

Appendix as hereby substituted  
APPENDIX-"C"  
(SEE PART-V, RULE 16 and 18)

To,  
The Registrar General  
Hon'ble High Court of Judicature at  
Allahabad

No. 53/2022

Dated: 09-3-2022

Subject: Reimbursement of expenditure done on medical treatment  
Amounting to Rs. 13,300/- to purchase spectacles.

Sir,

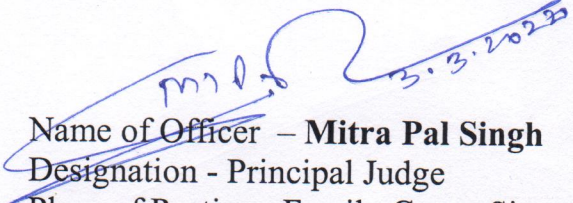
I **Mitra Pal Singh** took treatment of **Self** from **12.01.2022 to 03.02.2022** at **District Hospital, Sitapur** to purchase spectacles.

I am submitting the claim with following documents for reimbursement:

1. Essentiality Certificate duly signed/countersigned by treating doctor/Medical Superintendent of the Hospital.
2. Original Cash memo Bills/Vouchers and Prescription duly signed and verified by treating doctor/C.M.S.
3. It is certified that above named family member is wholly dependent upon me and generally resides with me. (N/A)

Kindly do the needful for reimbursement of my claim after adjusting the advance of Rs nil sanctioned for my treatment vide letter no. ....X..... dated .....X..... of .....X.....

Dated. 3.3.2022

  
Name of Officer – **Mitra Pal Singh**  
Designation - Principal Judge  
Place of Posting – Family Court, Sitapur  
I.D. No. – U.P.-5775

1. Original letter of C.M.S. Sitapur (Regarding technical examination.)
2. Essentiality Certificate "A"
3. List of Medical expenses calculation sheet
4. Original Bills & Vouchers (no. 1)
5. Original Slip of District Hospital, Sitapur.

प्रेषक,

मुख्य चिकित्सा अधीक्षक,  
जिला चिकित्सालय, सीतापुर।

सेवा में,

पुद्गान-माघाधीरा

परिवार-माघालम सीतापुर

पत्रांक : जि०चि०/चिकित्सा प्रतिपूर्ति/20

14349

दिनांक 20/2/22

विषय : श्री/श्रीमती/कु०

श्री मित पाल सिंह

की चिकित्सा प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में।

महोदय

उपर्युक्त विषयक आपके पत्र सं०-

24/2022

दिनांक 9/2/22 के क्रम में शासनादेश संख्या-56/2019/578-पांच-6-2019-04 (जी०)/2019 दिनांक 07 मार्च 2019 के क्रम में चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे का परीक्षण किया गया।

- 1- लाभार्थी का नाम/पदनाम श्री मित पाल सिंह
- 2- लाभार्थी के पिता/पति का नाम
- 3- उपचार प्राप्तकर्ता का नाम/पिता/पति का नाम
- 4- उपचार प्राप्तकर्ता का लाभार्थी से सम्बन्ध श्याम
- 5- निवास का पता परिवार-माघालम सीतापुर
- 6- चिकित्सा प्रतिष्ठान/संस्थान का नाम व पता (जिससे उपचार प्राप्त किया गया हो) सि० पी० के सिंह  
(निजी हैं अथवा सरकारी) — सरकारी
- 7- बीमारी का नाम Refractory kmv
- 8- उपचार की अवधि 12-01-22 से 3-2-22 तक
- 9- चिकित्सा पर कुल व्यय धनराशि 13300=00
- 10- परीक्षण के उपरान्त भुगतान हेतु संस्तुति धनराशि 13300=00

### प्रमाणीकरण

प्रमाणित किया जाता है कि चिकित्सा अनुभाग-6, उ०प्र० शासन की उ०प्र० सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली 2011, अधिसूचना संख्या-2275/पाँच-6-11-1082-87 दिनांक 20 सितम्बर, 2011 उ०प्र० सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) प्रथम संशोधन नियमावली, 2014, अधिसूचना संख्या-474/पाँच-6-14-1082/87 टी०सी० दिनांक 04 मार्च 2014 एवं उ०प्र० सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) (द्वितीय संशोधन) नियमावली 2016 अधिसूचना संख्या-365/2016/3124/पाँच-6-2016-19 जी/16 दिनांक 27 दिसम्बर 2016 में निहित प्राविधानों के अन्तर्गत प्रदेश के अन्दर करायी गयी चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति की संस्तुति के०जी०एम०यू०/एस०जी०पी०जी०आई, लखनऊ की दर पर की जाती हैं। सुसंगत अभिलेख मूल रूप में संलग्न कर प्रेषित हैं।

संलग्नक :- यथोक्त (मूल रूप में)

Dr. L.  
21.2.22  
मुख्य चिकित्सा अधीक्षक  
जिला चिकित्सालय, सीतापुर।

APPENDIX VIII  
Form of Certificates A

Certificate granted to the Sri Mitra Pal Singh, Principal Judge, Family Court, Sitapur.

