



M. P. MADHYA KSHETRA VIDYUT VITARAN COMPANY LIMITED

(Government of M. P. Undertaking)
NishthaParisar, Bijalee Nagar, Govindpura, Bhopal – 462023
☎ 0755-2602033-36; Fax: 2589821 Website: www.mpcz.co.in
Corporate Identity Number U40109MP2002SGC015119

No. CMD/MK/05/Fin./ 796

dated: 16.09.25

Notice

Sub:- Submission of Application form for "Madhya Pradesh Madhya Kshetra Vidyut Vitaran Company Limited " from pensioners and family pensioners of Madhya Pradesh Madhya Kshetra Vidyut Vitaran Company Limited.

Ref : This office letter number 758 dated 03.09.2025

The Pensioners & Family Pensioners are required to submit their appropriate option in the enclosed form for 'MP Power Companies Contributory Cashless Health Scheme' The same is available on Company's website(<https://portal.mpcz.in/web/>) also for the convenience of the pensioners.

The filled form may be submitted by this month end in hard copy along with attachments including photocopy of latest PPO and copy of ID proof of the person to be covered in the scheme to the office of Regional Accounts Officer from where the respective RAO is drawing the pension. In case any clarification is required regarding the terms and conditions of the policy then the DGM (HR)/ Manager (HR) of respective circle may be contacted.

A soft copy in advance can also be submitted through e-mail to the respective RAO office from where the pensioner is drawing pension. Even in case soft copy is sent by E-mail the pensioner needs to submit the hard copy of the duly filled up form to the RAO office from where the pensioner is drawing pension along with a copy of the PPO and the id proof the persons to be covered in the scheme.

E-mail id of all the RAOs is mentioned below. The pensioner may send an advance copy the respective RAO office only from where pension is being drawn

Head office Accounting unit : rao201.mpcz@gmail.com

City Circle , Bhopal : rao.aocitybpl@gmail.com

O & M Bhopal : ~~rao250.mpcz@gmail.com~~ rao pension 233@gmail.com

O & M Narmadapuram : raohoshangabad@gmail.com

O & M Morena : rao250.mpcz@gmail.com

O & M Gwalior : rao242.mpcz@gmail.com

O & M Guna : rao243.mpcz@gmail.com

Enclosed : As above

Chief Financial Officer
M.P.M.K.V.V. C.L.

No. CMD/MK/05/Fin./ 796

dated: 16.09.25

Copy to :

Chief General Manager (Human Resources) , Madhya Pradesh Madhya Kshetra Vidyut Vitaran Company Limited

Chief General Manager (Bhopal Region)/ (Gwalior Region) , Madhya Pradesh Madhya Kshetra Vidyut Vitaran Company Limited

The Public Relations Officer , M.P.M.K.V.V.C.L , Bhopal

DGM (Finance)/ Accounts Officer) (O&M/ City)..... Madhya Pradesh Madhya Kshetra Vidyut Vitaran Company Limited

DGM (HR/ Manager (Human Resources)(O&M/ City)..... Madhya Pradesh Madhya Kshetra Vidyut Vitaran Company Limited

The web master , MPMKVVCL , Bhopal

It is requested to immediately circulate this notice to sub ordinate offices / Field offices.

Chief Financial Officer
M.P.M.K.V.V.C.L.



कार्यालय : प्रबंधक संचालक

मध्य प्रदेश मध्य क्षेत्र विद्युत वितरण कंपनी लिमिटेड

(मध्यप्रदेश शासन का उपक्रम)

पंजीकृत कार्यालय- बिजली नगर कालोनी, निष्ठा परिसर, गोविन्दपुरा भोपाल-462023

फोन-0755-2602033-34 फैक्स- 2589121 ई-मेल :mpczc3@gmail.com

क्र./प्र.सं./म.क्षे./टी एल एम/758

दिनांक 03 /09 /2025

प्रति,

उपमहाप्रबंधक (वित्त)/ लेखाधिकारी (संचा./संधा. एवं शहर वृत्त)

म.प्र.म.क्षे.वि.वि.क.लि.

