रों/अविवाहित पुत्री (पुत्रियों) जिनके नाम ऊपर दिये गये हैं वे पूर्णतः  
मुझ पर आश्रित हैं । उपर्युक्त आश्रित/आश्रितों की कोई स्वतन्त्र आय (नौकरी,  
व्यवसाय, खेती, पेन्शन, सम्पत्ति, पेटेन्ट्स, ब्याज, फिक्स्ड डिपाजिट व अन्य विनियोग) आदि से  
नहीं है तथा उन्हें किसी प्रकार की निःशुल्क चिकित्सा व चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति अनुमन्य  
नहीं है ।

कर्मचारी/अधिकारी के हस्ताक्षर

## प्रपत्र-2

### घोषणा-पत्र

मैं प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/.....आयु.....वर्ष  
मेरी/मेरे पिता/माता है/थे और वह मुझ पर आश्रित हैं/थे, अर्थात् उनका आय का कोई  
स्वतन्त्र स्त्रोत नहीं है/था और न ही जीवन निर्वाह का कोई स्वतन्त्र साधन है/था ।

मैं यह भी प्रमाणित करता हूँ कि उपर्युक्त नामित व्यक्ति को किसी भी स्त्रोत से  
निःशुल्क चिकित्सा सुविधा अथवा चिकित्सा पर हुये व्यय की प्रतिपूर्ति नहीं है/थी ।

स्थान : .....

(निगमीय सेवक के हस्ताक्षर)

दिनांक : .....

नाम : .....

तैनाती का स्थान : .....

पदनाम : .....

**CERTIFICATE**

I .....( Name and Designation of MEDICAL AUTHORITY )  
I have examined Sri/Smt/Km.....(name of patient)  
wife/husband/son/daughter/father/mother of.....(name of  
employee) and am of the opinion that he/she is suffering  
from.....(name of disease in capital letters).

I also certify that facility for treatment of the above ailment is  
not available within the State of Uttar Pradesh. I, therefore, refer  
him/her for treatment at.....name of  
Hospital/Institute.....(name of City and State) where  
treatment facilities exist.

Date.....

Signature of Medical Authority

Name :

Designation:

Seal:

संलग्नक  
सहमति-पत्र

मैं श्री/ श्रीमती/ कु0.....(निगमीय सेवक का नाम).....  
 (पदनाम)लिखित घोषणा करता/ करती हूँ कि मेरे द्वारा माँगी गई चिकित्सा अग्रिम धनराशि  
 को, सम्बन्धित निगमादेश के प्राविधानानुसार..... (चिकित्सालय का  
 नाम), जहाँ मैं/मुझ पर पूर्णतः आश्रित परिजन उपचारार्थ भर्ती हूँ/है अथवा भर्ती  
 होऊँ/होऊँगी/होगा,सीधे उपर्युक्त चिकित्सालय को भुगतान किये जाने पर मुझे कोई  
 आपत्ति नहीं है । मैं यह भी घोषणा करता हूँ/करती हूँ कि ऐसी दशा में मैं समस्त स्वीकृत  
 चिकित्सा अग्रिम की धनराशि को समायोजित किये जाने/लौटाये जाने(जैसी भी स्थिति  
 होगी)के लिए स्वयं उत्तरदायी हूँगा/हूँगी । मैं यह भी घोषणा करता/करती हूँ कि यदि  
 चिकित्सालय से अवमुक्त (डिस्चार्ज) होने पर दो माह के अन्दर मैं उक्त चिकित्सा पर हुए  
 खर्च का विवरण जैसा कि निगमीय आदेश संख्या-3063-डब्लू-सी0/  
 रा०ग्री०प०(आौस्-उन्नीस)90-11(11)एफ/86 दिनांक 03 जनवरी, 1091 में निहित है, नहीं  
 प्रस्तुत करता/करती हूँ तो निगम मेरे द्वारा देय धनराशि की कटौती मेरे वेतन एवं मेरे अन्य  
 अवशेषों से वसूल कर सकती है ।

प्रतिहस्ताक्षरित  
 आहरण एवं वितरण अधिकारी का  
 हस्ताक्षर दिनांक एवं रबड़ मोहर सहित

निगमीय सेवक का हस्ताक्षर,दिनांक सहित

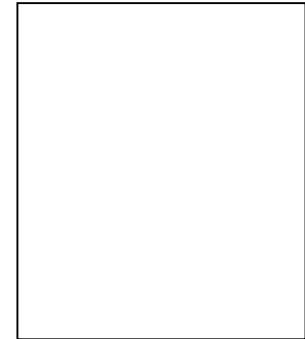
प्रपत्र-5

**AUTHORISATION SLIP**  
**FOR U.P.R.V.U.N.L EMPLOYEES & DEPENDENTS**

Name & Age of Patient.....

