

प्रेषक,
जनपद न्यायाधीश,
हाथरस।

सेवा में,
श्रीमान् महानिबन्धक,
माननीय उच्च न्यायालय,
इलाहाबाद।

पत्रांक: ॥॥ /XV-सिविल हाथरस : दिनांक: जुलाई 03, 2020

विषय: स्वयं की पुत्री कु0 अनुष्का संगल की चिकित्सा में व्यय हुयी धनराशि की चिकित्सा प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में।

माननीय महोदय,

उपरोक्त विषयक ससम्मान अनुरोध करना है कि मेरे द्वारा अपनी पुत्री कु0 अनुष्का संगल का इलाज ओरोकेयर डेण्टल क्लीनिक, आगरा से कराने में व्यय हुयी धनराशि रु0 47,000/- (सैतालिस हजार रु0) की चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु सम्बन्धित बिल, वाऊचर को तकनीकी परीक्षण, प्रतिहस्ताक्षर एवं देय-अदेय धनराशि के निर्धारण हेतु मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, हाथरस को प्रेषित किया गया था। मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, हाथरस द्वारा पत्रांक संख्या मु.चि.अ. /चि0प्र0पूर्ति/ 2020/0027863/हाथरस/340 दिनांकित 02.07.2020 से सम्बन्धित बिल, वाऊचर का तकनीकी परीक्षण करने के उपरान्त कुल 47,000/- रु0 मात्र की धनराशि प्रतिपूर्ति हेतु संस्तुति की गयी है। अनिवार्यता प्रमाणपत्र तदनुसार प्रतिहस्ताक्षरित किया गया है।

अतः महोदय से अनुरोध है कि पत्र के साथ संलग्न चिकित्सा प्रतिपूर्ति आवेदन को माननीय न्यायालय से स्वीकृत कराने की कृपा करें।

सादर।

भवदीय,

(विवेक संगल)

जनपद न्यायाधीश,
हाथरस।

संलग्नक:

1. मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, हाथरस द्वारा पत्रांक संख्या मु.चि.अ./चि0प्र0पूर्ति/ 2020/0027863/हाथरस/340 दिनांकित 02.07.2020 मूल रूप में।
2. तकनीकी परीक्षण प्रमाणीकरण प्रारूप-1 मूल रूप में।
3. प्रतिहस्ताक्षरित ऑनलाईन प्रमाणपत्र-ए।
4. चिकित्सक द्वारा प्रमाणित प्रमाणपत्र-ए एवं समस्त बिल, वाऊचर मूल रूप में।
5. आकस्मिकता प्रमाणपत्र मूलरूप में।

09/07/20
Ketan
08-7-20

प्रेषक,
जनपद न्यायाधीश,
हाथरस।

प्रापक,
मुख्य चिकित्सा अधीक्षक
हाथरस।

पत्रांक: 1078/XV-सिविल हाथरस: दिनांक: 30 जून, 2020

विषय: चिकित्सा प्रतिपूर्ति के तकनीकी परीक्षण, प्रतिहस्ताक्षर व देय अदेय धनराशि के निर्धारण के सम्बन्ध में।

महोदय,


उपरोक्त विषयक के सन्दर्भ में अवगत कराना है कि मेरे द्वारा अपनी पुत्री कु0 अनुष्का संगल के इलाज में व्यय हुयी धनराशि के बिल, चिकित्सा प्रतिपूर्ति हेतु प्रस्तुत किये गये हैं। अतः चिकित्सा प्रतिपूर्ति से सम्बन्धित देय एवं अदेय धनराशि के निर्धारण हेतु प्रपत्र-ए धनराशि 47,000/- रू0 एवं इससे सम्बन्धित समस्त बिल वॉऊचर मूलरूप में आपके पास प्रेषित किये जा रहे हैं।

अतः आपसे अपेक्षा की जाती है कि उपरोक्त चिकित्सा प्रतिपूर्ति से सम्बन्धित बिल वॉऊचरों को प्रतिहस्ताक्षरित तथा देय व अदेय धनराशि नियमानुसार निर्धारित करने का कष्ट करें।

भवदीय



(विवेक संगल)
जनपद न्यायाधीश,
हाथरस।


30.06.2020

संलग्नक- उपरोक्तानुसार।

सेवा में,

जनपद - (12) धौलपुर
हाथल

विषय: चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

महोदय,

मैं विवेक संगल ने अपनी पत्नी का दिनांक 20.3.20 से 14.6.20 तक कोरोना केयर डेंटल क्लीनिक, हाथल में उपचार कराया है। मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिये दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ।