विषय:- म. प्र. पॉवर कंपनी अंशदायी कैशलेस स्वास्थ्य योजना हेतु विद्युत पेंशनर्स एवं उनके पारिवारिक पेंशनर्स की जानकारी विषयक।

संदर्भ:- 1. ED(HR&A)/MPPGCL/SE(TEG.) 3645 Jabalpur, Dtd. 04-08-2025

उक्त संदर्भित विषयांतर्गत लेख है कि अंशदायी कैशलेस स्वास्थ्य योजना हेतु विद्युत पेंशनर्स एवं पारिवारिक पेंशनर्स की जानकारी एकत्रित करने हेतु पत्र अग्रेषित किया है।

इस संबंध में पेंशनर्स द्वारा उक्त योजना का विकल्प चुनने के लिए आवेदन निर्धारित प्रारूप में 20 दिनों के अंदर चाहा गया है। इस ओर अविलंब अग्रिम कार्यवाही करते हुए पेंशनर्स एवं पारिवारिक पेंशनर्स की सूची, दूरभाष नं., पता जो भी लेखाईकाई के पास उपलब्ध है उसे आपके वृत्त में पदस्थ सहायक प्रबंधक/प्रबंधक (मा.स.) से समन्वय स्थापित कर पूर्ण कराये तथा पूर्ण निर्धारित प्रपत्र को सहायक प्रबंधक/प्रबंधक (मा.स.) के माध्यम से स्थापना अनुभाग कार्यालय प्रबंध संचालक, भोपाल को उपलब्ध कराना सुनिश्चित करे।

संलग्न:- निर्धारित प्रारूप

मुख्य वित्तीय अधिकारी
म.प्र.म.क्षे.वि.वि.क.लि. भोपाल



मध्य प्रदेश मध्य क्षेत्र विद्युत वितरण कंपनी लिमिटेड

(मध्यप्रदेश शासन का उपक्रम)

पंजीकृत कार्यालय- बिजली नगर कालोनी, निष्ठा परिसर, गोविन्दपुरा भोपाल-462023

प्रारूप - MPPCHS-001

म.प्र. पावर कम्पनी अंशदायी केशलेस स्वास्थ्य योजना हेतु नियमित/संविदा विद्युत कर्मी व पेंशनर्स (NPS सहित) एवं उनके पात्र आश्रितों की जानकारी

1.	हितग्राही की श्रेणी : नियमित <input type="checkbox"/> संविदा <input type="checkbox"/> पेंशनर्स <input type="checkbox"/> फैमिली पेंशनर्स <input type="checkbox"/> NPS पेंशनर्स <input type="checkbox"/>
2.	म.प्र. राज्य पावर कंपनी की प्रस्तावित अंशदायी (Contributory) केशलेस स्वास्थ्य योजना में आप किस विकल्प में शामिल होना चाहते हैं? (विकल्प का चयन सोच समझ कर करें) <input type="checkbox"/> विकल्प-1 (अ) हितग्राही का अंशदान रू. 500 प्रतिमाह प्रति परिवार (ब) हेल्थ रिस्क कव्हर रू. 5 लाख प्रतिवर्ष प्रति परिवार (स) वार्ड पात्रता रू.3000 प्रतिदिन किराया प्राईवेट वार्ड <input type="checkbox"/> विकल्प-2 (अ) हितग्राही का अंशदान रू. 1000 प्रतिमाह प्रति परिवार (ब) हेल्थ रिस्क कव्हर रू. 10 लाख प्रतिवर्ष प्रति परिवार (काम्प्लीमेंट्री वार्षिक प्रिवेन्टीव हेल्थ चेकअप सभी सदस्यों के लिए) (स) वार्ड पात्रता रू.6000 प्रतिदिन किराया प्राईवेट वार्ड <input type="checkbox"/> विकल्प-3 (अ) हितग्राही का अंशदान रू. 2000 प्रतिमाह प्रति परिवार (ब) हेल्थ रिस्क कव्हर रू. 25 लाख प्रतिवर्ष प्रति परिवार (काम्प्लीमेंट्री वार्षिक प्रिवेन्टीव हेल्थ चेकअप सभी सदस्यों के लिए) (स) वार्ड पात्रता रू.6000 प्रतिदिन किराया प्राईवेट वार्ड

क्र.	हितग्राही विवरण	विवरण	परिवर्तन यदि कोई हो तो
3.	स्वयं का नाम		
	कर्मचारी संख्या		
	जन्मतिथि (DD/MM/YY)		
	आधार नंबर		
	लिंग	पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/>	
	पद		
	कार्यालय		
	लेखाधिकारी कार्यालय		

