

प्रेषक,

प्रधान न्यायाधीश,
परिवार न्यायालय,
हाथरस।

सेवा में,

श्रीमान् महानिबन्धक,
माननीय उच्च न्यायालय,
इलाहाबाद।

पत्रांक: 52 /XV-सिविल हाथरस: दिनांक: जनवरी 20, 2021

विषय: स्वयं के आँख के इलाज एवं चश्मा बनवाने में व्यय हुयी धनराशि की चिकित्सा प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में।

माननीय महोदय,

माननीय उच्च न्यायालय, इलाहाबाद के पत्रांक 515 / IV-3135 / एडमिन A-1 सैं. दिनांकित 17.01.2016 के अनुक्रम मे ससम्मान अनुरोध करना है कि मेरे द्वारा उमा शंकर दीक्षित जिला मेल हॉस्पिटल, उन्नाव से स्वयं के आँख का इलाज एवं चश्मा बनवाने में व्यय हुई धनराशि रू0 14,000/- (चौदह हजार रुपये मात्र) 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 मु0चि0अ0 / चि0प्र0पूर्ति / 2020 / 0037268 / हाथरस / 1173 दिनांकित 23.12.2020 से सम्बन्धित बिल, वाऊचर की तकनीकी परीक्षण करने के उपरान्त कुल 14,000/- रुपये मात्र की धनराशि प्रतिपूर्ति हेतु संस्तुति की गयी है। अनिवार्यता प्रमाण-पत्र तदनुसार प्रतिहस्ताक्षरित किया गया है।

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

सादर।

भवदीय,

(अखिलेश दुबे)
प्रधान न्यायाधीश,
परिवार न्यायालय,
हाथरस।

सलग्नक:

1. मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, हाथरस द्वारा पत्रांक मु0चि0अ0 / चि0प्र0पूर्ति / 2020 / 0037268 / हाथरस / 1173 दिनांकित 23.12.2020 मूल रूप मे।
2. तकनीकी परीक्षण प्रमाणीकरण प्रारूप-1 मूल रूप मे।
3. प्रतिहस्ताक्षरित ऑनलाईन प्रमाणपत्र-ए।
4. चिकित्सक द्वारा प्रमाणित प्रमाण-पत्र- ए एव समस्त बिल, वाऊचर मूल रूप मे।



स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग उत्तर प्रदेश सरकार

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

प्रमाण पत्र संख्या:CMER2018877

हाथरस।

सेवा में, PRINCIPAL JUDGE FAMILY
COURT HATHRAS
JUDICIAL UP

पत्रांक : मु० चि० अ०/चि० प्र० पूर्ति०/2020/0037268/HATHRAS

विषय : AKHILESH DUBEY की चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक AKHILESH DUBEY के आवेदन पत्र संख्या MER0037268 दिनांक 16/12/2020 के क्रम में आपके पत्र संख्या 33/XV-CIVIL HATHRAS दिनांक 16/12/2020 के संदर्भ में अवगत कराना है कि AKHILESH DUBEY, SELF, AKHILESH DUBEY द्वारा चिकित्सा प्रतिष्ठान/संस्थान UMA SHANKAR DIXIT DISTT MALE HOSPITAL में दिनांक 30/06/2020 से 08/07/2020 तक NVNDV रोग का उपचार कराया गया है, जिस पर हुए व्यय 14,000.00 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 परिचर्य) (प्रथम संशोधन) नियमावली-2014 की अधिसूचना संख्या रु 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 14,000.00 मात्र की धनराशि प्रतिपूर्ति हेतु संस्तुति की जाती है। अनिवार्यता प्रमाण पत्र तदनुसार प्रतिहस्ताक्षरित है।

स्वीकृत 25/12/2020
10/4/2021
04-01-21

पत्रांक : मु० चि० अ०/चि० प्र०/1173
पूर्ति०/2020/0037268/HATHRAS
प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ प्रेषित

- 1.
- 2.
- 3.

दिनांक : 23/12/2020
भवदीय

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

शासनादेश संख्या-56/2019/578-पांच-6-2019-04(जी0)/2019 दिनांक 07 मार्च, 2019 का संलग्नक

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 अखिलेश दुबे
02. लाभार्थी के पिता/पति का नाम	:	श्री दयानन्द दुबे
03. उपचार प्राप्तकर्ता का नाम/पिता/पति का नाम	:	स्वयं
04. उपचार प्राप्तकर्ता का लाभार्थी से सम्बन्ध	:	स्वयं
05. निवास का पता	:	फैमिली कोर्ट हाथरदस
06- चिकित्सा प्रतिष्ठान/संस्थान का	:	UMA SHANKAR DIXIT DISTT MALE HOSPITAL
07. नाम व पता (जिससे उपचार प्राप्त किया गया हो) (निजी है अथवा सरकारी)	:	(निजी)
08. बीमारी का नाम	:	NVNDV
09. उपचार की अवधि	:	30/06/2020 से 08/07/2020
10. चिकित्सा पर कुल व्यय धनराशि	:	14000.00
11. परीक्षण के उपरांत भुगतान हेतु संस्तुति धनराशि	:	14000.00

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^{जी}/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 अधिकारी
मुख्य चिकित्सा अधिकारी चिकित्सालय
बागला संयुक्त जिला चिकित्सालय
हाथरस।

Khanna Opticals

Kaiserbagh Square, Lucknow

Date: 08/07/2020

M/s: Dr. Akhilesh Dubey

S.N	Particulars	Qty	Amount (Rs.)
1.	Titanium specs. <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> Lt 4/6 +0.75 x 180° cylindrical R/6 +0.25 sph / 0.50 x 180° cyl </div> crystal lenses +VV	1	14000/-
fourteen thousand only		Total	14000/-