1. उपचारी चिकित्सक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाण पत्र।
2. उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची (कैश मेमो एवं वाऊचर)।
3. यह प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर नामित मेरी पत्नी, मुझ पर पूर्णतया आश्रित है।

इसके लिये मेरे द्वारा विभाग से किसी भी अग्रिम का आहरण नहीं किया गया है। मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिये यथाआवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक:

हस्ताक्षर 30.06.2020
अधिकारी/कर्मचारी का नाम
पद नाम
तैनाती का स्थान

भा० उद्योग

प्रस्तुत चिकित्सा उपपूर्ति दावा तकनीकी परीक्षण हेतु मुख्य चिकित्सा अधिकारी हाथल को प्रेषित किया जाना आवश्यक है। अतः भा० उद्योग से अनुरोध है कि उक्त दावा तकनीकी परीक्षण एवं यदि आवश्यकताओं के विचार हेतु मुख्य चिकित्सा अधिकारी हाथल को प्रेषित किया जाये हेतु अनुरोध उपचार कार्य की कृपा करें।
धौलपुर

30.06.2020

Scan report. Let it be sent to concerned authority for n.a.
30.06.2020

Certificate granted to **ANOUSHKA SANGAL, 14, FEMALE** of Mr employed In the

Certificate 'A'

(To be completed in the case of patient who are not admitted to hospital for treatment)

Dr hereby certify:-

(a) That I charged/received Rs **47,000.00** for consultations on **20/03/2020** at my consulting room at the residence for the patient.

(b) That the patient has been under treatment at **OROCARE DENTAL CLINIC** hospital/my Consulting room and that the under , mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

The medicines are not socked in the **OROCARE DENTAL CLINIC** for the supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available not preparations which are primarily foods, toilets and disinfectants.

SI. NO	Particulars of Bills	Bill No	Bill Date	Amount
1	Hospital Bill	12	20/03/2020	47,000.00
2	Consultation	Nil	14/06/2020	0.00

Rupees Forty-Seven Thousand Only

Total:-Rs. 47,000.00

(c) That the patient is/was suffering from **ORTHODENTIC TREATMENT** and is/was under my treatment form **20/03/2020 to 14/06/2020**

(d) That the patient is/was not given prenatal of postnatal treatment.

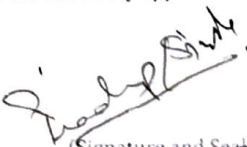
(e) That the X-Ray, Laboratory test, etc. for which an expenditure of Rs **0.00** was Incurred were necessary and were undertaken on my advice at **OROCARE DENTAL CLINIC**

(f) That I referred the patient to Dr.....for specialist consultation and that the necessary approval of the.....as required under the rules was obtained.

(g) The the patient did not require/required under the rules for hospitalization.

(h) I am not drawing any NPA/NPP.

Date


(Signature and Seal)
Dr. Pradeep Singh (B.D.S.)
Implantologist
OROCARE DENTAL CLINIC
LECT. K.D. Dental College
& Hospital, Mathura

For Office Use Only

COUNTERSIGNED

I Certify that the patient has been under treatment at our Hospital/Dispensary and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

Date

(Signature and Seal)
(Medical Superintendent of the Hospital Or Dispensary or Authorised Signatory designated by Competant Authority)



Department of Medical Health and Family Welfare Government of Uttar Pradesh

Online Application Form for Registration of Medical Reimbursement

Application Number : MER0027863

To,
The Superintendent in Chief / Chief Medical Superintendent,
Distt : Hathras
Uttar Pradesh

Sir,
Kindly Register my request for issuance of Medical Reimbursement which are given as below:

1 Treatment Type:

Treatment Category For OPD Treatment

2 Employee's Detail:

Full Name	Vivek Sangal	Father Name	Late Virendra Gopal Sangal
Designation	District Judge	Aadhaar No.	390538580021
Date Of Birth	12/09/1968	Gender	Male
Mobile No	7906016207		

3 PPO detail:

Retired from Employment No

4 Address of Current Posting :

Office Name	District Court, Hathras	Office Incharge Name	District Judge, Hathras
Address	District Court, Qila Gate, Hathras	State	Uttar Pradesh
District	Hathras	Pincode	204101



5 Permanent Address :

Address	276, CIVIL LINES NORTH, OPPOSITE OMEGA HOTEL, MUZAFFARNAGAR	State	Uttar Pradesh
District	Hathras	Pincode	251001