Name & Address of Employee  
on whom Dependent.....

RELATIONSHIP with Employee.....  
PLACE OF POSTING with  
DESIGNATION.....  
BASIC PAY.....



ATTTESTED PHOTOGRAPH  
of PATIENT

ATTACH

1. AGE CERTIFICATE

2. DECLARATION OF DEPENDENCY. BY EMPLOYEE

Shri/Smt. .....S/o, D/o,W/o .....  
is AUTHORISED FOR CREDIT FACILITY FOR TREATMENT (HEART  
SURGERY/AILMENT)at..... HOSPITALS & HEART INSTITUTE.

Date Of Issue .....

.....

Signature Of Controlling Officer  
With Seal  
(Ex.En./Dy.Cao/Ex.En.(Pension cell)/Dy.C.M.O.)

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

- 1- Name of Patient ..... Age .....

2- Name Of Employee & Designation .....

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 .....

**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 & Seal of Authroised Doctor/ Hospital)**  
**Dated :**

**(FOR OFFICE USE )**

I. 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 INDOOR TREATMENT OF UPRVUNL EMPLOYEES & THEIR  
DEPENDENTS**

- 1- Name of Patient ..... Age .....
- 2- Name and Designation 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 Admission ..... Date of Discharge .....

**EXPENSES :** .....

- (i) Accommodation  
General : .....  
Private : .....  
ICU : .....
- (ii) Name Of Operation & Expenses : .....  
(a) Minor : ..... (b) Major .....  
(c) Super Specialty .....
- (iii) Investigation .....  
(Name of Tests & Expenses)  
(Attach list of Expenses)
- (iv) Anesthesia .....  
(type of Anesthesia 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 consultation)
- (ix) Total Expenses .....

**Signature Of Employee :** .....

**(Signature of Authroised Doctor/ Hospital)  
Seal**

**( FOR OFFICE USE )**

I. CHECKED BY :.....

.....  
...  
.....  
..

(Dy. CMO/CMO)

II. PASSED FOR Rs.....

.....  
.....

(EE/SE/GM/CGM)

III. APPROVAL OF.....

.....  
.....

(DIRECTOR/ED)

IV. APPROVAL OF.....

.....  
.....

(MD UPRVUNL)



उत्तर प्रदेश राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०

14 – अशोक मार्ग, शक्ति भवन, लखनऊ – 226001

**U.P. RAJYA VIDYUT UTPADAN NIGAM LTD**

**14- ASHOK MARG, SHAKTI BHAWAN, LUCKNOW-226001**

पत्रांक

528 / मा०सं०(04) / उनिलि / 2009–45–मा०सं०(04) / 2008

दिनांक / 23–04–2009

### कार्यालय ज्ञाप

एतद्वारा निगमीय कार्यहित में हृदय रोग के क्रेडिट बिलों एवं सामान्य चिकित्सा के बिलों को युक्तियुक्त करने के लिए निम्न वत् आदेश किये जाते हैं :-

For Credit Billing : ( In Heart SURGERY only )

1. Name of Procedure / ANGIOGRAPHY - ( Package Rate)
2. Name of Admissible Implant - (Rate)
3. ANTIPLATELET THERAPY - (Rate)
4. Bill for 15 days medicines at the time of Discharge.

(No other Charges like Investigation etc. are to be included in the Bills).

5. 4% Discount on Total Bill of Heart Surgery and TREATMENT to be deducted and Final Amount shown in the claim. To be signed by the employee and the Hospital Administration. (Previous discount of Rs. 5000/- has been waived off.).

#### N.B :

Protocol for use of stent :-

- (i) Single Vessel Disease - One Bare metal stent.
- (ii) Double Vessel Disease - One Bare metal and One medicated stent.
- (iii) Triple Vessel Disease- One Bare metal and not more than Two medicated stents.  
(The Wrapper or packing of the stent must be attached with the Bill).

