

प्रेषक,

डा० ए०के०सिंह
ज़िला न्यायाधीश,
अमरोहा।

सेवा में,

महानिबन्धक
माननीय उच्च न्यायालय,
इलाहाबाद।

पत्रांक | ४०४ / 19 / प्रशा० / न्याय विभाग अमरोहा दिनांक 16.11.19

विषय:- चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा स्वीकृत किये जानें के सम्बन्ध में :-

महोदय,

उपरोक्त विषय पर अनुरोध है कि मेरे द्वारा ज़िला संयुक्त चिकित्सालय अमरोहा में स्वयं की दिनांक 16.10.2019 की आँखों की कराई गयी जाँच के अनुसार कय किये गये चश्मों की प्रतिपूर्ति हेतु चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा अंकन 22,000-00 का प्रस्तुत किया है। मूल बिल वाउचर संलग्न है। प्रकरण में मुख्य चिकित्सा अधिकारी की आख्या एवं प्रभारी चिकित्सा प्रतिपूर्ति की ज़िला न्यायालय अमरोहा की आख्या संलग्न है। माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के पत्र संख्या 515/चतुर्थ-3135 /एडमिन, ए-1 सेक्शन दिनांकित 11.01.2016 के अनुसार चश्मा कय किये जानें की अधिकतम सीमा अंकन 15,000-00 निर्धारित की गयी है। प्रकरण में ज़िला न्यायालय पत्र संख्या 1751 /19 ज़िला न्यायालय अमरोहा दिनांक 06.11.2019 के माध्यम से चिकित्सा शुरू होने के दिनांक 16.10.2019 से निर्धारित समय सीमा 30 दिवस के अन्दर सूचना माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के नियमानुसार प्रेषित की जा चुकी है, पत्र की छाया प्रति संलग्न है। चूंकि प्रस्तुत चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा स्वयं से सम्बन्धित है, स्वीकृति हेतु इस पत्र के साथ संलग्न कर माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद प्रेषित किया जा रहा है।


अतः सादर अनुरोध है कि इस पत्र के साथ संलग्न किया जा रहा स्वयं के लिए कय किये गये चश्मा चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के समक्ष आदेशार्थ रखने की कृपा करें।

सादर।

दिनांक

संलग्नक:- यथोक्त

भवदीय


(डा० ए०के०सिंह)
ज़िला न्यायाधीश,
अमरोहा।

जनपद न्यायाधीश
अमरोहा

षक,

डा० अशोक कुमार सिंह
ज़िला न्यायाधीश
अमरोहा।

सेवा में,

महानिबंधक
माननीय उच्च न्यायालय
इलाहाबाद।

पत्रांक 1751/19 ज़िला न्यायालय अमरोहा दिनांक 06.11.19

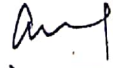
विषय— स्वयं के लिये कय किये गये चश्में की प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में:—

महोदय,

ससम्मान पूर्वक निवेदन है कि जिला संयुक्त चिकित्सालय अमरोहा में दिनांक 16.10.2019 स्वयं की आँखों का परीक्षण कराया जिसमें मुझे चश्मा रेग्युलर प्रयोग किये जानें की सलाह दी गयी है। मेरे द्वारा हिमालया ऑप्टीकल सेंटर प्राइवेट लिमिटेड शॉप नं० जी-10 जे०आ०पी० प्लाजा सेक्टर-18 नोएडा से अंकन 22,200-00 रूपए (बाईस हजार दौ सौ) मात्र का कय किया है। माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के पत्र संख्या 515/चतुर्थ 3135 एडमिन ऐ०जे० अनुभाग दिनांकित 11.01.2016 के अनुसार तीन वर्ष में एक बार 15,000/- की अधिकतम सीमा की प्रतिपूर्ति किये जानें का उल्लेख किया गया है। शासनादेश संख्या 474/पाँच-8-14-1082/87 टी०सी० दिनांक 04 मार्च 2014 के अधीन किसी भी चिकित्सा प्रतिपूर्ति की सूचना कार्यालय को ईलाज शुरू के 30 दिन के अन्दर देने का प्रावधान किया गया है।

