

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

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

No. 106/2022

Dated: 26/05/22

Subject: Reimbursement of expenditure done on medical treatment
Amounting to Rs. 1,650/-.

Sir,

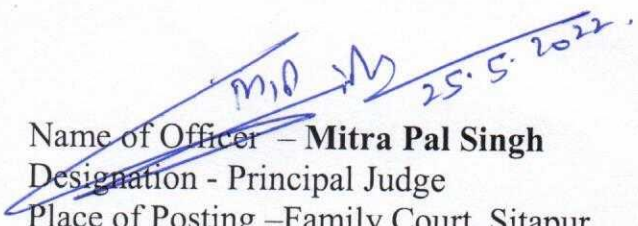
I **Mitra Pal Singh** took treatment of **My wife** at **Sitapur Eye Hospital, Sitapur** for **IMSC/B.E.** from **28.06.2021 to 05.07.2021.**

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..... datedX..... ofX.....

Dated.....


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. Original Bills & Vouchers (no. 3)

प्रेषक,

मुख्य चिकित्सा अधीक्षक,
जिला चिकित्सालय, सीतापुर।

सेवा में,

मा० श्री मित्र पाल सिंह,
प्रधान न्यायाधीश,
परिवार न्यायालय, सीतापुर।

पत्रांक:-जि०चि०/चिकित्सा प्रतिपूर्ति/2022-23/576

दिनांक 17/05/2022

विषय:-मा० श्री मित्र पाल सिंह, प्रधान न्यायाधीश, परिवार न्यायालय, सीतापुर की पत्नी श्रीमती सविता सिंह के चिकित्सा प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक आपके पत्र सं०-93/2022 दिनांक 07-05-2022 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 : मा० श्री मित्र पाल सिंह, प्रधान न्यायाधीश
- 2-लाभार्थी के पिता/पति का नाम :
- 3-उपचार प्राप्तकर्ता का नाम/पिता/पत्नी का नाम: श्रीमती सविता सिंह
- 4-उपचार प्राप्तकर्ता का लाभार्थी से सम्बन्ध : पत्नी
- 5-निवास का पता :
- 6-चिकित्सा प्रतिष्ठान/संस्थान का नाम व पता (जिससे उपचार प्राप्त किया गया हो (निजी हैं अथवा सरकारी) : डा० राहुल भारद्वाज
सीतापुर आंख अस्पताल सीतापुर
- 7-बीमारी का नाम : *Cataract*
- 8-उपचार की अवधि : दि० 28-06-2021 से 05-07-2021
- 9-चिकित्सा पर कुल व्यय धनराशि : मु०रु० 1650.00
- 10-परीक्षण के उपरान्त भुगतान हेतु संस्तुति धनराशि : मु०रु० 1650.00 (एक हजार छः सौ पचास रुपये मात्र)

प्रमाणीकरण

प्रमाणित किया जाता है, कि चिकित्सा अनुभाग-6, उ०प्र० शासन की उ०प्र० सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली 2011, अधिसूचना संख्या-2275/पांच-6-11-1082-87 दिनांक 20 सितम्बर, 2011 उ०प्र० सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) प्रथम संशोधन नियमावली, 2014, अधिसूचना संख्या-474/पांच-6-14-1082/87 टी०सी० दिनांक 04 मार्च 2014 एवं उ०प्र० सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) (द्वितीय संशोधन) नियमावली 2016 अधिसूचना संख्या-365/2016/3124/पांच-6-2016-19जी/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)

[Signature]
मुख्य चिकित्सा अधीक्षक,
जिला चिकित्सालय, सीतापुर।
मुख्य चिकित्सा अधीक्षक
जिला चिकित्सालय-सीतापुर

