



ಕರ್ನಾಟಕ ವಿದ್ಯುತ್ ಪ್ರಸಾರಣ ನಿಗಮ ನಿಯಮಿತ

ನಿಗಮದ ಗುರುತಿನ ಸಂಖ್ಯೆ (ಸಿ.ಐ.ಎನ್.) : ಯು40109ಕೆಎ1999ಎಸ್‌ಜಿಸಿ025521

ಕಂಪನಿಯ ಅಧಿಕೃತ ಕಛೇರಿ : ನಿಗಮ ಕಾರ್ಯಾಲಯ, ಕಾವೇರಿ ಭವನ, ಕೆ.ಜಿ.ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು-560 009.

ಓದಲಾಗಿದೆ:

1. ನಿಗಮದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: 26/1432/2000-01/09.05.2001
2. ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ:ಡಿಪಿಎಆರ್ 01 ಎಸ್‌ಎಂಆರ್ 2003 ದಿನಾಂಕ 18.07.2003
3. ನಿಗಮದ ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ: 26/8379/2008-09 ದಿನಾಂಕ 15.07.2011
4. ನಿಗಮದ ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ: 24/7782/1985-86 ದಿನಾಂಕ 18.08.2012
5. ನಿಗಮದ ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ: 24/7782/1985-86 ದಿನಾಂಕ 23.07.2016
6. ನಿಗಮದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: 24/7782/1985-86 ದಿನಾಂಕ 07.08.2018
7. ಮೆ: ಹೆಚ್.ಸಿ.ಜಿ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೆಂಟರ್, ಕಲಬುರ್ಗಿ-585 102 ರವರ ಪತ್ರ ದಿನಾಂಕ 04.04.2019
8. ಮುಖ್ಯ ಇಂಜಿನಿಯರ್ (ವಿ) ಪ್ರಸಾರಣ ವಲಯ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ, ಕಲಬುರ್ಗಿ ರವರ ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ:9426 ದಿನಾಂಕ 13.01.2020.

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:

ಕವಿಪ್ರನಿನಿಯು ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳಾದ ಹೈಡ್ರೋಗ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಹಾಗೂ ಮೆದುಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಒಡಂಬಡಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ನಿಗಮದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/26/1432/2000-01 ದಿನಾಂಕ 09.05.2001 ರನ್ವಯ ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮೆ: ಹೆಚ್.ಸಿ.ಜಿ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೆಂಟರ್, ನಂ.1, 10/ಎ, ಖಾಬ ಪ್ಲಾಟ್, ಸ್ಟೇಷನ್ ರಸ್ತೆ, ಕಲಬುರ್ಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಯ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಕಾರಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಸದರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯು ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಡಿಪಿಎಆರ್ 01 ಎಸ್‌ಎಂಆರ್ 2003 ದಿನಾಂಕ 18.07.2003 ರಲ್ಲಿ ನಮೂದಿಸಿರುವ ನಿಬಂಧನೆಗಳನ್ವಯ ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗಿದ್ದು ಹಾಗೂ ಎಲ್ಲಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಆದ್ದರಿಂದ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವ ಸಂಬಂಧ 3 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ CGHS 2014 ರ ದರಗಳಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಬಿಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಪಾವತಿಸುವಂತೆ ಪರಸ್ಪರ ಒಪ್ಪಂದ (MOU) ಮಾಡಿಕೊಂಡು ನಿಗಮದ ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಅವರ ಅವಲಂಬಿತರು ಸಾಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ (Credit Facilities) ಮೂಲಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ದಿನಾಂಕ 01.05.2020 ರಿಂದ 30.04.2023 ರವರೆಗೆ (3 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ) ಪಡೆಯಲು ಈ ಆದೇಶ.

ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/26/206/2019-20 ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ: 16 MAY 2020

1. ನಿಗಮದ ಆದೇಶ ದಿನಾಂಕ 09.05.2001 ರಲ್ಲಿ ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಿರುವಂತೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಅವರ ಅವಲಂಬಿತರಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಕಾರಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು/ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ರಹಿತ ಜೀವ ಉಳಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚಗಳನ್ನು CGHS 2014 ರ ದರಗಳನ್ವಯ ಸಾಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮೂಲಕ ಪಡೆಯುವ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಮೆ: ಹೆಚ್.ಸಿ.ಜಿ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೆಂಟರ್, ನಂ.1, 10/ಎ, ಖಾಬ ಪ್ಲಾಟ್, ಸ್ಟೇಷನ್ ರಸ್ತೆ, ಕಲಬುರ್ಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುವಂತೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ದಿನಾಂಕ: 01.05.2020 ರಿಂದ 30.04.2023 ರ ವರೆಗೆ (3 ವರ್ಷಗಳು) ಒಪ್ಪಂದ (MOU) ವನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲಾಗಿದೆ.

2. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಮರುಪಾವತಿ ಪಡೆಯಲು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದು:-

1. ಈ ಯೋಜನೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರ ಮತ್ತು ಅವರ ಅವಲಂಬಿತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ನಿಗಮವು ಸದರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದಿಗೆ ಆರ್ಥಿಕ ಒಪ್ಪಂದ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿದೆ. ಆದ ಕಾರಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಥವಾ ನಂತರದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಮುಂಗಡ ಹಣವನ್ನು ಪಾವತಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ.
2. ರೋಗಿಯು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದಿದ ನಂತರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚದ ಮರುಪಾವತಿಯನ್ನು CGHS 2014 ರ ದರಪಟ್ಟಿ ಪ್ರಕಾರ ನಿಗಮವು ನೇರವಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಪಾವತಿಸುವುದು. ಆದಾಗ್ಯೂ, ನೌಕರರು ಅರ್ಹವಿರುವ ವಾರ್ಡ್‌ಗಿಂತ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟ ವಾರ್ಡ್‌ನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ್ದಲ್ಲಿ, ಅದರಿಂದಾಗುವ ವೆಚ್ಚದ ವ್ಯತ್ಯಾಸದ ಮೊತ್ತವನ್ನು ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರೇ ಭರಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
3. ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರು ಅಥವಾ ಅವರ ಕುಟುಂಬದವರು ಸದರಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಲ್ಲಿ ನೌಕರರು ಭರಿಸುವ ಒಟ್ಟು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಅವರ ಅರ್ಹತೆಯ ಮೇರೆಗೆ ಪಾವತಿಸಲಾಗುವುದು.
4. ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರು ಪಡೆಯಲು ಇಚ್ಛಿಸಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು "ವೈದ್ಯಕೀಯ ನಿಯಮಾವಳಿಯಲ್ಲಿ" ವ್ಯಾಖ್ಯಾನಿಸಿರುವಂತೆ ನೌಕರರಿಗೆ ಅಥವಾ ಅವರ ಕುಟುಂಬದ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಅನ್ವಯಿಸಿದೆಯೇ? ಎಂಬುದನ್ನು ವಿಭಾಗಾಧಿಕಾರಿಗಳು/ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಖಾತ್ರಿ ಪಡಿಸಿಕೊಂಡು ರೋಗಿಯ ಗುರುತು ಪತ್ರ (Identification Letter) ಮತ್ತು ನೌಕರರೊಂದಿಗೆ ರೋಗಿಯ ಸಂಬಂಧವನ್ನು ಈ ಆದೇಶದೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿರುವ ನಿಗದಿತ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿ ಅದರ ಒಂದು ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೂ ನೀಡತಕ್ಕದ್ದು.
5. ಈ ಯೋಜನೆಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯು ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ಎಲ್ಲಾ ಖಾಯಂ ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರಿಗೆ ಅನ್ವಯಿಸುತ್ತದೆ.
6. ವಿಭಾಗಾಧಿಕಾರಿ/ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು ನೀಡುವ ರೋಗಿಯ ಗುರುತು ಪತ್ರವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ, ನಿಗಮ ಕಛೇರಿಯಿಂದ ರೆಫರಲ್ ಪತ್ರವನ್ನು ನೀಡಲಾಗುವುದು.
7. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ನೀಡುವ ರೆಫರಲ್ ಪತ್ರವನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಆ ಮತ್ತು ಮಾ.ಸಂ), ಕವಿಪ್ರನಿನಿ, ಕಾವೇರಿಭವನ, ಬೆಂಗಳೂರು ರವರು ಮಾತ್ರ ಸಹಿ ಮಾಡತಕ್ಕದ್ದು. ಬೇರೆ ಯಾವ ಅಧಿಕಾರಿಗಳಿಗೂ ರೆಫರಲ್ ಪತ್ರಕ್ಕೆ ಸಹಿ ಮಾಡುವ ಅಧಿಕಾರವಿರುವುದಿಲ್ಲ.
8. ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಅವರ ಅವಲಂಬಿತರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ಮುನ್ನ, ನಿಗಮ ಕಛೇರಿಯಿಂದ ಅನುಮೋದಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಆ ಮತ್ತು ಮಾ.ಸಂ), ಕವಿಪ್ರನಿನಿ, ಕಾವೇರಿಭವನ, ಬೆಂಗಳೂರು-09 ರವರಿಂದ ಸಹಿಯಾದ 'ರೆಫರಲ್ ಪತ್ರ' ವನ್ನು ಪಡೆದು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಆಡಳಿತ ಮತ್ತು ಮಾ.ಸಂ.)
ಕವಿಪ್ರನಿನಿ

ಪ್ರತಿಗಳು:

1. ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕ ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಪಿ.ಸಿ.ಕೆ.ಎಲ್., ಕಾವೇರಿಭವನ, ಬೆಂಗಳೂರು.
2. ಎಲ್ಲಾ ಆರ್ಥಿಕ ಸಲಹೆಗಾರರು, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ.
3. ಎಲ್ಲಾ ಮುಖ್ಯ ಇಂಜಿನಿಯರ್ (ವಿ) ಕವಿಪ್ರನಿನಿ.