अतः सादर अनुरोध है कि मेरे द्वारा स्वयं के लिए कय किये प्रइवेट संस्थान हिमालया ऑप्टीकल सेंटर प्राइवेट लिमिटेड शॉप नं० जी-10, जे०आ०पी० प्लाजा सेक्टर -18 नोएडा से कय किये जानें की सूचना माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के समक्ष रखने की कृपा करे।

दिनांक 6-11-2019

भवदीय

(अशोक कुमार सिंह)
ज़िला न्यायाधीश
अमरोहा
जनपद-अमरोहा
अमरोहा

माननीय जनपद न्यायाधीश, अमरोहा।

महोदय,

डा0 अशोक कुमार सिंह, जनपद न्यायाधीश महोदय के द्वारा स्वयं के ऑख की जाँच एवं चश्मे का कय जिला संयुक्त चिकित्सालय अमरोहा में दिनांक 16.10.2019 को कराई गयी चिकित्सा का चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति दावा रू0 22,000-00 पर मुख्य चिकित्साधिकारी अमरोहा द्वारा परीक्षणोपरान्त रू0 15,000-00 मात्र देय धनराशि प्रतिपूर्ति हेतु संस्तुति की गयी है।

कार्यालय द्वारा परीक्षण हेतु दावा मुख्य चिकित्साधिकारी अमरोहा को प्रेषित किया गया। जिस पर परीक्षणोपरान्त पत्रांक संख्या मुचिअ/चि0व्यय प्रपू0/2019-20 /20193 दिनांक 15.11.2019 के द्वारा 15,000-00 मात्र देय धनराशि प्रतिपूर्ति हेतु संस्तुति की गयी है एवं अनिवार्यता प्रमाण-पत्र प्रतिहस्ताक्षरित किया गया है।

कार्यालय आख्या का अवलोकन किया, जिसके अनुसार उक्त चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति की सभी औपचारिकताएं पूर्ण है तथा मुख्य चिकित्साधिकारी अमरोहा द्वारा परीक्षणोपरान्त की गयी संस्तुति के अनुसार रू0 15,000-00 मात्र स्वीकृत किये जाने की आख्या प्रस्तुत की गयी है।

माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के पत्रांक 515/चतुर्थ-3135 /एडमिन, ए-1 सेक्शन दिनांकित 11.01.2016 के अनुसार उक्त चश्मा के मद में भुगतान हेत प्रत्येक तीन वर्ष में एक बार रूपये 15,000-00 अधिकतम का भुगतान ही किया जा सकता है।

उ0प्र0 शासन चिकित्सा अनुभाग 6 के (चिकित्सा परिचर्या) (प्रथम संशोधन) नियमावली, 2014 के अनुसार रू0 2,00,000-00 तक चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के दावे की धनराशि की स्वीकृति का अधिकार कार्यालयध्यक्ष को दिया गया है।

उ0प्र0 शासन द्वारा जारी चिकित्सा नियमावली 2011 एवं सपठित चिकित्सा नियमावली 2014 कम मे चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के पत्र सं0 15901 / चतुर्थ -1696 /एडमिन ए- अनुभाग दिनांक 11.10.2014 एवं पत्र सं0 95 / चतुर्थ -एफ 116 /एडमिन ए-1, अनुभाग, दिनांक 04.01.2016 के द्वारा जारी की गयी चेकलिस्ट के अनुसार डा0 अशोक कुमार सिंह, जनपद न्यायाधीश के द्वारा स्वयं के चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति दावे का परीक्षण किये जाने पर रू0 15,000-00 का भुगतान स्वीकृत योग्य पाया गया है। कार्यालय आख्यानुसार प्रस्तुत चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा माननीय जिला न्यायाधीश महोदय से सम्बन्धित है, जिस कारण प्रस्तुत चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावे में माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद का अनुमोदन लिया जाने की आवश्यकता है।