Carthairid

Spectacle
 Repaction
 verified
 जग
 जिला
 पंजाब

For Khanna Opticals
[Signature]
 Authorized Signatory



Department of Medical Health and Family Welfare
Government of Uttar Pradesh

Online Application Form for Registration of Medical Reimbursement

To,

Application Number : MER0037268

**The Superintendent in Cheif / 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	AKHILESH DUBEY	Father Name	DAYANAND DUBEY
Designation	PRINCIPAL JUDGE FAMILY COURT	Aadhaar No.	688621690154
Date Of Birth	25/07/1966	Gender	Male
Mobile No	7895215725		

3 PPO detail:

Retired from Employment No

4 Address of Current Posting :

Office Name	DISTRICT COURT	Office Incharge Name	PRINCIPAL JUDGE
Address	FAMILY COURT HATHRAS	State	Uttar Pradesh
District	Hathras	Pincode	204101



5 Permanent Address :

Address	VILLAGE AND POST KAPSETHI VARANSAI	State	Uttar Pradesh
District	Varanasi	Pincode	221403

6 Patient's Details:

Requesting Medical Reimbursement for	Self	Hospital Type	Govt
Patient Name	AKHILESH DUBEY	Age	54
Gender	Male	Disease Name	NVNDV
Place where Disease Identified	UNNAV	Hospital Name	UMA SHANKAR DIXIT DISTT MALE HOSPITAL
Doctor Name	FAISHAL JUBER	Treatment Period From	30/06/2020
Treatment Period To	08/07/2020	Patient Aadhaar no	688621690154
Relations with Employee	Self		

7 Details of expenditure:

S.No.	Bill Type	Bill No.	Date	Amount	Download
1	Other	0	08/07/2020	14000.00	
2	Other	27011	30/06/2020	0.00	
Total				14000.00	

8 Advance Detail:

Have you already taken Advance No

9 Bank Details of Employee:

Bank Name STATE BANK OF INDIA Branch Name CHAMAR GATE HATHRAS

Account Number

30825057515

IFSC Code

SBIN0018614

Date

Place

Signature of Person Incharge

Aldine

To: Sanjeev Dey

Male

UMA SHANKAR DIXIT DISTT. FEMALE HOSPITAL - UNNAO

No-LUUDNFNOO
240/UNO/PFver:1

उमा शंकर दीक्षित जिला चिकित्सालय, उन्नाव

Out Patient Department (OPD) Ticket

केवल 15 दिनों के लिए मान्य



27011

(A.D.N. UNNAO)

no-9450943468

Registration No. (पंजीकरण संख्या)

Date: 30 JUN 2020 Department: OPD No. / Registration No.

Patient Name: AKhilesh Dubey, S.D, W/o Age: 52 Sex: M/F/Trans

Address:

Chief Complaint(S):
History of Present illness:
Past history Family history:
Medical /Surgical history /Know drug allergy:

General Physical Examination

Ht:.....cm Wt:.....cm Temp.....deg.F Pulse/min BP.....mmHg RR...../min.

Systemic Examination

CNS: CVS: Resp:

Local Examination

Abdominal

Differential Diagnosis

Treatment plan:

Rx

0.08SP
Rx → +0.75D cyl 180°
UR → +0.25D SP
Near Add → +2.00SP
डा. शंकर दीक्षित
जिला चिकित्सालय
उन्नाव

Investigations:

AO No-1-UN 240/UN

ESSENTIALITY CERTIFICATE

CERTIFICATE A'

(To be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)
 Certificate granted to Mrs./Mr./Miss. Akhilish Dubey, ADI Wife/ Son/ Daughter of
 MR/MRS/MISS employed in the Medical Deptt - Civil Court Unnao

I, Dr. Faisal Zubair hereby certify:-

- (a) that I charged and received Rs. for consultations on (dates to be given) at my consulting room/ at the residence of the patient;
- (b) that I charged and received Rs. for administering intra-venous/intra-muscular/subcutaneous injections on.....(dates to be given) at..... my consulting Room/the residence of the patient;
- (c) that the injections administered were not/were for immunising or prophylactic purposes;
- (d) that the patient has been under treatment at U.S.D. Suptt. Chikitsaly, Unnao 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 medicines are not stocked in 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 nor preparations which are primarily food, toilets or disinfectants.

Name of Medicines	Price
1. <u>Cash Memo dated 08/7/2020</u>	<u>Rs 14000/-</u>
2. <u>(Khanna Opticals, Lucknow)</u>
3.
4.

- (e) that the patient is/was suffering from NVEDV and is/was under my treatment from 30/6/2020 to
- (f) that the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment;
- (g) that the X-ray laboratory test, etc., for which an expenditure of Rs. was incurred was necessary and were undertaken on my advice at (name of the 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 Officer of the State) as required under the rules was obtained;
- (i) that the patient did not require/required hospitalisation.

प्रतिस्वार

Dated: 11/8/20

Fans
 Signature of AMA/ Designation of the Medical officer and hospital/ dispensary to which attached.

N.B.: certificates not applicable should be struck off. Certificate (e) is compulsory and must be filled in by the medical officer in all cases.

कुल धनराशि.....
 अदेय धनराशि.....
 नेय धनराशि.....
(कोडे हज्ज 20 HIN)

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
COUNTERSIGNATURE
 बागला जिला सपुक्त चिकित्सालय

I Certify that the patient has been under treatment at the U.S.D. District Hospital Unnao Hospital and that the facilities provided were minimum which were for the patients treatment.

Place.....

Associate Medical Superintendent
 U.S.D. District Hospital
 UNNAO

Date: 14/8/2020