



# यूजेवीएन लिमिटेड UJVN Limited

(A Govt. of Uttarakhand Enterprise)

कारपोरेट एवं पंजीकृत कार्यालय  
Corporate & Regd. Office

"उज्ज्वल" महारानीबाग, जी०एम०एस०रोड, देहरादून-248 006

"Ujjwal", Maharani Bagh, GMS Road, Dehradun-248006

दूरभाष- 0135-2763508 फ़ैक्स सं० 0135-2763507

Phone- 0135-2763508, Fax-0135-2763507

मानव संसाधन विभाग,

Human Resources Department.

"यमुना भवन" यमुना कालोनी, देहरादून-248 001

"Yamuna Bhawan", Yamuna Colony, Dehradun-248001

दूरभाष- 2530584 / 2531343 / 2530909 फ़ैक्स सं० 0135-2531646

Phone- 2530584/2531343/2530909, Fax-0135-2531646

संख्या : 4086 / यूजेवीएन लि / 05 / औ०सं० / एम-4

दिनांक 30-04-14

## कार्यालय ज्ञापन

एतद्वारा, फोर्टिस एस्कोर्ट हॉस्पिटल, द्वितीय तल, कोरनेशन हॉस्पिटल, देहरादून को यूजेवीएन लिमिटेड के सेवारत/सेवानिवृत्त कार्मिक एवं उन पर पूर्णतया आश्रित परिजन, पूर्ववर्ती उ०प्र० राज्य विद्युत परिषद/ उ०प्र० पावर कारपोरेशन लि०/उ०प्र० जल विद्युत निगम के, वे सेवानिवृत्त कार्मिक जो यूजेवीएन लिमिटेड में आमेलित हैं एवं सेवारत/सेवानिवृत्त कार्मिक की मृत्यु की अवस्था में उनकी आश्रित पत्नी (पारिवारिक पेंशनर) को चिकित्सालय में नियमानुसार भर्ती के दौरान/बाहय रोगी की हैसियत से उपचार कराये जाने पर हुए चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु निम्नलिखित शर्तों/प्रतिबन्धों के अधीन मान्यता प्रदान की जाती हैं:-

1. उक्त चिकित्सालय में उपचारार्थ भर्ती के दौरान हुए वास्तविक चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति पूर्ववर्ती उ०प्र० राज्य विद्युत परिषद के आदेश सं० 2088-एनजी/11/एसईबी(चतुर्थ)-29-एनजी-11/78 दिनांक 24.05.1978 एवं समय समय पर जारी एतदविषयक प्रभावी आदेशों में निहित प्राविधानों/प्रतिबन्धों/शर्तों के अधीन अनुमन्य होगी।
2. उक्त चिकित्सालय संलग्न दर सूची में दर्शाई गई दरों पर हृदय रोग सम्बन्धी उपचार पर (इम्प्लान्ट को छोड़ कर) 10 (दस) प्रतिशत, पैथोलोजी परीक्षणों पर 10 (दस) प्रतिशत एवं भर्ती रोगी की दशा में वार्ड (रूम) रैंट पर 20 (बीस) प्रतिशत छूट प्रदान करते हुए सम्बन्धित कार्मिक से सीधे भुगतान प्राप्त करेगा। इसके अतिरिक्त अन्य कोई व्यय देय नहीं होगा।
3. उक्त प्रस्तर 2 में वर्णित दर सूची दिनांक 30.04.2016 तक की अवधि के लिये मान्य होगी तथा चिकित्सा दर सूची में दर्शाई गई दरें इस अवधि में पुनरीक्षित नहीं की जायेगी। यह आदेश दिनांक 01.05.2014 से 30.04.2016 तक के लिये प्रभावी होंगे।
4. केवल चिकित्सालय में भर्ती होने की स्थिति में ही दवाओं, चिकित्सकीय परीक्षणों, शल्य चिकित्सा, वार्ड/कमरे (अनुमन्यतानुसार) की प्रतिपूर्ति अनुमन्य होगी। बाहय रोग विभाग (ओपीडी) के लिये यूजेवीएन लि० के आदेश सं० 7059/उजविनिलि/एचआर/एम-4 दिनांक 01.10.2007 सपठित आदेश सं० 8939/उजविनिलि/एचआर/एम-4 दिनांक 03.10.2008 के अनुसार चिकित्सा प्रतिपूर्ति अनुमन्य होगी।
5. शल्य चिकित्सा की दशा में उपरोक्त चिकित्सा संस्थान द्वारा छुटपुट व्यय जैसे- इन्जैक्शन लगाना/ड्रैसिंग कराना/गैस/इक्विपमेन्ट/सहायक/अतिरिक्त नर्सिंग तथा विजिटिंग परामर्श शुल्क चार्ज नहीं किया जायेगा, लेकिन प्रयोग की गई दवाओं तथा अन्य उपयोग की गई चिकित्सा सामग्री का व्यय देय एवं अनुमन्य होगा।