अतः डा0 अशोक कुमार सिंह, जनपद न्यायाधीश, अमरोहा के स्वयं पर हुये चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु रू0 15,000-00 मात्र का दावा भुगतान हेतु आख्या श्रीमान जी की सेवा में प्रस्तुत है।

दिनांक 16/11/19

भवदीय

(सुरेश चन्द्र-1)

अपर जिला न्यायाधीश/
चिकित्साप्रतिपूर्ति
जिला न्यायालय अमरोहा।

सेवा में,

अपर ज़िला न्यायाधीश /
प्रभारी चिकित्सा प्रतिपूर्ति
ज़िला न्यायालय अमरोहा।

महोदय,

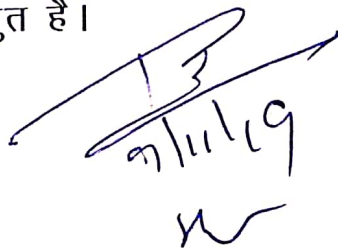
सम्मान सहित अनुरोध है कि डा० अशोक कुमार सिंह, जनपद न्यायाधीश महोदय के द्वारा स्वयं के आँख की जॉच एवं चश्में का कय ज़िला संयुक्त चिकित्सालय अमरोहा में दिनांक 16.10.2019 को कराई गयी चिकित्सा का चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति दावा रू० 22,000-00 का चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा निर्धारित प्रारूप संख्या परिशिष्ट 'ग' पर प्रस्तुत किया है।

मुख्य चिकित्साधिकारी अमरोहा को प्रेषित किया गया। जिस पर परीक्षणोपरान्त पत्रांक संख्या मुचिअ/चि०व्यय प्र००/2019-20 /20193 दिनांक 15.11.2019 के द्वारा 15,000-00 मात्र देय है। उक्त चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति की सभी औपचारिकताएं पूर्ण हैं तथा मुख्य चिकित्साधिकारी अमरोहा द्वारा परीक्षणोपरान्त की गयी संस्तुति के अनुसार रू० 15,000-00 मात्र स्वीकृत किये जानें की आख्या प्रस्तुत की गयी है।

माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के पत्रांक 515/चतुर्थ-3135 /एडमिन, ए-1 सेक्शन दिनांकित 11.01.2016 के अनुसार उक्त चश्मा के मद में भुगतान हेतु प्रत्येक तीन वर्ष में एक बार रूपये 15,000-00 अधिकतम का भुगतान ही किया जा सकता है। प्रकरण में चिकित्सा प्रतिपूर्ति की समस्त औपचारिकताएं पूर्ण हो चुकी हैं।

उ०प्र० शासन चिकित्सा अनुभाग 6 के (चिकित्सा परिचर्या) (प्रथम संशोधन) नियमावली, 2014 के अनुसार रू० 2,00,000-00 तक चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के दावे की धनराशि की स्वीकृति का अधिकार कार्यालयध्यक्ष को दिया गया है। चूकि प्रस्तुत चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा ज़िला न्यायाधीश महोदय का स्वयं का है जिस पर माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद का अनुमोदन लिया जाना आवश्यक है।

आख्या सादर प्रस्तुत है।


7/11/19

प्रेषक,

सुरेश चन्द-प्रथम
अपर जिला न्यायाधीश
प्रभारी चिकित्सा प्रतिपूर्ति अधिकारी
जिला न्यायालय अमरोहा।

सेवा में,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
अमरोहा।

पत्रांक- 178/19 लेखा न्याय विभाग अमरोहा दिनांक 07-11-19


विषय जिला न्यायाधीश अमरोहा द्वारा अपनी स्वयं की आंखों की चिकित्सा में व्यय की गई धनराशि की प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपरोक्त विषय पर आपको अवगत कराना है कि डा० अशोक कुमार सिंह, जिला न्यायाधीश अमरोहा के द्वारा संयुक्त जिला चिकित्सालय अमरोहा की सलाह पर चस्मा कय किये जानें के उपरान्त चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावा प्रस्तुत किया है। माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद के पत्र संख्या 515/चतुर्थ 3135 एडमिन ऐ०जे० अनुभाग दिनांकित 11.01.2016 के अन्तर्गत द्वारा तीन वर्ष में एक बार चस्मा कय किये जानें की अधिकतम सीमा 15,000/-रूपए (पन्द्रह हजार) मात्र निर्धारित की है।