Certificate 'A'

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

I Dr. P.K. Singh, hereby certify:-

- (a) That I charged/received Rs. 13300 for consultation on ..... (dates to be given) at my consulting room/at the residence for the patient.
- (b) That I charged and received Rs. 13300 for administering..... intra-muscular- injections on.....sub-cutaneous at my consulting room..... the residence of the patient.
- (c) that the injections administered were for immunizing or prophylactic purposes. were not.
- (d) that the patient has under treatment at hospital/my consulting room and 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 stocked in the ..... for the supply to private patients ..... (name of the hospital) and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are primarily/ foods toilets or

Sl. No.	Voucher No.	Date	Institute/Chemist's Name	Amount	Payable Amount	Non Payable Amount
1	2371	03.02.2022	District Hospital, Sitapur	13300		
			<b>Total</b>	<b>13300</b>		

- (e) That the patient is/was suffering from Refractive error and is/was under my treatment from 03.02.2022 to 03.02.2022

कुल देय की सकल धनराशि रु. 13300  
प्रतिमास अवेय धनराशि रु. 13300  
देय धनराशि रु. 13300  
धनराशि शब्दों में रु. Thirteen Thousand

P.K. Singh  
मुख्य चिकित्सा अधिकारी  
जिला चिकित्सालय  
सितापुर

P.K. Singh  
Sr. Eye Surgeon  
Dist. Hospital Sitapur

(f) That the patient is/was not given prenatal or postnatal treatment  
(g) that the X-Ray, laboratory test, etc. for which on 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 ..... as required under the rules (Administrative Medical Officer of State.)

(i) that the patient did not required hospitalization .....required.

Dated. 08/02/2022

Signature & Designation of the Medical Officer and hospital dispensary to which attached.

N.B.:- Certificate not applicable should be struck off.

Certificate (a) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

**COUNTERSIGNED**

Medical Superintendent  
.....Hospital

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

Place..... Sitapur

Date..... 08/02/22

Medical Superintendent  
.....Hospital

## DETAIL OF VOUCHERS / EXAMINATION CHART

Name of Patient: Sri Mitra Pal Singh, Principal Judge, Family Court, Sitapur

Name of Institution:- District Hospital, Sitapur

Period of Treatment:- 3.2.2022

Sl. No.	Voucher No.	Date	Institute/Chemist's Name	Amount	Payable Amount	Non Payable Amount
1	2371	03.02.2022	District Hospital, Sitapur	13300		
Total				13300		

कुल देय धनराशि रु. 13300-

कुल प्राप्त अवेय धनराशि रु. 13300-

कुल देय धनराशि रु. 13300-

धनराशि शब्दों में रु. Thirteen Thousand Three Hundred

*Dan*

मुख्य चिकित्सा अधिकारी  
जिला चिकित्सालय  
सितापुर

*AD*  
8/2/22  
Dr. P.K. Singh  
Sr. Eye Surgeon  
Dist. Hospital Sitapur

Bill of Supply

9838934013

# KUKREJA OPTICAL

Near : Eye Hospital-Sitapur

GSTIN - 09ATOPK7356C1ZD  
(Under Composition Scheme)

Invoice No. KO 21-22/ **2371**

Date: 3/2/22

Reverse Charge (Y/N):

State: U.P.

Name: **MR. M.P. SINGH**

Address: **CIVIL LINE, SITAPUR** State Code: 09

Sr. No.	Product Description	HSN code	UOM	Qty	Rate	Value of Supply
1	1 pair (Videocut) + optical lens CRISTAL SUV PROGRESSIVE					13300.

**Dr. P.K. Singh**  
Optician

**Bank Details :**

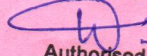
Bank A/c: 384101010036263  
Union Bank of India, SITAPUR  
IFSC CODE : **UBIN0538418**

Total Amount **13300.**

Rs. in Words: **Thirteen thousand three hundred Rupees**

Certified that the particulars given above are true and correct.

For, **KUKREJA OPTICAL**

  
Authorized Signatory

10/10/82



# जिला चिकित्सालय सीतापुर (उ०प्र०)

13254

वाह्य रोगी टिकट

रुपया  
1  
RUPEE

वैधता की अवधि 15 दिन

ओ.पी.डी. संख्या	आयुष्मान लाभार्थी हैं <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/>	कार्ड संख्या
कक्ष संख्या	रोगी का नाम	
श्रेणी	वर्ग	लिंग
निदान	अनुमानित आयु	दिनांक

Rx विवरण/जाँच/उपचार

ADDW  
Refraction

6/18  
6/18

elder boxes 10 sets  
25 mg phenol 146 B  
25 mg phenol 146 B

Dr. P.K. Singh  
Sr. Eye Surgeon  
Dist. Hospital

- आपका अपना शौचालय है या नहीं।
- अपने निजी व्यक्तिगत शौचालय का निर्माण कराकर उसका उपयोग करें।