6 Patient's Details:

Requesting Medical Reimbursement for	Dependent	Hospital Type	Pvt
Patient Name	Anoushka Sangal	Age	14
Gender	Female	Disease Name	Orthodontic Treatment
Place where Disease Identified	Agra	Hospital Name	Orocare Dental Clinic
Doctor Name	Dr. Pradeep Singh	Treatment Period From	20/03/2020
Treatment Period To	14/06/2020	Patient Aadhaar no	
Relations with Employee	Daughter		

7 Details of expenditure:

S.No.	Bill Type	Bill No.	Date	Amount	Download
1	Hospital Bill	12	20/03/2020	47000.00	
2	Consultation	Nil	14/06/2020	0.00	
Total				47000.00	

8 Advance Detail:

Have you already taken Advance No

9 Bank Details of Employee:

Bank Name	STATE BANK OF INDIA	Branch Name	HOSPITAL ROAD, AGRA
Account Number	30249700472	IFSC Code	SBIN0030159

Date Place Signature of Person Incharge

CERTIFICATE - "A"

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)


I Dr. Pradeep Singh
hereby certify -

- (A) That I charged and received Rs. For consultations on at my consulting room (Date to be given) at the residence of the patient.
- (B) That I charged and received Rs. for administering intra-muscular injections/subcutaneous on at my consulting room/(date to be given) at the residence of the patient.
- (C) That the injections administered were for/were not immunizing or prophylactic purposes.
- (D) That the patient has been under treatment at Praveen dental clinic, Agra, hospital/my consulting room and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious the (name of the hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available for preparations which are primarily foods. Toilets or disinfections.

	Name of Medicines	Prices
1.		
2.	<u>Bill voucher Attached</u>	<u>47000 = 00</u>
3.		
4.		
5.		
6.		

- (E) That the patient is/was suffering from orthodontic treatment and is/was under my treatment from to
- (F) That the patient is/was not given prenatal or postnatal treatment.
- (G) That the X-ray, laboratory test, etc. for which an expenditure of Rs. was incurred were necessary 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 Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules was obtained.
- (I) That the patient did not require/required hospital.

Dated:

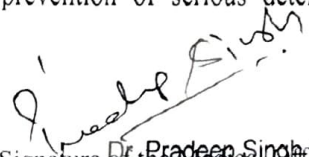

Signature & Design of the
Dr. Pradeep Singh
Medical Officer and the
Hospital, District Hospital
LECT. K.D. Dental College
& Hospital, Mathura

N.B.—Certificates not applicable should be struck off. Certificate (A) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss Anoushka Sangal
wife/son/daughter of Mr. V.V.C.K. Sangar, A.S.H. Judge, Hathras employed in
the C.P. Judiciary

Part - "B"

I certify that the patient has been under treatment at the ... care dental clinic
Agar hospital and that the services of the special nurses, for which an
expenditure of Rs. 47,000 = 00 was incurred vide bills and
attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the
condition of the patient.


Signature of the Medical Officer in-charge
of the case at the Hospital.
Dr. Pradeep Singh (B.D.S.)
Implantologist
LECT. K.D. Dental College
& Hospital, Mathura

COUNTERSIGNED

..... Medical Superintendent
..... Hospital.

I certify that the patient has been under treatment at the hospital
and that the facilities provided the minimum which were essential for the patient's.

..... Medical Superintendent
..... Hospital.

BILL

OROCARE DENTAL CLINIC

Near Hariyali Vatica, Chhili Int Road Ghatia, Agra M : 9259811585

No. 12 Date 20/3/2022
 Patient Name: Miss Anoushka Sangal Age: 14 Sex: F
 Address: Surya Nagar, Agra Mob: 9450942062

PROCEDURES	CHARGES	AMOUNT
Root Canal Treatment (RCT)		
Capping		
Ortho Treatment	45000	45000
Filling		
Scaling	2000	2000
Extraction		
Surgery of Wisdom Tooth		
Total		47000
Other Charges		
Grand Total		47,000
Less Advance		-
Balance		

Dr. Pradeep Singh (B.D.S.)
 For ORO CARE DENTAL CLINIC
 LECT. K.D. Dental College
 & Hospital, Mathura
 Signature

OROCARE DENTAL CLINIC

ओरोकेयर डेंटल क्लीनिक



DR. PRADEEP SINGH

डॉ. प्रदीप सिंह (B.D.S.)

