

प्रेषक,

मोहम्मद रियाज,  
जनपद न्यायाधीश,  
ललितपुर।

सेवा में,

श्रीमान महानिबन्धक,  
माननीय उच्च न्यायालय,  
इलाहाबाद।

दिनांक 24-03-2021

पत्र संख्या : 367/XV ललितपुर

विषय:- चश्मा क्रय करने से सम्बन्धित चिकित्सीय प्रतिपूर्ति की धनराशि  
रूपये 14,500/-स्वीकृत किये जाने के सम्बन्ध में।


महोदय,

उपरोक्त विषयक माननीय न्यायालय के पत्र संख्या 1057/प्रशासनिक (बी-चार) अनुभाग, दिनांक 08.03.2021 (छायाप्रति संलग्न है) के द्वारा की गयी अपेक्षानुसार मेरे द्वारा चश्मा क्रय की गयी धनराशि से सम्बन्धित रूपये 14,500/- के चिकित्सीय प्रपत्र, सक्षम प्राधिकारी से स्वीकृति हेतु इस पत्र के साथ मूल रूप में संलग्न कर प्रेषित किये जा रहे हैं।

अतः आपसे अनुरोध है कि चश्मा क्रय करने से सम्बन्धित चिकित्सीय प्रतिपूर्ति की धनराशि रूपये 14,500/- स्वीकृत कराने की कृपा करें।

संलग्नक:- 1. माननीय उच्च न्यायालय के पत्र दिनांकित 08.03.2021 की छायाप्रति।  
2. चश्मा क्रय करने से सम्बन्धित प्रपत्र मूलरूप में (क्र0सं0 01 से 07 तक)।

भवदीय,

  
(मोहम्मद रियाज)  
जनपद न्यायाधीश,  
ललितपुर।

Recd by Regd. Post  
msk  
12/3/21

**Speed Post**

From,  
Rajeev Kumar Sinha-I,  
Joint Registrar (Budget),  
High Court of Judicature at  
Allahabad.

To,  
The District Judge,  
Lalitpur.

No. 1057 /Admin.(B-IV) Section

Dated: 08/03, 2021.

Subject:- Reimbursement of Rs.14,500/- as medical expenses incurred by  
you on your own treatment.

Sir,

With reference to your letter No.268/IX, dated 25.02.2021, on the  
above subject, I am to say that from perusal of the sanction order it  
appears that you have sanctioned your own medical reimbursement claim  
of Rs.14,500/- but no officer can sanction his own medical reimbursement  
claim whereas it should be sanctioned by the Head of the Department i.e.  
High Court, Allahabad.

I am, therefore, to request you kindly to get your medical  
reimbursement claim sanctioned from competent authority and after that a  
copy of the sanction order be sent to Administrative (Budget) Section of  
this Court for allocation of fund.

*with regards,*

Yours faithfully,

*[Signature]*  
08/03/2021

Joint Registrar (Budget)

Seen  
15/3/21

57-11-2020

1

कार्यालय : निदेशक एवं प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक  
यू0एच0एम0 जिला चिकित्सालय, कानपुर

संख्या : मु0चि0अधी0/प्रतिपूर्ति/2020/0009

दिनांक 19/10/2020

574  
07-11-2020

सेवा में,

शंजय कुमार वर्मा  
परीक्षण अधिकारी (चिकित्सा व्यय प्रति)  
विशेष न्यायाधीश/का. एच. सी./एस. टी. एन. टि.  
कानपुर नगर,

महोदय,

अवगत करना है कि आपके पत्र संख्या 227/लेखा/कानपुर नगर  
दिनांक 26/08/2020 द्वारा प्राप्त श्री / श्रीमती मो. रियाज, अपर जिला एवं सत्र न्यायाधीश  
के स्वयं — x — के चिकित्सा उपचार में हुये व्यय रू0 14,500=00  
(शब्दों में) रू0 चौदह हजार पांच सौ मात्र

के प्रतिपूर्ति का दावा प्राप्त हुआ

अधोहस्ताक्षरी ने चिकित्सीय अभिलेखों एवं बाउचर्स का अवकोलन किया, जोकि चिकित्सक  
द्वारा प्रमाणित किये गये हैं, उपरोक्त दावे के अनिवार्य प्रमाणपत्र को इस आशय से प्रतिहस्ताक्षरित  
किया जाता है कि सरकार द्वारा अनुमन्य शुल्क जो जिला चिकित्सालय/संजयगंधी संस्थान में  
नियमानुसार देय है, के अनुरूप भुगतान हेतु रू0 14,500=00  
(शब्दों में) रू0 चौदह हजार पांच सौ मात्र