नोट-कुत्ता काटे का इन्जेक्शन प्रत्येक सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पर उपलब्ध है। अतः अपने निकटतम सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पर ही कुत्ता काटे का इन्जेक्शन लगवायें।

1. ईकोकार्डियोग्राफी तथा रक्तकोष में रक्त की सुविधा उपलब्ध है।

2. एकस-रे/अल्ट्रासाउण्ड व पैथॉलोजी की जाँच का समय प्रातः 8.00 बजे से 11.00 बजे तक एवं एकस-रे 8.00 बजे से 1.00 बजे तक।

3. क्षय एवं कुष्ठ रोगियों के लिए निःशुल्क सुविधाएं उपलब्ध है एवं कटरेक्ट का निःशुल्क आपरेशन।

4. चिकित्सालय में धूम्रपान करना एवं पान व पान मसाला खाकर प्रवेश करना वर्जित है। पकड़े जाने पर 200/- जुर्माना देना होगा।

5. सार्वजनिक/राजकीय अवकाश एवं हर माह के द्वितीय शनिवार को ओपीडी का पर्चा 11 बजे तक ही बनाया जायेगा।

6. 24 घंटे आकस्मिक एम्बुलेंस सेवा उपलब्ध है।

7. राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना की सेवायें उपलब्ध है। बीपीएल/एलओ कार्ड धारक एवं निर्धन मरीजों का मुफ्त उपचार।

चिकित्सालय आपका है इसे स्वच्छ रखने में सहयोग प्रदान करें। छोटा परिवार सुखी परिवार

U.P.G.S.S.

अनिवार्यता प्रमाण पत्र

वाह्य रोगी/अन्तः रोगी के रूप में उपचार हेतु

डा० सी० के० सिंह प्रमाणित करता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी .....  
किरण चाल सिंह पत्नी/पुत्र/पुत्री/माता/पिता बाबूराज जो कि ...  
रोग से पीड़ित है/थे व मेरे उपचार में वाह्य रोगी/अन्तः रोगी के रूप में  
दिनांक 12/01/22 से दिनांक 3/2/22 तक रहे।

2- मेरे द्वारा विहित औषधि परीक्षण जो संलग्न बाउचर के अनुसार है रोगी की स्थिति/सुधार/निवारण के लिए आवश्यक थी। इसमें ऐसी औषधि सम्मिलित नहीं है, जिसके लिए समस्त थेरोप्यटिक एफेक्ट वाला सस्ता पदार्थ उपलब्ध है न ही यह विनिर्मित सामग्री सम्मिलित है जो प्राथमिक रूप में खाद्य पदार्थ टालेटरीज इडिसइन्फेक्टेड है।

3- उपचार हुए व्यय का विवरण

(क) औषधि पर व्यय	रूपया .....
(ख) पैथालोजिकल परीक्षण पर व्यय	रूपया .....
(ग) रेडियोलोजिकल परीक्षण पर व्यय	रूपया .....
(घ) विशेष परीक्षण पर व्यय	रूपया .....
(ङ) शल्य क्रिया पर व्यय	रूपया .....
(छ) अन्य व्यय विवरण सहित	रूपया .....

कुल रूपया 13300/-

4- रोगी का चिकित्सालय में भर्ती कर उपचार किये जाने की आवश्यकता/संस्तुति।

संलग्नक:-मेरे द्वारा उपरोक्त सत्यापित/अभिप्रमाणित बिल/बाउचर रूपय 13300/-

हस्ताक्षर चिकित्सक.....  
चिकित्सक का नाम Dr. P.K. Singh  
विशेषज्ञता .....पंजीकरण सं० Sp. Eye Surgeon  
चिकित्सालय का नाम Dist. Hospital Sitapur  
(मोहर सहित)

आकस्मिक स्थिति में बिना संदर्भ के अराजकीय चिकित्सालय में उपचार प्राप्त करने की देयता .....  
कारण सहित

उपचार प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है, कि श्री/श्रीमती/कुमारी .....  
पुत्र/पुत्री/पत्नी/श्री ..... जो ..... रोग  
से पीड़ित था/थी एवं उन्हें आकस्मिक स्थिति में तत्काल चिकित्सा उपचार की आवश्यकता में मेरे उपचाराधीन  
है/रहे हैं/रही है।

Dr. P.K. Singh  
जिला चिकित्सक  
जिला चिकित्सालय  
सीतापुर

हस्ताक्षर चिकित्सक.....  
चिकित्सक का नाम .....  
विशेषज्ञता .....पंजीकरण सं० .....  
चिकित्सालय का नाम .....  
(मोहर सहित)

प्रमाणित करता हूँ कि श्री/श्रीमती/कुमारी/.....  
चिकित्सालय का नाम ..... में उपचार किया तथा दी गयी चिकित्सा  
सुविधा आवश्यक कार्य उपचार हेतु न्यूनतम थी।

चिकित्सा के प्रभारी के हस्ताक्षर

नाम पदनाम मोहर/रजि० सहित।