अतः आपसे अपेक्षा की जाती है कि इस पत्र के साथ संलग्न किये जा रहे चिकित्सा प्रतिपूर्ति का दावे में संलग्न मूल बिल एवं माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद का विषयगत पत्र का उत्तर प्रदेश चिकित्सा परिचर्या 2011 एवं प्रथम संशोधन वर्ष 2014 के अनुसार तकनीकी परीक्षण कर अपनी विन्दुवार आख्या इस कार्यालय को यथस्वीघ्र प्रेषित करना सुनिश्चित करें।

दिनांक 7-11-19


(सुरेश चन्द-1) 7-11-19
अपर जिला न्यायाधीश
प्रभारी चिकित्सा प्रतिपूर्ति अधिकारी
जिला न्यायालय अमरोहा।

संलग्नक- चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा मूल बिल वाउचर सहित एवं माननीय उच्च न्यायालय इलाहाबाद का पत्र।

परिशिष्ट 'ग'

सेवा में,

....महानिबंधक
माननीय उच्च न्यायालय
इलाहाबाद।

विषय— चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

महोदय,

मैं.....डा0 अशोक कुमार सिंह / मेरे पारिवारिक सदस्य.....x.....ने.....आंखों का उपचार.....के लिए.....21.10.2019....से.....21.10.2019.....तक... संयुक्त जिला चिकित्सालय अमरोहा.....में 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।
3. यह प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर नामित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतया आश्रित है।

मेरे उपचारार्थ.....x.....के पत्र संख्या.....x.....दिनांक.....x.....द्वारा स्वीकृत.....x.....रूपये के अग्रिम का समयोजन करने के पश्चात् मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिए यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक 6-11-19

अधिकारी का नाम
पदनाम

डा0 अशोक कुमार सिंह
जिला न्यायाधीश अमरोहा।

6-11-19
डा0 अशोक सिंह - UP5427

सेवा में,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
अमरोहा।

सेवा में,

श्री सुरेश चन्द्र-I

अपर जिला न्यायाधीश

प्रमारी चिकित्सा प्रतिपूर्ति अधिकारी,

जिला न्यायालय अमरोहा।

पत्रांक :- मुचिअ/चि0व्यय प्र0पू0/2019-20/20193

दिनांक :- 15/11/19

विषय :- चिकित्सा बिलों को प्रतिहस्ताक्षरित करने के सम्बन्ध में।

महोदय,

आपके द्वारा प्रेषित उपरोक्त अधिकारी/कर्मचारी डा. सरोज कुमार सिंह
जिला न्यायाधीश के चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति देय अंकन ₹ 2,20,000.00
शब्दों में रूपये ₹ 2,20,000 हजार मात्र बाउचर व
अनिवार्यता प्रमाण पत्र आदि का परीक्षणोपरान्त प्रतिहस्ताक्षरित कर रूपये ₹ 1,50,000.00
(₹ 1,50,000 हजार मात्र) के भुगतान हेतु
सभी अभिलेखों को मूलरूप से प्रत्यावर्तित किया जा रहा है।

संलग्नक :- यथोक्त।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
अमरोहा
Chief Medical Officer
Distt.-Amroha

कार्यालय मुख्य चिकित्सा अधिकारी, अमरोहा

चिकित्सा प्रतिपूर्ति बिलों से सम्बन्धित अदेय/देय धनराशि का विवरण

रोगी का नाम:-डा० अशोक कुमार सिंह, जिला न्यायाधीश

आयु :-55 वर्ष

3. विभाग/कार्यालय का नाम-कार्यालय जिला न्यायालय, जनपद अमरोहा।

क्र०सं०	बिल/संलग्न सं०	दिनांक	धनराशि	अदेय धनराशि	देय धनराशि
1	1299	21.10.2019	22200.00	7200.00	15000.00
Total			22200.00	7200.00	15000.00

भुगतान हेतु कुल अनुमोदित धनराशि :-रु० पन्द्रह हजार मात्र

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
अमरोहा।
Chief Medical Officer
Distt.-Amroha

CERTIFICATE-A

(For the Patient who are not admitted in hospital for treatment)

I Dr. T. P. Singh hereby certify-

(a) that I Charged and received Rs. 0 for consultations on 0 (date to be given) at the residence of the patient.