(Implantologist)

Certified P.G. in Orthodontics

M.AOI

LECT. K.D. Dental College & Hospital, Mathura

समय :
सुबह 10 से 2
सायं 5 से 9

Near Hariyali Vatica

Chhili Int Road

Ghatia, Agra

M : 9259811585

Drug Allergy

Diabetes

B.P.

Systemic Diseases

Pregnancy

Name Miss Anoushka Sangal Age/Sex 12/F Date 30/8/18

C/O Pt complains of crowded teeth

Adv. Orthodontic treatment.

Rx

Miss Anoushka Sangal c/o Mr. Vivek Sangal is undergoing the orthodontic treatment. This treatment will take approximately 1 to 1 1/2 yrs

Facilities : सुविधायें

1. दाँतों का एक्स-रे
2. मसूड़ों तथा दाँतों की जाँच
3. टेढ़े-मेढ़े दाँतों का इलाज
(Metallic & Tooth Coloured)
4. दाँतों की सफाई (Scaling)
तथा पायरिया का इलाज
5. दाँत के रंग की फिलिंग।
6. दाँत की नस का इलाज (R.C.T.)
7. खराब दाँतों को बिना परेशानी के निकालना।
8. नकली दाँत तथा पूरा जबड़ा लगाना
(R.P.D., F.P.D., C.D.)
9. मुख की परेशानी जैसे-मुँह का कम खुलना, इन्फ्लेमेशन, कैंसर आदि का इलाज।
10. पीले, भूरे, बदरंग दाँतों का इलाज

Dr. Pradeep Singh
B.D.S., Implantologist
K.D. Dental College & Hospital
Mathura

Informed consent : I ...VIVEK SANGAL (father) undersigned hereby give my consent to undergo the required surgery/procedure under any anaesthesia, I have been explained about the procedure and took the responsibility of possible complications of the procedure / anaesthesia. I am willing to undergo the procedure at my own risk.

गुरुवार अवकाश - रविवार सायं अवकाश

Signature

Regd. No. 8787

कृपार डन्टल क्लिनिक



I care for your smile

DR. PRADEEP SINGH

डॉ. प्रदीप सिंह (B.D.S.)

(Implantologist)
Certified P.G. In Orthodontics
M.A.OI
LECT. K.D. Dental College
& Hospital, Mathura

Near Hariyali Vatica
Chhill Int Road
Ghatia, Agra
M : 9634047884

Name Miss Anoushka Srivastava R

Age/Sex 14 / F

Date 14/6/2020

Drug Allergy
Diabetes
B.P.
Systemic Diseases
Pregnancy

Facilities : स्विफायर

1. दाँतों का एक्स-रे
2. मसूढ़ों तथा दाँतों की जाँच
3. टेढ़े-मेढ़े दाँतों का इलाज
(Metallic & Tooth Coloured)
4. दाँतों की सफाई (Scaling)
तथा पायरिया का इलाज
5. दाँत के रंग की फिलिंग।
6. दाँत की नस का इलाज (R.C.T.)
7. खराब दाँतों को बिना परेशानी के निकालना।
8. नकली दाँत तथा पूरा जबड़ा लगाना
(R.P.D., F.P.D., C.D.)
9. मुख की परेशानी जैसे-मुँह का कप खुलना, इन्फ्लेमेशन, कैंसर आदि का इलाज।
10. पीले, भूरे, बदरंग दाँतों का इलाज

Fixed Metallic orthodontic treatment has been completed. 2 the Hawley's Retainers has been given. On 14th June 2020. which needs to be worn for 6-9 months regular.

NOTE - CONSULT IP NEEDED.

समय :
सुबह 11 से 2
राय 5 से 8

Informed consent : I undersigned hereby give my consent to undergo the required surgery/procedure under any anaesthesia. I have been explained about the procedure and took the responsibility of possible complications of the procedure / anaesthesia. I am willing to undergo the procedure at my own risk.

मुखवार अयकारा - स्विफार साय अयकारा

Pradeep Singh
Signature

प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि कु0 अनुष्का संगल पुत्री श्री विवेक संगल, जनपद न्यायाधीश, हाथरस का आर्थोडेंटल ट्रीटमेंट, आपात स्थिति में मेरे द्वारा दिनांक 30.08.2018 से प्रारम्भ कर दिनांक 14.06.2020 तक ओरोकेयर डेंटल क्लीनिक, छिली ईट रोड, घटिया, आगरा में किया गया।

तदनुसार प्रमाण पत्र निर्गत किया जाता है।



Dr. Pradeep Singh (B.D.S.)
हस्तक्षर व सुडिग
Implantologist
LECT. K.D. Dental College
& Hospital, Mathura