	पत्र व्यवहार का पता		
	प्रथम मोबाईल नंबर		
	अन्य मोबाईल नंबर		
	ब्लड ग्रुप		
	ईमेल आईडी		
	परिवार का समग्र आई. डी.		
4.	** पात्र आश्रितों की जानकारी: -	संलग्नक 'अ' के अनुसार	
4.1	जीवन साथी का नाम		
	वर्तमान स्थिति	जीवित है <input type="checkbox"/>	स्वर्गवास हो चुका है <input type="checkbox"/>
	स्वास्थ्य सुविधा हेतु आश्रित एवं पात्र	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>
	लिंग	पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/>	
	ब्लड ग्रुप		
	जन्मतिथि (DD/MM/YY)		
	आधार नंबर		
4.2	प्रथम बच्चे का नाम		
	वर्तमान स्थिति	जीवित है <input type="checkbox"/>	स्वर्गवास हो चुका है <input type="checkbox"/>
	स्वास्थ्य सुविधा हेतु आश्रित एवं पात्र	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>
	लिंग	पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/>	
	ब्लड ग्रुप		
	जन्मतिथि (DD/MM/YY)		
	आधार नंबर		
4.3	द्वितीय बच्चे का नाम		
	वर्तमान स्थिति	जीवित है <input type="checkbox"/>	स्वर्गवास हो चुका है <input type="checkbox"/>
	स्वास्थ्य सुविधा हेतु आश्रित एवं पात्र	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>
	लिंग	पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/>	
	ब्लड ग्रुप		
	जन्मतिथि (DD/MM/YY)		
	आधार नंबर		
4.4	तृतीय बच्चे का नाम (यदि द्वितीय बच्चे जुड़वां है)		
	वर्तमान स्थिति	जीवित है <input type="checkbox"/>	स्वर्गवास हो चुका है <input type="checkbox"/>
	स्वास्थ्य सुविधा हेतु आश्रित एवं पात्र	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>
	लिंग	पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/>	
	ब्लड ग्रुप		
	जन्मतिथि (DD/MM/YY)		
	आधार नंबर		
4.5	पिता/ससुर का नाम		
	वर्तमान स्थिति	जीवित है <input type="checkbox"/>	स्वर्गवास हो चुका है <input type="checkbox"/>
	स्वास्थ्य सुविधा हेतु आश्रित एवं पात्र	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>
	ब्लड ग्रुप		
	जन्मतिथि (DD/MM/YY)		
	आधार नंबर		

4.6	माता /सास का नाम		
	वर्तमान स्थिति	जीवित है <input type="checkbox"/>	स्वर्गवास हो चुका है <input type="checkbox"/>
	स्वास्थ्य सुविधा हेतु आश्रित एवं पात्र	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>
	ब्लड ग्रुप		
	जन्मतिथि (DD/MM/YY)		
	आधार नंबर		

** आश्रितों की पात्रता एवं परिवार की परिभाषा संलग्नक 'अ' के अनुसार ही होगी।
कर्मचारी द्वारा घोषणा

मैं, (नाम) पिता/पति का नाम.....
पद.....
कम्पनी.....एतद द्वारा, घोषणा करता हूँ /करती हूँ कि मैंने म.प्र. पावर कम्पनी अंशदायी केशलेस स्वास्थ्य योजना के सभी प्रावधानों को पढ़ लिया है एवं भलीभाँती समझ लिया है। विशेष रूप से विकल्प परिवर्तन एवं को-पे के उपबंधों को समझ लिया है। मैं इस योजना में स्वयं तथा अपने परिवार को शामिल करने की पूर्ण सहमति देता हूँ /देती हूँ।

म.प्र. राज्य पावर कंपनी की अंशदायी (contributory) केशलेस स्वास्थ्य योजना में शामिल होने हेतु मेरे द्वारा दी गई उपरोक्त जानकारी पूर्णतः सही है। यदि मेरे द्वारा दी गई कोई भी जानकारी भविष्य में गलत पाई जाती है तो मुझे स्वास्थ्य योजना से अपात्र माना जाएगा एवं जमा किये गये अंशदान की राशि मुझे लौटाई नहीं जाएगी मैं योजना को अच्छी तरह से समझ कर चयनित विकल्प के अनुसार अपने अंशदान की आवश्यक कटौती वेतन/पेंशन से प्रतिमाह करने की सहमति देता/ देती हूँ।

स्थान

दिनांक

हस्ताक्षर एवं नाम व पद

अग्रेषित

सहायक प्रबंधक / प्रबंधक (मा.स.) के हस्ताक्षर एवं नाम व पद

मोबाईल एप में दिनांक को उपरोक्त जानकारी अपडेट कर दी गई है।

कार्यालय प्रमुख की सील सहित हस्ताक्षर

स्थान

दिनांक

परिवार की परिभाषा

अ. कर्मचारी का पति अथवा पत्नी (आश्रित का मापदंड लागू नहीं)

ब. कर्मचारी के साथ रहने वाले उस पर पूर्ण रूप से आश्रित माता-पिता और प्रथम दो जीवित संतान (दूसरी प्रसूति से जुड़वा बच्चे होने पर ही तीसरी संतान) या विधिक रूप से गोद ली गई संतान (परंतु आश्रित संतानों की संख्या तीन से अधिक न हो)।