अनिवार्यता प्रमाण पत्र

अन्तः रोगी / बाह्यः रोगी के रूप में उपचार हेतु

Dr. RAHUL BHARDWAJ नेत्र शल्यक, प्रमाणित करता हूँ।

1. **SAVITA SINGH** उम्र 53 वर्ष जो कि **IMSC** के रोग से पीड़ित थे व मेरे उपचार में अन्तः रोगी के रूप में दिनांक **28.06.2021** से **05.07.2021** तक इलाज कराया।
2. मेरे द्वारा निहित औषधि व परीक्षण जो संलग्न बाउचर के अनुसार है। रोगी की स्थिति में सुधार / निवारण के लिए आवश्यक थी। ऐसी औषधियाँ सम्मिलित है।
3. उपचार पर हुए व्यय का विवरण निम्नवत् है।

क्र०संख्या	विवरण	मूल्य (रूपये में)
1	अन्य व्यय विवरण सहित (Consulting Fee Charges)	150
2	अन्य व्यय (Surgery Advance Charges)	500
3	अन्य व्यय Pathology Charges)	1000
	कुल योग	रु० 1650

4. रोगी को चिकित्सालय में भर्ती कर उपचार किये जाने की आवश्यकता थी।

संलग्न - मेरे द्वारा उपरोक्त सत्यापित बाउचर संख्या-03

Dr Rahul Bhardwaj
MBBS MS
हस्ताक्षर
चिकित्सक, नेत्र शल्य चिकित्सक
नाम योग्यता सहित मोहर

मैं प्रमाणित करता हूँ कि **SAVITA SINGH**, ने इस चिकित्सालय में **IMSC** का उपचार कराया तथा दी गई चिकित्सा सुविधा आवश्यक उपचार हेतु न्यूनतम थी।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
जिला चिकित्सालय
सीतापुर

हस्ताक्षर
प्रतिहस्ताक्षर कर्ता अधिकारी
सीतापुर नेत्र चिकित्सालय
Chief Medical Officer
The Sitapur Eye Hospital Trust
Sitapur (U.P.)

स्थान:- सीतापुर नेत्र चिकित्सालय, सीतापुर

दिनांक:- 05.05.2022

नोट- यह प्रमाण-पत्र मात्र चिकित्सा प्रतिपूर्ति के लिए ही मान्य होगा।

Certified that	SAVITA SINGH	Age- 53 Yrs/F
MR.No. –	21/21411	
Address:	B-18 OFFICER COLONY, SITAPUR (U.P)	

CERTIFICATE "A"

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

1- **Dr. RAHUL BHARDWAJ** Ophthalmic Surgeon.

hereby certify:-

(a) That I charged/received Rs Nil for administering Nil at my consulting room/at the residence of the patient.

(b) That I charge and received Rs. Nil for administering Intramuscular/subcutaneous injections on at my consulting room /at the residence of the patient.

(c) That the patient has been under treatment at EYE HOSPITAL, SITAPUR/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 stocked in the EYE HOSPITAL,SITAPUR for 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.

S.No.	Name of medicines & Investigations, procedures	Quantity	Price
1	Consulting Charges : MR.No.21/21411 R/N739728 DT28/06/2021	1	150
2	Surgrey Advance Fee; R/N97581 DT 05/07/2021	1	500
3	Pathology Charges: R/N 741917 DT05/07/2021(HIV/HCV Australia Antigen Test)	1	1000
	Total:-		1650

(RUPEES ONE THOUSAND SIX HUNDRED FIFTY ONLY)

(d) That the patient is/was suffering from IMSC /B.E.

and is /was under my treatment from 28/06/2021 TO 05/07/2021

(e) That the patient is/was not given prenatal or postnatal treatment.

(f) That the X-Ray laboratory test, etc for which an expenditure of Rs. Nil was incurred were necessary and were undertaken on my advice at **EYE HOSPITAL,SITAPUR**

कि० प्र० पू० की सहायता से रु० 1650/-
परीक्षागोप्राप्त अर्थात् धनराशि रु०
शुद्ध देय धनराशि रु० 1650/-
धनराशि शब्दों में रु० One Thousand

Contd.....2...