शल्य चिकित्सा के अतिरिक्त अन्य उपचार की दशा में उपरोक्त संस्थान द्वारा छुटपुट व्यय का चार्ज नहीं लिया जायेगा लेकिन प्रयोग की गई दवाओं/उपयोग की गई चिकित्सा सामग्री/आक्सीजन व्यय देय होगा तथा अनुमन्य होगा। इसके अतिरिक्त विजिटिंग चिकित्सक परामर्श शुल्क एवं नर्सिंग चार्जेज देय होगा।

6. उक्त चिकित्सालय अपने परिसर में एक साइन बोर्ड लगायेगा जो यह दर्शाएगा:-  
"यूजेवीएन लिमिटेड के सेवारत/सेवानिवृत्त कार्मिकों एवं उन पर पूर्णतया आश्रित सदस्यों के लिये अधिकृत चिकित्सालय"

कमश: .....2

EECI (T)

for upload on website

Sri Sundeep Kothari

for M/S

Ambar

5/3/14

File No: 227.../DGM(I.T.)UJVNL  
File No: M-5  
Dated: 3/5/14

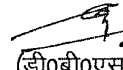
7. चिकित्सालय द्वारा यूजेवीएन लिमिटेड का एक अलग रजिस्टर रखा जायेगा जिसमें निम्न प्रविष्टियां अनिवार्यता रूप से की जायेगी:-
1. रोगी का नाम
  2. यदि रोगी स्वयं कर्मचारी/अधिकारी नहीं हैं, तो उसके पिता/माता/पुत्र/पुत्री का नाम व रोगी से सम्बन्ध (केवल पूर्णतया आश्रित होने की स्थिति में)
  3. चिकित्सालय में भर्ती एवं डिस्चार्ज की तिथि
  4. कर्मचारी का वेतनमान/मूल वेतन तथा तैनाती स्थान
  5. रोग का विवरण
  6. कुल प्राप्त की गई धनराशि
  7. निगम अधिकारी/कर्मचारी के हस्ताक्षर
- उक्त रजिस्टर की प्रमाणित प्रतिलिपि चिकित्सालय द्वारा प्रत्येक माह के प्रथम सप्ताह में अधोहस्ताक्षरी के कार्यालय को अनिवार्य रूप से प्रेषित की जायेगी।
8. प्रतिपूर्ति हेतु निर्धारित प्रपत्र में प्रस्तुत किये गये चिकित्सा बीजकों के भुगतान की प्रक्रिया यथावत रहेगी।
9. उ0प्र0 पावर कारपोरेशन लि0 के आदेश सं 4452-ओस-17/पाकालि/2002-11(1)एफ/80 दिनांक 09.12.2002 के किसी/किन्ही प्राविधान/प्राविधानों का उल्लंघन की स्थिति में चिकित्सालय की मान्यता कभी भी समाप्त की जा सकती हैं एवं बिन्दु 06 की व्यवस्था के अनुसार चिकित्सालय को निगम द्वारा प्रदत्त दरों पर चिकित्सा सुविधा उपलब्ध कराये जाने एवं पारित प्रतिबंधों/शर्तों का उल्लंघन करने पर मान्यता समाप्त किये जाने की सहमति रू0 100.00 के नान ज्यूडीशियल स्टाम्प पर अस्पताल प्रबन्धक को देनी होगी।

निदेशक (मा0सं0)

