



## 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: ಬ6/1432/2000-01/09.05.2001
2. ಸರ್ಕಾರಿ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ:ಡಿಪಿಎಆರ್ 01 ಎಸ್‌ಎಂಆರ್ 2003 ದಿನಾಂಕ: 18.07.2003
3. ನಿಗಮದ ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿಬ6/8379/2008-09 ದಿನಾಂಕ: 15.07.2011
4. ನಿಗಮದ ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಬ4/7782/1985-86 ದಿನಾಂಕ: 18.08.2012
5. ನಿಗಮದ ಪತ್ರ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಬ4/7782/1985-86 ದಿನಾಂಕ: 23.07.2016
6. ನಿಗಮದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಬ4/7782/1985-86 ದಿನಾಂಕ 07.08.2018
7. ನಿಗಮದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಬ6/1432/2000-01/vol-14 ದಿನಾಂಕ: 30.07.2019.
8. ಮೆ: ಸುಚಿರಾಯು ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಸಲ್ಯೂಷನ್ಸ್ ಅಮಿಟೆಡ್, ಸರ್ವೆ ನಂ.29/8, 9.10,11 ಜವಳಿ ಗಾರ್ಡನ್, ಗೋಕುಲ್ ರಸ್ತೆ, ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ ರವರ ಇ-ಮೇಲ್ ಪತ್ರ ದಿನಾಂಕ 17.08.2022.

### ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ:

ಕವಿಪ್ರನಿನಿಯು ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳಾದ ಹೈಡ್ರೋಗ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಹಾಗೂ ಮೆದುಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಒಡಂಬಡಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ನಿಗಮದ ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಬ6/1432/2000-01 Vol-14 ದಿನಾಂಕ: 30.07.2019 ರನ್ವಯ ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮೆ: ಸುಚಿರಾಯು ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಸಲ್ಯೂಷನ್ಸ್ ಅಮಿಟೆಡ್, ಸರ್ವೆ ನಂ.29/8, 9.10,11 ಜವಳಿ ಗಾರ್ಡನ್, ಗೋಕುಲ್ ರಸ್ತೆ, ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯನ್ನು ಹೈಡ್ರೋಗ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಮೆದುಳು ಹಾಗೂ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ CGHS ದರಗಳನುಸಾರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ ಸಲ್ಲಿಸಿರುವುದರಿಂದ ದಿನಾಂಕ: 01.08.2022 ರಿಂದ 31.07.2025 ರವರೆಗೆ (3 ವರ್ಷಗಳು) ನಿಗಮದ ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಅವರ ಅವಲಂಬಿತರು ಸಾಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ (Credit Facilities) ಮೂಲಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ಪರಸ್ಪರ ಒಪ್ಪಂದವನ್ನು ಪುನ: ನವೀಕರಿಸಲು ಈ ಆದೇಶ.

**ಆದೇಶ ಸಂಖ್ಯೆ: ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಬ6/1432/2000-01 vol-14 ಬೆಂಗಳೂರು, ದಿನಾಂಕ: 1 SEP 2022**

1 ನಿಗಮದಲ್ಲ ಮಾರಣಾಂತಿಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ನಗದು ರಹಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅವಕಾಶ ಕಲ್ಪಿಸಲಾಗಿದ್ದು, ಹೈಡ್ರೋಗ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಮೆದುಳು ಹಾಗೂ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಂತೆ ಅಧಿಕಾರಿ/ನೌಕರರು ಮತ್ತು ಅವರ ಅವಲಂಬಿತರಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಕಾರಗಳ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ/ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ರಹಿತ ಜೀವ ಉಳಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ CGHS ದರಗಳನ್ವಯ ಸಾಲ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಮೂಲಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯಲು ಮೆ: ಸುಚಿರಾಯು ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಸಲ್ಯೂಷನ್ಸ್ ಅಮಿಟೆಡ್, ಸರ್ವೆ ನಂ.29/8, 9.10,11 ಜವಳಿ ಗಾರ್ಡನ್, ಗೋಕುಲ್ ರಸ್ತೆ, ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯೊಂದಿಗೆ ದಿನಾಂಕ: 01.08.2022 ರಿಂದ 31.07.2025 (3 ವರ್ಷಗಳು) ರವರೆಗೆ ಪರಸ್ಪರ ಒಪ್ಪಂದ (MOU)ವನ್ನು ನವೀಕರಣ 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 ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಹೈಡ್ರೋಗ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಮೆದುಳು ಹಾಗೂ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಸಂಬಂಧಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ 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, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ.
6. ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕ ನಿರ್ದೇಶಕರು/ ನಿರ್ದೇಶಕರು (ಪ್ರಸರಣ)/(ಆ ಮತ್ತು ಮಾ.ಸಂ.)/ನಿರ್ದೇಶಕರು ಮತ್ತು ಕಂಪನಿ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ಇವರುಗಳ ಹಿರಿಯ ಆಪ್ತ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು.
7. ನಿಗಮ ಕಾರ್ಯಾಲಯದ ಎಲ್ಲಾ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು/ ಎಲ್ಲಾ ಲೆಕ್ಕಾಧಿಕಾರಿಗಳು (ಆಂ.ಪ), ಕವಿಪ್ರನಿನಿ.
8. ಮೆ: ಸುಚಿರಾಯು ಹೆಲ್ತ್ ಕೇರ್ ಸಲ್ಯೂಷನ್ಸ್ ಅಮಿಟೆಡ್, ಸರ್ವೆ ನಂ.29/8, 9, 10, 11, ಜವಳ ಗಾರ್ಡನ್, ಗೋಕುಲ್ ರಸ್ತೆ, ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿ-580 023.
9. ಲೆಕ್ಕಾಧಿಕಾರಿ, ಕ್ರೋಢೀಕರಣ ಘಟಕ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ, ಕಾವೇರಿಭವನ, ಬೆಂಗಳೂರು.

ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ಸೂಕ್ತ ಕ್ರಮಕ್ಕಾಗಿ [www.kptcl.com->eprasarana](http://www.kptcl.com->eprasarana) ವೆಬ್‌ಸೈಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಪ್ರತಿಗಳು ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ:

1. ಶ್ರೀ ಆರ್.ಹೆಚ್.ಲಕ್ಷ್ಮೀಪತಿ, ಅಧ್ಯಕ್ಷರು, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ನೌಕರರ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು ಹಾಗೂ ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/ಎಸ್ಕಾಂ.
2. ಶ್ರೀ ಟಿ.ಎಂ.ಶಿವಪ್ರಕಾಶ್, ಅಧ್ಯಕ್ಷರು, ಕವಿಮಂ ಇಂಜಿನಿಯರುಗಳ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು.
3. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ನೌಕರರ ಸಂಘ ಬೆಂಗಳೂರು.
4. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಮಂ ಇಂಜಿನಿಯರುಗಳ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು.
5. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ಲೆಕ್ಕಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಸಂಘ ಬೆಂಗಳೂರು.
6. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಮಂ ಪರಿಶಿಷ್ಟ ಜಾತಿ ಮತ್ತು ಪರಿಶಿಷ್ಟ ವರ್ಗಗಳ ಕಲ್ಯಾಣ ಸಂಸ್ಥೆ, ಬೆಂಗಳೂರು.
7. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ ಡಿಪ್ಲೋಮಾ ಇಂಜಿನಿಯರುಗಳ ಸಂಘ, ಬೆಂಗಳೂರು.
8. ಪ್ರಧಾನ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ, ಕವಿಪ್ರನಿನಿ/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. ...