(b) that I charged and received Rs. 0 for administering 0 intramuscular/subcutaneous 0 on 0 (date to be given) at my consulting room / at the residence of the patient.

(C) that the injections administered were for / were no immunizing prophylactic purposes,

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

Name of Medicines / Vouchers

Price / Amount

1.	<u>Bill Attached</u>	<u>22200=00</u>
2.		
3.		
4.		
5.		

(E) that the patient is / was suffering from eye treatment and is / was under my treatment from 21.10.19 to 0

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

(G) that the X-ray laboratory test etc. for which and expenditure of Rs. 0 was incurred were necessary and were undertaken on my advice at 0 (Name of hospital or laboratory.)

(H) that I referred the patient to Dr. 0 for specialist consultation and that the necessary approval of the 0 (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 hospitalization

ABR 6/11/19 (Dr. T. P. Singh)
 Signature & Designation: Chief Medical Officer and District Surgeon
 Hospital & Dispensary to which attached: Distt. Combined Hospital Amroha

Order No. **N 1299**

Date: 21-10-19

Order No. 13745

By: A.K SINGH

State :

Code : GSTIN No. :

himalaya
OPTICAL CENTRE (P) Ltd. Since 1938

SPECTACLES • SUNGLASSES • DIGITAL EYE TESTING • CONTACT LENS CLINIC

Shop No. G-10, JOP Plaza, Opp. McDonald's, Sector 18, Noida-201301

Phone : 0120-4284166, 4284177

Email : himalayaunitech@yahoo.in

GSTIN : 09AABCH1743F1ZU • PAN No. : AABCH1743F

Qty.	DESCRIPTION OF GOODS	HSN CODE	GST RATE	NET TAXABLE VALUE	CGST		SGST		IGST		TOTAL AMOUNT
					Rate	AMOUNT	Rate	AMOUNT	Rate	AMOUNT	
	SPECTACLE LENS	9001	12%		6%		6%		12%		
1	SPECTACLES	9004	12%	1982.1	6%	1189.5	6%	1189.5	12%		22200
	SPECTACLE FRAME	9003	12%		6%		6%		12%		
	SUNGLASS	9004	18%		9%		9%		18%		
	CONTACT LENS SOLUTION / CLEANER	3402	18%		9%		9%		18%		
	CONTACT LENS	9001	12%		6%		6%		12%		
	Inclusive of Case & Lens Cleaning Cloth			Total Amount							22200

E.&O.E.

1. Goods once sold cannot be exchanged or taken back on any account.
2. All disputes subject to Delhi Jurisdiction only.
3. No Guarantee for Plating or Coating of Metal frames and Scratches on Plastic Lenses.
4. No responsibility for Breakage of Rimless Glasses after Delivery.

Head Office : Himalaya Optical Centre (P) Ltd.
89A Zamrudpur, Near N Block, GK-1, New Delhi-110048
Ph.: 011-29233531, 29231816 E-mail : himalaya_ho@hotmail.com

Thank You! *Jyoti Medical Superintended Dist Combined Hospital, Amroha*

CC CASH

Amount 22200

For Himalaya Optical Centre (P) Ltd.

Advance 0

Balance 22200

Sales Executive

संयुक्त विधिकालय, अमरोहा

क्रमांक 2011/21 सहय संकेतित दिनांक 18/01/11

नेपो का नाम 3/0 दिवादा संयुक्त

पता [Handwritten Address]

लक्षणा तथा उद्देश

Handwritten notes and calculations including '20/20' and '20/20'.

Handwritten notes including '1000/110', 'R 2500', and '2500/110'.



पर्व प्रमाण
11-01-11
मध्य
15 दिन तक