संख्या 4086/यूजेवीएन लि/05/औ0सं0/अनु0-3/एम-4, तददिनांक

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित:-

1. निजी सचिव, अध्यक्ष, यूजेवीएन लिमिटेड, देहरादून
  2. निजी सचिव, प्रबन्ध निदेशक, यूजेवीएन लिमिटेड, देहरादून
  3. निदेशक (परिचालन)/परियोजनाएं/वित्त/मा0सं0, यूजेवीएन लिमिटेड, देहरादून
  4. अधिशासी निदेशक (जानपद)/वि0/या0/वित्त/मा0सं0, यूजेवीएन लिमिटेड, देहरादून
  5. समस्त महाप्रबन्धक/उपमहाप्रबन्धक/अधिशासी अभियन्ता यूजेवीएन लिमिटेड
  6. कम्पनी सचिव, यूजेवीएन लिमिटेड, देहरादून
  7. उपमुख्य लेखाधिकारी/वरिष्ठ लेखाधिकारी/लेखाधिकारी, यूजेवीएन लिमिटेड
  8. वरिष्ठ विधि अधिकारी, यूजेवीएन लिमिटेड, देहरादून
  9. वरिष्ठ प्रबन्धक (आई0टी0), यूजेवीएन लिमिटेड देहरादून को निगम की वेबसाइट पर "चिकित्सालयों की मान्यता शीर्षक के अन्तर्गत" अपलोड करने हेतु।
  10. फ़ैसिलिटी डायरेक्टर, फोर्टिस एस्कोर्ट हास्पिटल, द्वितीय तल, कोरनेशन हास्पिटल, देहरादून
  11. अध्यक्ष, विद्युत पेशनर्स परिषद-उत्तराखंड, 21-फील्ड होस्टल, उर्जा भवन, कांवली रोड़, देहरादून
  12. महामंत्री, विद्युत पेशनर्स कल्याण समिति, फतेहपुर रोड़, हरबर्टपुर (देहरादून)
- संलग्नक:- दर सूची

  
30/04/2014  
(डी0बी0एस0 नेगी)  
वरिष्ठ कार्मिक अधिकारी

FORTIS ESCORTS HOSPITAL, DEHRADUN

IPD:

Item Desc	Days	CASH			Remarks
		General Ward	Double Room	Single Room	
CABG	6/2	150,000.00	170,000.00	195,000.00	
CABG +RING ANNULOPLASTY	6/2	195,000.00	215,000.00	240,000.00	Implant Cost Extra
CABG + AVR	5/3	195,000.00	221,000.00	253,500.00	Implant Cost Extra
AVR	6/2	150,000.00	170,000.00	195,000.00	Implant Cost Extra
CABG+IABP	6/2	190,260.00	210,260.00	235,260.00	
ASD CLOSURE / REPAIR (ADULT)	6/2	150,000.00	170,000.00	195,000.00	
VSD CLOSURE / REPAIR (ADULT)	6/2	150,000.00	170,000.00	195,000.00	
CORONARY ANGIOGRAPHY	1/0	10,000.00	12,500.00	15,000.00	
CORONARY ANGIOGRAPHY (Non Ionic Dye)	1/0	10,000.00	12,500.00	15,000.00	
CORONARY ANGIOPLASTY	1/1	85,000.00	95,000.00	105,000.00	Implant Cost Extra
BALLOON MITRAL VALVULOPLASTY	2/1	35,000.00	40,000.00	50,000.00	Implant Cost Extra
BALLOON AORTIC VALVULOPLASTY	2/1	35,000.00	40,000.00	50,000.00	Implant Cost Extra
BALLOON PULMONARY VALVULOPLASTY	2/1	35,000.00	40,000.00	50,000.00	Implant Cost Extra
PDA DEVICE CLOSER CATH					
CORONARY STENTING	1/1	85,000.00	95,000.00	105,000.00	
EL. ROPHYSIOLOGY STUDY- ROUTINE	1/0	10,000.00	12,000.00	15,000.00	
PACEMAKER REPOSITIONING		12,000.00	15,000.00	20,000.00	
RADIO FREQUENCY ABLATION	1/0	55,000.00	65,000.00	75,000.00	
TEMPORARY PACING		10,000.00	12,000.00	14,000.00	
PACEMAKER PROC SINGLE CHAMBER	2/1	35,000.00	45,000.00	50,000.00	Implant Cost Extra
PACEMAKER PROC. DOUBLE CHAMBER	2/1	40,000.00	50,000.00	55,000.00	Implant Cost Extra
PACEMAKER PROC. BIVENTRICULAR	3/1	60,000.00	75,000.00	85,000.00	Implant Cost Extra
PACEMAKER PROC (PAED)		35,000.00	40,000.00	45,000.00	Implant Cost Extra
A.V PISTULA	1/0	9,000.00	12,000.00	15,000.00	

PRIMARY CORONARY ANGIOPLASTY CHARGES  
CABG EMERGENCY  
EUROSCORE EVALUTATION - HIGH RISK

15000/- EXTRA  
15000/- EXTRA  
15000/- EXTRA

OPD:

Item Desc	CASH
2D ECHO DOPPLER COLOUR	1,500.00
TRANS ESOPHAGEAL ECHO	1,500.00
TREADMILL TEST	1,500.00
HOLTER MONITORING	4,500.00
PFT ROUTINE	1,000.00
ECG	150.00
CI. PA	200.00
CHEST (PORTABLE)	250.00
LAB AS PER SRL RATE LIST	