की अधोहस्ताक्षरी द्वारा संस्तुति प्रदान की जाती है प्राप्त प्रपत्रों (बाउचर्स आदि)  
को मूल रूप से इस पत्र के साथ संलग्न कर वापस किया जाता है

संलग्नक : सरकारी  
उपरोक्तानुसार  
समस्त बिल बाउचर्स एवं अनिवार्य प्रमाण-पत्र  
मूल रूप में

भवदीय,

ORDER  
Seen, Send it Concerned District.  
Jc Dist. Judge  
Kanpur Nagar.  
07.11.2020

निदेशक एवं प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक,  
यू.एच.एम., जिला चिकित्सालय,  
कानपुर कानपुर

Recd by Amt Kanpur (BS)

2

स्तम्भ-2

एतद्वारा प्रतिस्थापित परिशिष्ट

परिशिष्ट 'ग'

(भाग-पौत-नियम-18 तथा 18 देखें)

47  
09-01-2020

Received on 10/01/2020

सेवा में

कार्यालयध्यक्ष का नाम

जनपद - यायाचीश,  
कानपुर - नगर।

विषय :- चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

कार्यस्थ

मो० रियाज / मेरे पारिवारिक सदस्य (नाम) स्वयं ने चश्मे (बीमारी का नाम) के लिये 24-12-2019 (दिनांक) से 24-12-2019 तक कु० स्व० रु० जिला चिकित्सालय कानपुर नगर। का नाम) ने उपचार करवाया है। मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिये दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ -

1- उपचारी चिकित्सक/चिकित्सालय के अधीनक द्वारा हस्ताक्षरित/ प्रतिहस्ताक्षरित अग्निसिद्धता प्रमाण-पत्र।

2- उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद मन्दी (किंडा मेमो), बीजक (बिल), बालचर।

3- यह प्रमाणित किया जाता है कि उमर नगित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतया आश्रित है और सामान्यतया मेरे साथ निवास करता है।

मेरे उपचारार्थ X के पत्र संख्या X दिनांक X द्वारा स्वीकृत रु० के अग्रिम का समायोजन करने के पश्चात मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिये यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक.....

(मो० रियाज) 7/1/20  
अधिकारी/कर्मचारी का नाम  
पदनाम : अपर जिला रुग्ण सल-यायाचीश  
तेनाती का स्थान - स्वयं  
जनपद - यायालय,  
कानपुर नगर।

Order  
Send it to ofc. Medical reimbursement  
for necessary action.

DISTRICT JUDGE  
KANPUR NAGAR  
09 JAN 2020

आज्ञा से,  
प्रवीर कुमार,  
प्रमुख सचिव।

B.C to Report.

[Signature]

3

## CERTIFICATE-A

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

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss Mo. Riyaz  
Wife/Son/daughter of Mr. Mahd. Shafi. Ansari  
Employed in the Civil Court, Kanpur Nagar

### PART-A

(To be signed by the Medical Officer-in-charge of the case at the hospital)

I Dr. S. M. Lal Verma hereby certify:

- (a) that the patient was admitted to hospital on my advice/the advice of .....(Name of medical officer)
- (b) that the patient has been under treatment at U.H.M. Hospital 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.
- (c) The medicines are not stocked in the.....(Name of Hospital) for supply to private patients and do not include propriety preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available, nor preparation which are primarily foods, toilets or disinfectants.

S.L	Bill/Vocher No. & Date	Name of Lab/Chemist	Bill Amount
1	<u>792/26-12-2019</u>	<u>Drishti Chasme Wale</u>	<u>14,500.00</u>
2		<u>Kanpur Nagar.</u>	
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
		GRAND TOTAL	<u>14,500.00</u>

Amount in words Rs. Fourteen thousand Five hundred Only

(4)



**UHM District Male Hospital Kanpur Nagar**  
Bada Chauraha, Pared

UHID:20190468581



CONSULTING ROOM NO : 217,218  
CLINIC: Ophtha OPD TOKEN NO: 14  
DAYS: MON,TUE,WED,THU,FRI,SAT



**OUT PATIENT RECORD**

EHR ID :19000871021474837

Name : MR. MO RIYAZ  
Department : Ophthalmology  
Dept No. : 2019/074/0017067  
Date of Registration : 24-12-2019 10:29:42 AM  
Unit: UNIT-1  
Billing Type : GENERAL  
Mobile No. :