Dr. Rahul Bhardwaj
मुख्य चिकित्सा अधीक्षक
जिला चिकित्सालय
सितापुर

- (g) That I referred the patient to Dr. Nil for specialist consultation.
and that the necessary approval of the Nil as required under the rules.
- (h) That the patient did not require/required under the rules for hospitalization- Nil
- (i) I am not drawing any NPA/NPP.

Dated: -05/05/2022

Rahul
Dr Rahul Bhardwaj
MBBS, MS
Sitapur Eye Hospital, Sitapur
Reg. No. 58370
Signature & Designation
Of Ophthalmic Surgeon
Eye Hospital, Sitapur.

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

I certify that the patient has been under treatment at the Eye Hospital, Sitapur and that the facilities provided were minimum which were for the patient treatment.

Place:-Sitapur.

Date: -05/05/2022

medico
Chief Medical Officer,
Eye Hospital, Sitapur.
Chief Medical Officer
The Sitapur Eye Hospital Trust
Sitapur (U.P.)

Sitapur Eye Hospital
Regional Institute of Ophthalmology, Tel: 05862-272152

Sitapur Eye Hospital
Outpatient Cash Receipt (1)

UNIT-I

MONDAY, WEDNESDAY, FRIDAY

MR No: 21/21411

Date: 28/06/2021

Name: SAVITA SINGH ✓

Address: B-18 OFFOCER COLONY SITAPUR

SITAPUR

PIN- 261001

CELL NO : 6397371268

Verified
Rahul
Dr. Rahul Bhardwaj
MBBS, MS
Sitapur Eye Hospital, Sitapur
Reg. No. Rooms: 6/10

MR No: 21/21411

Name: SAVITA SINGH

Consulting Fees

Rs.150 ✓

Receipt No:

739728

Date: 28/06/2021

Cashier



Sitapur Eye Hospital & Regional Institute of Ophthalmology

For Appointment Whats App : 7388327730 (9 : AM to 5 : PM)

Enquiry/पूछताछ Ph. : 05862-272152 (9 : am to 5 : pm)

Email: infositapureyehospital@gmail.com

Website : www.sitapureyehospital.org

परामर्श समय

सोमवार से शनिवार सुबह 8 बजे से शाम 5 बजे तक
आकस्मिक परीक्षण और भर्ती किसी भी समय

रविवार अवकाश

रविवार आकस्मिक रोगी परीक्षण का समय
सुबह 8 बजे से दोपहर 1 बजे तक

आकस्मिक सेवा 24 घण्टे उपलब्ध

Attention Please

Medical records of patients will be stored by the Management for two years from date of their last Visit /Stay After that the Management will not maintain their medical records. So patients who not visit the hospital continuously for two years from the date of their last visit should register themselves as new patients.

Management

कृपया ध्यान दीजिए

मरीजों का मेडिकल रिकॉर्ड प्रबंधन द्वारा उनकी दिखाने की अंतिम तिथि से दो वर्ष के लिए संग्रहीत किया जाएगा। उसके बाद उनके मेडिकल रिकॉर्ड का प्रबंधन बनाए रखना सम्भव नहीं होगा। इसलिए वे रोगी जो अस्पताल लगातार अपनी दिखाने की अंतिम तिथि से दो वर्ष तक दिखाने नहीं आए तो वे खुद को नए रोगियों के रूप में पंजीकृत कराए।

यह पर्चा केवल 15 दिनों के मान्य है इसके बाद दिखाने पर
150/- रुपये परामर्श शुल्क देय होगा।

नोट : अस्पताल आते समय अपना चश्मा, दवाइयां अथवा अन्य रसीदें व पर्चे अवश्य साथ लायें।

2

Dr. Rahul Singh

SITAPUR EYE HOSPITAL

Civil lines, Sitapur

Tel. 05802-272152, 242834

Cash Receipt

Date : 05/07/2021

Patient Name : SAVITA SINGH

Receipt No: 97581

I.R No : 21/21411

Particulars

Amount

PHACO+MULTIFOCAL IOL (AUROVUE)