*Jatinder Arora*  
Dr. JATINDER ARORA

Facility Director  
FORTIS ESCORTS HOSPITAL, DEHRADUN

ROOM TARIFF:

Item Desc	CASH
DOCUMENTATION CHARGES	500.00
SHARING ROOM / ICW	3,000.00
ICU/RR/ICC	5,500.00
ICU ROOM CHARGES - STEP DOWN	5,500.00
SINGLE ROOM	4,500.00
SINGLE DELUXE ROOM	5,500.00
GENERAL WARD	2,000.00
ANGIO CD	1,000.00
VENTILATOR (PER DAY)-CCM	2000.00
CRITICAL CARE CHARGES	750.00

CONSULTATION:

Item Desc	CASH
CONSULTATION CARDIOLOGY	300.00
DOCTOR CHARGES	500.00
OTHER SPECIALIST CONSULTATION	700.00

*D.B.S. Negi*  
D.B.S. NEGI  
Sr. Personnel Officer  
Uttarakhand Jal Nigam Ltd.  
(A Govt. of Uttarakhand Enterprise)  
Yamuna Bhawan, Yamuna Colony  
Dehradun-248001

BIOCHEMISTRY			HEMATOLOGY		
1007A	ALANINE AMINOTRANSFERASE (SGPT/ALT)	150	5100	ABO GROUP & RH TYPE	120
1007B	ALBUMIN	110	1252	ABS EOSINOPHIL COUNT	125
1007C	ALBUMIN+GLOBULIN A/G RATIO	190	3855	APTT - FTTK	350
1007D	ALP ALKALINE PHOSPHATASE	140	1090	BLEEDING/CLOTTING TIME	175
1007E	ALPHA-AMYLASE	360	5110E	COMPLETE BLOOD COUNT(CBC)	275
1007F	AMYLASE-24 HRS URINE	410	5110A	COMPLETE HEMOGRAM(CBC+FS)	340
1007G	ASPARTATE AMINOTRANSFERASE(SGOT/AST)	150	5111	COMPLETE HEMOGRAM(CBC+FS+ESR)	350
1007H	BILIRUBIN (INDIRECT)	140	1120	COULMB DIRECT	400
1007I	BILIRUBIN (TOTAL)	120	1121	COULMB INDIRECT	400
1007J	BILIRUBIN(DIRECT)	120	1565B	ESR	100
1007K	BLOOD UREA NITROGEN	120	5112DR	HE	80
1007L	BUN, 24HR URINE	170	5101	HE, TLC, DLC	150
1007M	CALCIUM	140	5102	HE, TLC, DLC, ESR	200
1007N	CALCIUM- 24 HRS URINE	190	5112	HEMOGLOBIN & HEMATOCRIT	140
1007O	CHLORIDE	140	1333	LE CELLS	240
1007P	CHLORIDE-24HR URINE	190	1395	MALARIA ANTIGEN DETECTION	625
1007Q	CHOLESTEROL	120	1397	MALARIA PARASITE(SMEAR)	100
1007R	CHOLESTEROL DIRECT LDL	325	1493	MICROFILARIA DETECTION	500
1007S	CHOLESTEROL HDL	190	1252HF	NASAL EOSINOPHIL	110
1007T	CREATININE	120	5162	PERIPHERAL SMEAR	110
1007U	CREATININE CLEARANCE	400	5160	PLATELET COUNT	110
1007V	CREATININE KINASE IAB	350	3852	PROTHROMBIN TIME	300
1007W	CREATININE KINASE/CPK	210	5170	RETICULOCYTE COUNT	275
1007X	CREATININE-24 HR URINE	180	1252S	SPUTUM EOSINOPHIL	110
1007Y	ELECTROLYTES (NA, K, CL)	350	1262U	URINARY EOSINOPHIL	110
1007Z	ELECTROLYTES (NA, K, CL)-URINE	400	5122	WHITE CELL COUNT(TLC)	110
1125	G-6-PD ACTIVITY	700			
1127M	GESTATIONAL GLUCOSE TOLERANCE	500		SEROLOGY	
1127N	G-GLUTAMYL TRANSFERASE	225	1332	ANTISTREPTOLYSIN ABS (ASO)	375
1127O	GLUCOSE CHALLENGE TEST	80	1535S	C-REACTIVE PROTEIN(CRP)	325
1127P	GLUCOSE POST-PRANDIAL	80	1535H	C-REACTIVE PROTEIN(CRP)	325
1127Q	GLUCOSE RANDOM	80	1535I	CRP	350