Fees : ₹ 1  
Sex : Male  
S/O UNKOWN  
Age : 57Y  
Email :  
Occupation : OTHER

Address : KANPUR KANPUR(NAGAR), UTTAR PRADESH, INDIA

Patient Type : NON MLC Prepared  
By : Mr.Alok Kumar

*ADJ*  
*Kanpur*

*Handwritten notes:*  
6/6  
8/6  
ML  
ESI

*Accept*  
*BE + 0.75 sph 6/6 P*  
*Add + 2.0 sph 1/6*

**डॉ० एम० एस० लाल वर्मा**  
वरिष्ठ नेत्र रज्ज (उर्सला अस्पताल)  
अत्यंत सीमाकार / प्रथम शुकवार वृद्धीय कोषका  
फोन-९४५५९३४४६६


**चिकित्सालय में दवाई उपलब्ध न होने पर सभी मरीज प्रधानमंत्री जन औषधि केन्द्र से ही दवा खरीदें।  
ओ.पी.डी. का पर्चा 15 दिनों तक मान्य है।**

6

**CERTIFICATE**

It is certified that as per sub Rule 9 clause (a) point 11 read with clause (b) of "The Uttar Pradesh Government Servent Medical Attendance Rules 2011" read with "The Uttar Pradesh Government Servent Medical Attendance (First Amendment) Rules 2014", I have not taken the reimbursement of amount spent in purchase of Spectacles in last three years.

Dated:

  
(MO. RIYAZ) 7/1/20  
(Name of officer/Employee)  
Designation: A.D.J. - I<sup>st</sup>  
Place of Posting: District Court  
Mo. No.: Kanpur Nagar.

कार्यालय:- मुख्य चिकित्सा अधीक्षक, यू0 एच0 एम0, जिला चिकित्सालय, कानपुर नगर।

1. रोगी का नाम:- श्री0 रिभाज पिता/पति का नाम:-.....
2. उपचार संस्थान:- श्री0 स्व०, एम०, जिला चिकित्सालय, कानपुर नगर।
3. चिकित्सा अवधि:- 26/12/2019 से 26/12/2019.....

बिल/वाउचर सं० एवं दिनांक	संस्थान / केमिस्ट का नाम	धनराशि	देय	अदेय
<del>792/26-12-19</del>	<del>Drishiti Chasme wali</del>	<del>14500=00</del>	<del>Rs 14,500=00</del>	<del>10,000=00</del>
			Rs, Four thousand five hundred only -	E.A
			<p style="font-size: small;">निदेशक एवं प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक यू०एच०एम० जिला पुरुष चिकित्सालय कानपुर नगर</p> <p style="font-size: small;">निदेशक एवं प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक यू०एच०एम० जिला पुरुष चिकित्सालय कानपुर नगर</p>	
792/26-12-19	Drishiti Chasme wali	Rs 14,500=00	Rs 14,500=00	Nil
			Rs, Fourteen thousand five hundred only -	
			<p style="font-size: small;">निदेशक एवं प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक यू०एच०एम० जिला पुरुष चिकित्सालय कानपुर नगर</p>	



GSTIN No. 09ALHPG3740K1ZZ **BILL OF SUPPLY** (M) 9935933556

# DRISHTI CHASME WALE

45175, SHASTRI NAGAR, ( GALLA MANDI CHAURAHA, OPP. SANIDEV MANDIR ) KANPUR

Details of Receiver Billed to.		Invoice No.
Name: <u>Dr. Mohan Singh</u>		<u>792</u>
Address:		Date: <u>26/12/19</u>
State: <u>UP</u> State Code: <u>09</u>		Cust. Mobile No.
GSTIN No.:		<u>7408502883</u>

Booking Date: 26/12/19 Due Date: 29/12/19 after 8 p.m.

S.No.	Name of Products	HSN Code	Qty.	Rate	Amount
1	<u>Optical Lens</u> <u>Right Eye</u>	<u>9001</u>			<u>14500</u>
2	<u>Optical Lens</u> <u>Left Eye</u>	<u>9003</u>			

USE	RIGHT EYE			LEFT EYE		
	SPH	CYL	AXIS	SPH	CYL	AXIS
DIS.						
NEAR Add.						

Rs. in Words: \_\_\_\_\_ TOTAL \* 14500/-

भारत छोड़ो रस्ता नहीं छोड़ेंगे।  
 वास्तविकता का चेहरा नहीं है।  
 राज्यपाल के आदेश पर प्रकाशित किया गया।

STATE CODE : 09  
 E & O.E.  
 WHITE - Original  
 PINK - Duplicate

For DRISHTI CHASME WALE  
 Authorized Signatory

\*INCLUDES GST UNDER GST COMPOSITE SCHEME