

प्रेषक,

डा० ए० के० सिंह  
ज़िला न्यायाधीश  
अमरोहा।

सेवा में,

महानिबन्धक  
माननीय उच्च न्यायालय  
इलाहाबाद।

पत्रांक (832/19 प्रशासन न्याय विभाग अमरोहा दिनांक 20.11.19)

विषय:- स्वयं के लिये कय किये गये चश्में की चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावे के आपत्ति निराकरण के सम्बन्ध में:-

महोदय,

सम्मान सहित अनुरोध है कि माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के पोर्टल के माध्यम से मेरे द्वारा प्रेषित चश्मा कय किये जानें की चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावे पर आपत्ति अंकित की है। उक्त संदर्भ में अवगत कराना है कि इस दावे के समस्त मूल प्रपत्र ज़िला न्यायालय अमरोहा के पत्र संख्या 1808/19 दिनांक 16.11.2019 के माध्यम डाक द्वारा प्रेषित किये जा चुके हैं। चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावे पर आपत्ति इस कार्यालय को आज प्राप्त हुई है। चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावे की आपत्ति निराकरण हेतु संशोधित परिशिष्ट 'ग' एवं उत्तर प्रदेश चिकित्सा प्रतिपूर्ति नियमावली एवं प्रथम संशोधन नियम, 2014 के अनुसार बिना अस्पताल में भर्ती हुए का प्रमाण-पत्र पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी अमरोहा से देय राशि अंको एवम् शब्दों में अंकित कराकर इस पत्र के साथ संलग्न कर चिकित्सा प्रतिपूर्ति की स्वीकृति हेतु दावा प्रेषित किया जा रहा है।

अतः सम्मान सहित अनुरोध है कि माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के पोर्टल पर अंकित आपत्तियों के निराकरण हेतु संलग्न किये जा रहे परिशिष्ट 'ग' एवम् बिना अस्पताल में भर्ती हुए का प्रमाण-पत्र माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के समक्ष चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावे को स्वीकृति हेतु रखने की कृपा करें।

सादर।

दिनांक

भवदीय

(डा० ए० के० सिंह)  
ज़िला न्यायाधीश  
अमरोहा।

DISTRICT JUDGE  
AMROHA

संलग्नक:- यथोक्त

*20-11-19*

परिशिष्ट 'ग'

सेवा में,

....ज़िला न्यायाधीश  
अमरोहा।

विषय— चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

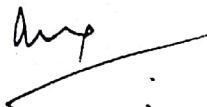
महोदय,

मैं डा० अशोक कुमार सिंह ने स्वयं की आँखों का दिनांक 16.10.2019 से दिनांक 21.10.2019 .....तक संयुक्त ज़िला चिकित्सालय अमरोहा उपचार करवाया है।

मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिए दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ—

1. उपचारी चिकित्सक/चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित/प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाणपत्र।
2. उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची, बिल, वाउचर। पत्र संख्या.....निल.....दिनांक.....निल.....द्वारा स्वीकृत.....रूपये के अग्रिम का समयोजन करने के पश्चात् मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिए यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक

  
अधिकारी का नाम(डा० अशोक कुमार सिंह)  
पदनाम— जनपद न्यायाधीश  
अमरोहा

अनिवार्यता प्रमाण-पत्र  
(अस्पताल में बिना गर्ती हुए उपचार की दशा में)

Dr. T.P. Singh hereby Certify ~~that~~ Dr. R.K. Singh, D.V., Amroha  
 (A) That I charged and received Rs                      for consultations on                      date to be  
 given )                      at the residence of the patient .  
 (B) that I charged and received Rs                      for administering                      intra  
 muscular / subcutaneous                      on                      at my consulting room (date to be given)  
 at the residence of the patient.

(C) that the injections were for / were not immunising or prophylactic purpose .

(D) that the patient has been under treatment at D.C.H., Amroha hospital / my consulting room and that  
 the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery /  
 prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicine are not stocked in  
 in the D.C.H., Amroha (name of the hospital) for supply to private patients and do not include  
 proprietary preparations for which cheaper substances of equal theraputic value are available for  
 preparations which are primarily foods, toilets of disinfections.

NAME OF MEDICINE

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Bill attached

PRICE RS. 22,200.00  
Counter signed  
-7200

₹ 15000.00

₹ fifteen thousand only

(E) that the patient is / was suffering from Dyspeptic illness and is / was under my treatment at Amroha  
 16-10-2019... to 21-10-19.....  
 Chief Medical Officer  
 Distt. Amroha

(F) that the patient is / was not given pernatal or postnatal treatment .

(G) that the X-ray. Laboratory test etc. for which an expenditure of Rs                      was  
 incurred were necessasry and were undertaken on my advice at                      (Name of hospital  
 or laboratory .

(H) that I referred the patient to Dr                      for specialist consultation and that the  
 necessary approval of the                      (Name of the Chief Administrative Medical Officer of the  
 State ) as required under the rules was obtained .

(I) that the patient did not require/ required hospitalisation.

Counter signed

Dated

20.11.19  
Dr. T.P. Singh

Signature & Designation of                       
 The Medical Officer Distt. Combined Hospital, Amroha  
 Dispensary to which attached

(Eye Surgeon)  
 Medical Superintendent/ S.M.O. Store  
 Distt. Combined Hospital, Amroha