1127R	GLUCOSE TOLERANCE TEST	275	7599R	DENGUE ANTIBODIES ELISA	1200
1127S	GLUCOSE TOLERANCE TEST (GTT)	550	1126BS	GLUCOSE TOLERANCE TEST	150
1127T	GLUCOSE URINE	80	2470	HBSAG(AUSTRALIA ANTIGEN ELISA)	450
1127U	GLUCOSE, FASTING	80	2470R	HBSAG(AUSTRALIA ANTIGEN)	425
1127V	GLYCOSYLATED HAEMOGLOBIN (GGH LAB)	375	2446R	HCV	900
1127W	GLYCOSYLATED HAEMOGLOBIN	375	2446P	HEPATITIS C ANTIBODIES	900
1127X	IRON	350	2446	HEPATITIS C ANTIBODIES ELISA	900
1127Y	IRON BINDING CAPACITY, TOTAL	350	991ER	HIV-1&2 ABS	450
1127Z	LACTATE DEHYDROGENASE	275	991E	HIV-1&2 ABS ELISA	500
1128A	MAGNESIUM SERUM	450	1256	LIANTOUX TEST	110
1128B	MAGNESIUM URINE	450	3189	PREGNANCY TEST, URINE	150
1128C	MICROALBUMIN IN URINE	450	1540D	RHEUMATOID FACTOR	325
1128D	PHOSPHOROUS	150	1323	RHEUMATOID FACTOR	325
1128E	PHOSPHOROUS-URINE	200	9075	TYPHICHECK	450
1128F	POTASSIUM	150	2356	VDRL	110
1128G	POTASSIUM-24 HR URINE	200	9076	WIDAL AGGLUTINATION	150
1128H	SEMEN FRUCTOSE	250		MICROBIOLOGY	
1128I	SODIUM	150	5320	ACID FAST BACILLI STAIN	200
1128J	SODIUM-24 HR URINE	200	5200B	BLOOD CULTURE	450
1128K	TOTAL PROTEIN, SYNOVIAL FLUID	200	1194CE	BODY FLUIDS, CULTURE & SENSITIVITY	450
1128L	TOTAL PROTEIN ALBUMIN/GLOBULIN	200	2436C	BUCCAL SMEAR	200
1128M	TOTAL PROTEIN CSF	200	5700C	CULTURE AEROBIC	450
1128N	TOTAL PROTEIN, 24 HR URINE	200	2436A	FUNGAL SMEAR	200
1128O	TOTAL PROTEIN	175	2436B	GONOCOCCAL SMEAR	200
1128P	TRIGLYCERIDES	225	2436	GRAM STAIN	200
1128Q	URIC ACID	150	2436E	LEPRO SMEAR	200
1128R	URIC ACID, 24HR URINE	180	1217CS	SPUTUM, CULTURE & SENSITIVITY	450
1128S	URINE FOR BILE SALT	80	5700A	STOOL FOR CULTURE & SENSITIVITY	450
			1219CS	SWAB CULTURE & SENSITIVITY	450
			2436D	TZANK	200
			1285C	URINE CULTURE & SENSITIVITY	425
				HISTOPATHOLOGY	
1128T	BOHE MARROW ASPIRATION STUDY	725	2436D	BODY FLUID ANALYSIS	350
1128U	FLUID ROUTINE	350	1285C	BONE BIOPSY	900
1128V	FLUID-ASCITIC: ROUTINE/MICROSCOPIC	350		FNAC, SINGLE SITE WALK IN (WITH PRIOR)	600
1128W	FLUID-CEREBROSPINAL:ROUTINE//MICROSCOPIC	350	1515F	FNAC, SLIDE EXAMINATION	400
1128X	FLUID-PLEURAL:ROUTINE//MICROSCOPIC	350	1509	H&E SLIDE REVIEW	350
1128Y	FLUID-SYNOVIAL:ROUTINE//MICROSCOPIC	350	151E	LARGE TISSUE BIOPSY	1400
1128Z	PAP SMEAR EXAMINATION	425	1515	MEDIUM TISSUE BIOPSY	900
1129A	PAP SMEAR PROCEDURE	500	2201K	SKIN BIOPSY	900
1129B	PERICARDIAL FLUID	350	2202K	SMALL TISSUE BIOPSY	525
1129C	SEMEN ANALYSIS	325	1507		
1129D	STOOL FOR REDUCING SUBSTANCE	90	1511		
1129E	STOOL OCCULT BLOOD	90	1502		
1129F	STOOL ROUTINE-MICROSCOPIC	100	1500		
1129G	URINE ROUTINE-MICROSCOPIC(URINALYSIS)	80			

D.B.S. NEG

Dr. Prasad Chatterjee

