

प्रेषक,

जनपद न्यायाधीश,  
हाथरस।

सेवा में,

श्रीमान् महानिबन्धक,  
माननीय उच्च न्यायालय,  
इलाहाबाद।

पत्रांक: 1111 /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।**

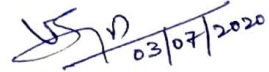
माननीय महोदय,

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,

 03/07/2020

(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।



स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग  
उत्तर प्रदेश सरकार

प्रेषक,  
Superintendent in Cheif / Chief Medical Superintendent, District Male Hospital  
हाथरस।

प्रमाण पत्र संख्या:CMER2013193

सेवा में, DISTRICT JUDGE, HATHRAS  
JUDICIAL

पत्रांक : मु० चि० अ०/चि० प्र० पूर्ति०/2020/0027863/HATHRAS /340  
विषय : ANOUSHKA SANGAL की चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक ANOUSHKA SANGAL के आवेदन पत्र संख्या MER0027863 दिनांक 29/06/2020 के क्रम में आपके पत्र संख्या 1078/XV-CIVIL HATHRAS दिनांक 30/06/2020 के संदर्भ में अवगत कराना है कि ANOUSHKA SANGAL, DAUGHTER, VIVEK SANGAL द्वारा चिकित्सा प्रतिष्ठान/संस्थान OROCARE DENTAL CLINIC में दिनांक 20/03/2020 से 14/06/2020 तक ORTHODENTIC TREATMENT रोग का उपचार कराया गया है, जिस पर हुए व्यय 47,000.00 के दावे की तकनीकी परीक्षण उपरान्त देय धनराशि को किये जाने हेतु प्रेषित किया गया, जिसे उत्तर प्रदेश शासन चिकित्सा अनुभाग-6 के उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली-2011 की अधिसूचना संख्या : 2275/5-6-11-1082-07 दिनांक 20.09.2011 एवं उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) (प्रथम संशोधन) नियमावली-2014 की अधिसूचना संख्या रू 474/पाँच-6-14-1082 / 87 टीसी दिनांक 04 मार्च 2014 में निहित प्राविधानों के अन्तर्गत प्रदेश के अन्दर एस० जी० पी० जी० आई०, लखनऊ तथा प्रदेश के बाहर ए० आई० आई० एम० एम० (एम्स) नई दिल्ली की देय दरों के अनुसार तकनीकी परीक्षण कर देय धनराशि कुल 47,000.00 मात्र की धनराशि प्रतिपूर्ति हेतु संस्तुति की जाती है। अनिवार्यता प्रमाण पत्र तदनुसार प्रतिहस्ताक्षरित है।

पत्रांक : मु० चि० अ०/चि० प्र०  
पूर्ति०/2020/0027863/HATHRAS  
प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ प्रेषित

1.  
2.  
3.

दिनांक : 02/07/2020

भवदीय

Superintendent in Cheif / Chief  
Medical Superintendent, District  
Male Hospital  
हाथरस

मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/तकनीकी परीक्षण अधिकारी, बागला संयुक्त जिला चिकित्सालय, हाथरस द्वारा प्रदेश के अन्दर करायी गयी चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावे का परीक्षण


**प्रारूप-1**

01. लाभार्थी का नाम/पदनाम	:	श्री विवेक संगल
02. लाभार्थी के पिता/पति का नाम	:	स्व0 श्री विरेन्द्र गोपाल संगल
03. उपचार प्राप्तकर्ता का नाम/पिता/पति का नाम	:	कु0 अनुष्का
04. उपचार प्राप्तकर्ता का लाभार्थी से सम्बन्ध	:	पुत्री
05. निवास का पता	:	276, सिविल लाइन नार्थ, ओमेगा होटल के सामने, मुज्जफरनगर।
06. चिकित्सा प्रतिष्ठान/संस्थान का	:	OROCARE DENTAL CLINIC AGRA
07. नाम व पता (जिससे उपचार प्राप्त किया गया हो) (निजी है अथवा सरकारी)	:	(निजी)
08. बीमारी का नाम	:	ORTHODONTIC TREATMENT
09. उपचार की अवधि	:	20/03/2020 से 14/06/2020
10. चिकित्सा पर कुल व्यय धनराशि	:	47,000.00
11. परीक्षण के उपरांत भुगतान हेतु संस्तुति धनराशि	:	47,000.00

**प्रमाणीकरण**

प्रमाणित किया जाता है कि चिकित्सा अनुभा-6, उ0प्र0 शासन की उ0प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली 2011, अधिसूचना संख्या-2275/पांच-6-11-1082-87 दिनांक 20 सितम्बर, 2011, उ0प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) प्रथम संशोधन नियमावली, 2014, अधिसूचना संख्या-474/पांच-6-14-1082/87टी.सी. दिनांक दिनांक 04 मार्च, 2014 एवं उ0प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) (द्वितीय संशोधन) नियमावली, 2016 अधिसूचना संख्या-365/2016/3124/पांच-6-2016-19<sup>जी</sup>/16 दिनांक 27 दिसम्बर, 2016 में निहित प्राविधानों के अन्तर्गत प्रदेश के अन्दर करायी गयी चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति की संस्तुति के0जी0एम0यू0/एस0जी0पी0आई0, लखनऊ की दर की जाती है। संसुगत अभिलेख मूलरूप में संलग्न कर प्रेषित है।