4. ಎಲ್ಲಾ ಅಧೀಕ್ಷಕ ಇಂಜಿನಿಯರ್ (ವಿ)/ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು.
5. ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಾಹಕ ಇಂಜಿನಿಯರ್ (ವಿ)/ ಉಪ ಲೆಕ್ಕಾ ನಿಯಂತ್ರಣಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಕವಿಪ್ರನಿ.
6. ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕ ನಿರ್ದೇಶಕರು/ ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಪ್ರಸರಣ)(ಹಣಕಾಸು)/(ಆ ಮತ್ತು ಮಾ.ಸಂ.) ಕವಿಪ್ರನಿ ಇವರುಗಳ ಹಿರಿಯ ಆಪ್ತ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು.
7. ಕಂಪನಿ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿ, ಕಾವೇರಿ ಭವನ, ಬೆಂಗಳೂರು.
8. ನಿಗಮ ಕಾರ್ಯಾಲಯದ ಎಲ್ಲಾ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು/ ಎಲ್ಲಾ ಲೆಕ್ಕಾಧಿಕಾರಿಗಳು (ಆಂ.ಪ), ಕವಿಪ್ರನಿ.
9. ಮೆ: ಹೆಚ್.ಸಿ.ಜಿ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸೆಂಟರ್, ನಂ.1, 10/ಎ,ಖೂಬ ಪ್ಲಾಟ್, ಸ್ಟೇಷನ್ ರೋಡ್, ಕಲಬುರ್ಗಿ -585 102
ಫೋನ್: 08472-661000,
10. ಲೆಕ್ಕಾಧಿಕಾರಿ, ಕ್ರೋಢೀಕರಣ ಘಟಕ, ಕವಿಪ್ರನಿ, ಕಾವೇರಿಭವನ, ಬೆಂಗಳೂರು.

ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ www.kptcl.com->eprasarana> ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರತಿಗಳು ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ:

11. ಶ್ರೀ ಟಿ.ಆರ್.ರಾಮಕೃಷ್ಣಯ್ಯ, ಅಧ್ಯಕ್ಷರು, ಕವಿಪ್ರನಿ ನೌಕರರ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು ಹಾಗೂ ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಕವಿಪ್ರನಿ ವಿಸಕಂಗಳು.
12. ಶ್ರೀ ಟಿ.ಎಂ.ಶಿವಪ್ರಕಾಶ್, ಅಧ್ಯಕ್ಷರು, ಕವಿಮಂ ಇಂಜಿನಿಯರುಗಳ ಸಂಘ, ನಿರ್ದೇಶಕರು ಕವಿಪ್ರನಿ ಹಾಗೂ ವಿಸಕಂಗಳು.
13. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿ ನೌಕರರ ಸಂಘ ಬೆಂಗಳೂರು.
14. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಮಂ ಇಂಜಿನಿಯರುಗಳ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು.
15. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿ ಲೆಕ್ಕಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಸಂಘ ಬೆಂಗಳೂರು.
16. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಮಂ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ವರ್ಗಗಳ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಸ್ಥೆ, ಬೆಂಗಳೂರು.
17. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿ ಡಿಪ್ಲೋಮಾ ಇಂಜಿನಿಯರುಗಳ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು.
18. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿ/ಎಸ್ಕಾಂ ಪ.ಜಾ ಮತ್ತು ಪ.ಪಂ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು.

LETTER OF IDENTIFICATION

Ref:

Date:

To:

The Director,
(Admin& HR)
K.P.T.C.L, Kaveri Bhavan,
Bangalore-09.

Affix recent
passport size
photograph of
patient duly
attested by
Divisional/
Controlling Officer.

Sir,

Name of the Employee :
Designation :
Date of Retirement :
Name of the Patient :
Relationship with Employee :
Eligible Ward : Private/Semi- Private/General
Patient's Attendant Contact no :

This is to certify that Sri.....working
at..... and He/She/His/Her/Father/Mother/ Husband
/Wife/Son/Daughter Sri/Smt is suffering from
..... and requires hospitalization from
.....(Date) as recommended by Dr.....
.....Hospital.

Yours faithfully,

Divisional Controlling Officer,

Witness: [KPTCL Employees Only]

- 1.
2. ...