



पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि०

(उत्तराखण्ड सरकार का उपक्रम)

CIN:- U40101UR2004SGC028675

मानव संसाधन एवं प्रशासनिक विभाग

विद्युत भवन, नजदीक-आई०एस०बी०टी० क्रासिंग, सहारनपुर रोड़, माजरा, देहरादून-248002

E-mail:- hr@ptcul.org

दूरभाष नं० 0135-2645249 फैक्स नं० 0135-2645249 वैबसाइट www.ptcul.org

पत्रांक 593 / मा०सं०एवंप्र०वि०/पिटकुल/पी-5

दिनांक : 04.04.2026

कार्यालय ज्ञाप

पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि० के सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मियों, उनके आश्रितों तथा पारिवारिक पेन्शनरों की चिकित्सा हेतु निम्नलिखित चिकित्सालय की मान्यता अवधि एतद्वारा निम्नानुसार बढ़ायी जाती है:-

क्र० सं०	चिकित्सालय/चिकित्सा संस्थान का नाम	मान्यता समाप्ति की अवधि	विस्तारित मान्यता अवधि	उद्देश्य
1	कुमायूँ पैथोलोजी, लेन-2, सिविल लाइन्स, डॉक्टर कालोनी, रूद्रपुर, उधम सिंह नगर	31.03.2026	01.04.2026 से 31.03.2027 तक	पैथोलोजी जाँचों हेतु

प्रतिबन्ध यह होगा कि :-

- उक्त चिकित्सालय पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि० के साथ हुए अनुबन्ध के अनुरूप सी०जी०एच०एस० दरों के अधीन पिटकुल के सेवारत/सेवानिवृत्त कर्मियों एवं उनके आश्रितों तथा पारिवारिक पेन्शनरों को चिकित्सा सुविधा प्रदान करेंगे, जिन उपचारों/प्रक्रियाओं/जाँचों की दरें सी०जी०एच०एस० दर सूची में सम्मिलित नहीं है उन उपचारों/प्रक्रियाओं/जाँचों में चिकित्सालय दर सूची पर 15 प्रतिशत की छूट अनुमन्य होगी।
- चिकित्सालय द्वारा निर्धारित शर्तों की अवहेलना करने पर चिकित्सालय की मान्यता समाप्त की जा सकती है।
- उपरोक्त के साथ ही उक्त चिकित्सालय अपने परिसर में एक साईन बोर्ड लगायेगा, जो यह दर्शायेगा -
" पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि० के अधिकारियों/कर्मचारियों/पेंशनर्स/पारिवारिक पेंशनर्स एवं उन पर पूर्णतया आश्रित सदस्यों के लिए अधिकृत चिकित्सालय"
- चिकित्सालय द्वारा पावर ट्रांसमिशन कारपोरेशन ऑफ उत्तराखण्ड लि० का एक अलग रजिस्टर रखा जायेगा, जिसमें निम्न प्रविष्टियां अनिवार्यतः अंकित की जायेंगी -
 - रोगी का नाम, आयु एवं लिंग
 - यदि रोगी स्वयं कर्मचारी/अधिकारी नहीं है तो उसके पिता/पति का नाम और रोगी से सम्बन्ध। (केवल पूर्णतया आश्रित होने की स्थिति में)
 - चिकित्सालय में भर्ती एवं डिसचार्ज की तिथि
 - कर्मचारी का वेतनमान तथा तैनाती स्थान।
 - रोग का विवरण।
 - कुल प्राप्त की गयी राशि।
 - 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।

प्रबन्ध निदेशक

पत्रांक : 593 / मा०सं०एवंप्र०वि०/पिटकुल/पी-5 तददिनांक :

- निजी सचिव, प्रबन्ध निदेशक, पिटकुल, को प्रबन्ध निदेशक महोदय के संज्ञानार्थ प्रेषित।
- निजी सचिव/डा०ए०आ०-निदेशक (मा०सं०)/(परिचालन)/(परियोजना)/(वित्त) पिटकुल, देहरादून को निदेशकगणों के संज्ञानार्थ प्रेषित।
- समस्त मुख्य अभियन्ता/महाप्रबन्धक/कम्पनी सचिव/अधीक्षण अभियन्ता/उपमहाप्रबन्धक, पिटकुल।
- समस्त अधिशासी अभियन्ता, पिटकुल।
- अधिशासी अभियन्ता (सू०प्र०), पिटकुल, देहरादून को इस आशय के साथ कि वह आदेश को पिटकुल की वैबसाइट पर अपलोड करवाना सुनिश्चित करें।
- सम्बन्धित चिकित्सालय को सूचनार्थ एवं इस आशय के साथ कि उक्त चिकित्सा बीजक में सम्बन्धित चिकित्सा प्रक्रियाओं (Procedures) के कोड का भी स्पष्ट उल्लेख करेंगे।

(अशोक कुमार जुयाल)

महाप्रबन्धक (मा०सं०)

KUMAUN PATHOLOGY RATE LIST 2026

S.NO	TEST NAME	RATE	TEST NAME	RATE
1	HAEMOGLOBIN	100	DIFFERENTIAL LEUKOCYTE COUNT	50
2	TOTAL LUECOCYTE COUNT	50	SEMEN EXAMINATION R/M	300
3	BLOOD SUGAR RANDOM	50	SEMEN CULTURE C/S	500
4	HbA1C	500	URINE EMAMINATION R/M	100
5	HIV I & II	300	URINE CULTURE C/S	500
6	HEPATITIS-B(HBSAG)	200	TESTOSTERON LEVEL	700
7	HEPATITIS-C(HCV)	300	PT-INR	300
8	VDRL	100	APTT	500
9	BETA-HCG	700	LIVER FUNCTION TEST (LFT)	600
10	FERTILITY PANNEL	3200	KIDNEY FUNCTION TEST (KFT)	800
11	LEUTINISING HORMONE(LH)	550	LIPID PROFILE	500
12	FSH	550	COMPLETE BLOOD COUNT(CBC)	350
13	SERUM PROLACTIN(PRL)	550	MANTOUX	100
14	ESTRODIOL(E2)	650	FREE (T3)	250
15	ANTI MELLERIAN HORMONE(AMH)	2000	FREE (T4)	250
16	THYROID PROFILE(T3,T4,TSH)	400	PROGESTRONE(P4)	650
17	TRIIDOTHYRONINE (T3)	200	VITAMIN-D	1000
18	THYROXINE (T4)	200	VITAMIN-B12	1000
19	TSH	200	SERUM IGE TOTAL	1000
20	MALARIA PARASITE (Ag)	300	TRPONIN-I	1500
21	TYPHIDOT IgG&IgM	300	TROPONI-T	1500
22	DENGUE IgG&IgM& NS1Ag	1100	D-DIMER	1100
23	BLOOD GROUP	100	DHEAS	1000
24	SGOT	100	PSA TOTAL	800
25	SGPT	100	CA-125	1400