संलग्नक-यथोक्त (मूलरूप में)

  
मुख्य चिकित्सा अधीक्षक  
बागला संयुक्त जिला चिकित्सालय,  
हाथरस।



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

47000

**Rupees Forty-Seven Thousand Only**

**Total:-Rs. 47,000.00**

(c) That the patient is/was suffering from **ORTHODONTIC 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:

**COUNTER SIGNED**

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

कुल धनराशि..... 47000.00  
अदेय धनराशि..... NIL  
देय धनराशि..... 47000.00  
रु० अतालीस हजार मात्र

*Pradeep Singh*  
मुख्य चिकित्सा अधीक्षक  
बागदा जिला संयुक्त जिला चिकित्सालय  
हाथरस



## 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	
<b>Total</b>				<b>47000.00</b>	

### 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



Regd. No. 8787

BILL

# OROCARE DENTAL CLINIC

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

Date 20/3/2020

S.No.

12 Miss Anoushka Sangal

Age 14 Sex F

Patient Name :

Surya Nagar, Agra

Mob: 9450942062

Address :

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

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

**CERTIFICATE - "A"**

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

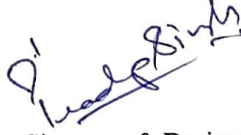
I Dr. Pradeep Singh .....  
hereby certify -

- (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 ..... i tra-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 care 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 (B.D.S.) of the  
Medical Officer and the  
Hospital/Dispensary College  
LECT. R.D. Dental College  
& Hospital, Mathura

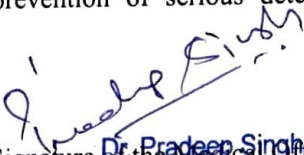
N.B.—Certificates not applicable should be struck off. Certificate (A) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss Anushka Sangal .....  
wife/son/daughter of Mr. V.V.K. Sangal Asst. Judge Mathura ..... employed in  
the V.P. Judiciary .....



Part - "B"

I certify that the patient has been under treatment at the onocare dental clinic  
Agre hospital and that the services of the special nurses, for which an  
expenditure of Rs. 42000 = 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.







Regd. No. 8787

## केयर डेंटल क्लीनिक



I care for your smile

**DR. PRADEEP SINGH**

**डॉ. प्रदीप सिंह (B.D.S.)**

(Implantologist)  
Certified P.G. in Orthodontics  
M.AOI  
LECT. K.D. Dental College  
& Hospital, Mathura

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

Name Miss Anoushka Srivastava Rx

Age/Sex 14 / F

Date 14/6/2020

Drug Allergy

Diabetes

B.P.

Systemic Diseases

Pregnancy

**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, इन्फेक्शन, कैंसर आदि का  
इलाज।
10. पीले, भूरे, बदरंग दाँतों का इलाज

**समय :**

सुबह 11 से 2  
साय 5 से 8

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  
regularly.

**NOTE - CONSULT IF NEEDED.**

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 on risk.

Dr. Pradeep Singh (B.D.S.)  
Implantologist  
LECT. K.D. Dental College  
Mathura  
Signature


**गुरुवार अवकाश - रविवार सायं अवकाश**



## प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि कु0 अनुष्का संगल पुत्री श्री विवेक संगल, जनपद न्यायाधीश, हाथरस का आर्थोडेंटल ट्रीटमेण्ट, 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.)**  
हेस्तधर, व. महर  
Implantologist  
LECT. K.D. Dental College  
& Hospital, Mathura

सेवा में,

माननीय जनपद न्यायाधीश,  
जनपद न्यायालय,  
आगरा।

विषय- उ0प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली के भाग तीन के नियम 11(ख) के अन्तर्गत निजी चिकित्सक से उपचार कराये जाने की सूचना।

---

महोदय,

उपरोक्त विषय में माननीय महोदय से निवेदन है कि मेरी पुत्री कु0 अनुष्का संगल उम्र 12 वर्ष के दांतों का इलाज दिनांक 30.08.2018 से डा0 प्रदीप सिंह आगरा के परामर्श पर कराया जा रहा है। नियमावली उ0प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) स0 2275/5-6-11-1082/87 दिनांकित 20.09.2011 के भाग तीन के नियम-11 (ख) के अन्तर्गत उपचार प्रारम्भ होने के दिनांक से तीस दिन के अन्दर कार्यालयध्यक्ष को सूचित किया जाना आवश्यक है।

अतः निजी चिकित्सक डा0 प्रदीप सिंह से उपचार कराये जाने की सूचना माननीय महोदय को प्रेषित की जा रही है।

सादर ।

प्रार्थी

दिनांक 28.09.2018





(विवेक संगल)

प्रथम अपर एवं सत्र न्यायाधीश  
आगरा।  
प्रथम अपर जिला एवं सत्र न्यायाधीश  
मानवाधिकार संरक्षण अधिनियम  
आगरा