#### For ICD Implant :

Necessary permission from the department against an Estimate must be taken.

#### II. Non Admissible Items :

##### 1. NUTRITIONAL SUPPLEMENTS :

VITAMINS, TONICS, ANTIOXIDANTS, PROTEIN POWDERS, GLUCOSE POWDER etc.

(INJECTABLES are allowed ).

**2. TOILETRY ITEMS :**

LAXATIVES, PURGATIVES, ENEMA, COTTON, MOUTH WASHES, HAND SCRUBS, FACE & HAND LOTIONS, SOAPS, TOOTH PASTES etc.

**3. EQUIPMENTS/INSTRUMENTS : (Only Implants are allowed ).**

ELECTRODES, THERMOMETER, UROMETER, SPIROMETER, B.P. INSTRUMENT, STETHO, NEBULISER MACHINE, Bi-PAP, GLUCOMETER, or any such Instrument is not reimbursable.

**4. DISINFECTANTS :**

SAVLON, SPIRIT, PHENYLE DETTOL, etc.

**5. MISCELLANEOUS ITEMS :**

Aprons, Masks, Bed Sheets, Mackintosh, Water Bed, Examination Gloves, Stockings, STOCKINETTE, ABDOMINAL BINDER, BELTS etc. are not reimbursable.

नोट :

- (i) अगर अस्पताल उपरोक्त मद इलाज के दौरान मंगाता है तो मरीज को मूल्य वहन करना होगा, जो मरीज के बिल में नहीं दर्शाया जायेगा।
- (ii) परियोजना चिकित्सालयों से जो भी मरीज इलाज के लिए सन्दर्भित किये जायेंगे, उनका माहवार विवरण हर माह के अन्त में मुख्य अभियन्ता (मा०सं०) को प्रेषित करना आवश्यक होगा। इसमें मरीज का नाम, किस अस्पताल को मरीज सन्दर्भित किया गया एवं इलाज में कुल व्यय, उप मुख्य चिकित्साधिकारी द्वारा परीक्षण किये गये उपरोक्त मरीजों के दाबों से शुद्ध देय राशि एवं कितनी राशि परीक्षण के उपरान्त अदेय की गई है।

:3:

सं ५२८ /मा०सं०(०४) /उनिलि/ २००९ / तद दिनांक

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

1. अध्यक्ष एवं प्रबन्ध निदेशक, उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०, शक्ति भवन, लखनऊ के निजी सचिव
2. निदेशक ( तकनीकी )/(वित्त)/(कार्मिक), उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०, लखनऊ के निजी सचिव ।
3. मुख्य महाप्रबन्धक /महाप्रबन्धक, ओबरा/अनपरा/पारीछा/पनकी/हरदुआगंज ताप विद्युत उत्पादन गृह/मानव संसाधन/पी०पी०एम०/तापीय परिचालन/ईधन/नवीनीकरण एवं आधुनिकीकरण, उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०, ओबरा/अनपरा(सोनभद्र)/पारीछा (झौसी)/कासिमपुर (अलीगढ़)/कानपुर, लखनऊ ।
4. मुख्य महाप्रबन्धक (वित्त एवं लेखा), उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०, शक्ति भवन, लखनऊ ।
5. कम्पनी सचिव, उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०, शक्ति भवन विस्तार, लखनऊ ।
6. उप महाप्रबन्धक/अधीक्षण अभियन्ता (मा०सं०-०२/०३/०४/०५/०६)/(औद्योगिक सम्बन्ध/रिफार्म), उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०,, लखनऊ ।
7. उप महाप्रबन्धक (चिकित्सा), उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०, शक्ति भवन, लखनऊ ।
8. उप मुख्य लेखाधिकारी/उप मुख्य चिकित्साधिकारी, तापीय विद्युत परियोजना, उ०प्र० राज्य विद्युत उत्पादन निगम लि०, ओबरा, अनपरा (सोनभद्र)/पारीछा (झौसी)/कासिमपुर (अलीगढ़)/पनकी (कानपुर) ।
9. सम्बन्धित चिकित्सालय ।
10. कट फाइल / चिकित्सा धनियात्मिनि यमानली-२००८

आज्ञा से,

मेरे  
23/4/09

( सतीश चन्द्र खरे )  
अनुसचिव ( मा०सं०.०४ )