1. आश्रितों हेतु पात्रता

राज्य शासन में कार्यरत पति या पत्नी (पॉवर कंपनी के अतिरिक्त) केन्द्रीय शासन / शासकीय उपक्रम/अर्द्धशासकीय/ निजी क्षेत्र एवं अपने नियोजक से निश्चित चिकित्सा भत्ता / चिकित्सा सुविधा पाने वाले / वाली पति या पत्नी पॉवर कंपनी द्वारा प्रदत्त चिकित्सा सुविधा हेतु पात्र नहीं माने जायेंगे। यदि दोनों अर्थात् पति-पत्नी पॉवर कंपनी में कार्यरत है तो दोनों में से कोई एक चिकित्सा सुविधा हेतु स्वयं एवं आश्रित पारिवारिक सदस्य हेतु चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु दावा कर सकते हैं। इस हेतु दोनों को एक संयुक्त घोषणा पत्र प्रस्तुत करना होगा कि दोनों में से कौन चिकित्सा सुविधा हेतु (स्वयं / पारिवारिक / आश्रित सदस्यों) दावा प्रस्तुत करेगा। चिकित्सकीय सुविधा हेतु परिवार की परिभाषा में पति या पत्नी स्वमेव समाहित होंगे और आश्रित के मापदण्ड उन पर लागू नहीं होगा जब तक कि उनका तलाक अथवा निधन न हो जाए।

a. माता-पिता

कर्मचारी के साथ रहने वाले एवं उन पर आश्रित ऐसे माता-पिता, यदि वे आयकर दाता नहीं हो कंपनी कर्मियों के आश्रित माने जायेंगे एवं विद्युत कंपनी से चिकित्सा सुविधा प्राप्त करने के पात्र होंगे। ऐसे प्रकरण में कर्मचारी को इस आशय का स्व-हस्ताक्षरित एवं 'नियंत्रक अधिकारी से प्रति-हस्ताक्षरित घोषणा पत्र प्रस्तुत करना होगा। विवाहित महिला के माता -पिता या सास- ससुर आश्रित के मापदंड में शामिल किये जायेगे यदि वे आयकर दाता नहीं हो।

b. संतान- पुत्र -

25 वर्ष आयु तक का पुत्र अथवा शादी हो चुकी हो, इसमें से जो भी पहले हो। कर्मचारी के ऐसे पुत्र जो शारीरिक रूप से विकलांग अथवा मानसिक रूप से विकलांग हो, को पूर्ण रूप से कर्मचारी पर आश्रित माना जायेगा, इस संबंध में आयु की सीमा लागू नहीं होगी। ऐसे

प्रकरणों में विकलांग का अर्थ संभागीय / जिला मेडिकल बोर्ड द्वारा प्रमाणित अंधा, बहरा, गूंगा, लोकोमोटर विकलांग एवं मानसिक विकलांग होगा।

c. संतान- पुत्री -

ऐसी अविवाहित पुत्री (आयु सीमा बाधक नहीं) विधवा, तलाकशुदा/पति से अलगाव को विद्युत कंपनी के कर्मचारी पर आश्रित मानकर चिकित्सा सुविधा दी जा सकती है। परंतु ऐसी पुत्री (विधवा, तलाकशुदा, पति से अलगाव) की चिकित्सा सुविधा प्राप्त करने हेतु कर्मचारी को उसके आश्रित होने के संबंध में स्वयं हस्ताक्षरित घोषणा पत्र जो नियंत्रक अधिकारी द्वारा प्रति-हस्ताक्षर हो प्रस्तुत करना होगा।

2. आश्रितों की पात्रता के लिये मासिक आय का पात्रता

कार्मिक के माता/ पिता/पुत्र/पुत्री को तभी आश्रित माना जाएगा जब वे आयकर दाता नहीं हो।

कार्मिक के ऐसे पारिवारिक सदस्य (जीवन साथी को छोड़कर) जो आयकर दाता होंगे, उन्हें इस योजना में चिकित्सा सुविधा की पात्रता नहीं होगी। सभी कंपनियों के नियंत्रक अधिकारी यह सुनिश्चित करेंगे कि उपरोक्त उल्लेखित नियमों की परिधि में नहीं आने वाले पात्र आश्रितों की उपलब्ध जानकारी के आधार पर जांच करें, कार्मिक के घोषणापत्र में गलत जानकारी पाए जाने पर उनकी सुविधाएं तत्काल प्रभाव से बंद कर दी जावे। साथ ही उनके चिकित्सा आई . डी. कार्ड तत्काल निरस्त किये जाए एवं उनके पात्र आश्रित होने की सुनिश्चितता के आधार पर ही अग्रिम उपचार हेतु स्वीकृति / निर्दिष्टता / सुविधाएं प्रदान की जाए।