35000.00

Surgery Advance

500.00

** Balance Amount **

34500.00

Surgery Date

13/07/2021

Operator Name : BHANU PRATAP SINGH

Dr. Rahul Singh
Verified

[Signature]
Cashier

Dr. Rahul Bhardwaj
Reg. No : 58370

Time :
21/04/2022

3

SITAPUR EYE HOSPITAL
Civil lines, Sitapur
Tel. 05862-272152,242884

Patient Name : SAVITA SINGH

Cash Receipt: Date : 05/07/2021

Receipt No: 741917

MR No : 21/21411

Particulars	Amount(In RS.)
H.I.V.	400
AUSTRALIA ANTIGEN	150
HCV TEST	450
TOTAL -Rs.1000	
Net Amt	-Rs.1000

Cashier

Verified
Rahul
Dr. Rahul
Reg. No : 51370
Time :
21/04/2022

प्रेषक,

मित्र पाल सिंह,
प्रधान न्यायाधीश,
परिवार न्यायालय,
सीतापुर।

सेवा में,

महानिबन्धक,
माननीय उच्च न्यायालय,
इलाहाबाद।

पत्रांक: २७।

/2021

दिनांक: 12-7-21

विषय- पत्नी के इलाज से सम्बन्धित सूचना प्रेषित किये जाने के सम्बन्ध।

महोदय,

उपरोक्त विषयक निवेदन है कि मैंने अपनी पत्नी श्रीमती सविता सिंह का नेत्र से सम्बन्धित इलाज जिला चिकित्सालय, सीतापुर में दिनांक 25.06.2021 से प्रारम्भ किया था। जहाँ पर चिकित्सक द्वारा मोतियाबिन्दु के आपरेशन की सलाह दी गयी और जिला चिकित्सालय, सीतापुर के द्वारा मोतियाबिन्दु के आपरेशन के लिए उन्हें हायर सेन्टर के लिए रेफर किया गया। इसके पश्चात् मेरे द्वारा उन्हें क्षेत्रीय नेत्र चिकित्सालय, सीतापुर में दिनांक 28.06.2021 को चिकित्सक को दिखाया गया। जिस पर क्षेत्रीय नेत्र चिकित्सालय, सीतापुर द्वारा उनके ब्लड प्रेशर आदि को नियंत्रित करने की सलाह दी गयी। इसके बाद मेरे द्वारा अपनी पत्नी के ब्लड प्रेशर आदि से जुड़ी अन्य बीमारियों के सम्बन्ध में उन्हें जिला चिकित्सालय, सीतापुर में चिकित्सक को दिखाया गया। जिस पर जिला चिकित्सालय, सीतापुर के चिकित्सक द्वारा उन्हें ब्लड प्रेशर व इससे जुड़ी हुई अन्य बीमारियों के सम्बन्ध में किंग जार्ज मेडिकल यूनिवर्सिटी, लखनऊ में चिकित्सक को दिखाने की सलाह दी गयी। जिस पर मेरे द्वारा दिनांक 08.07.2021 को किंग जार्ज मेडिकल यूनिवर्सिटी, लखनऊ में उन्हें चिकित्सक को दिखाया गया। जहाँ से उनका वर्तमान में उपचार चल रहा है। उनके मोतियाबिन्दु के आपरेशन के सम्बन्ध में एवं उनके उपचार के सम्बन्ध में व्यय की जाने वाली धनराशि की प्रतिपूर्ति हेतु मेरे द्वारा प्रतिपूर्ति दावा बाद में प्रस्तुत किया जायेगा। जिसके सम्बन्ध में सूचना नियमानुसार प्रेषित की जा रही है।

अतः निवेदन है कि उपचार से सम्बन्धित सूचना माननीय न्यायालय के समक्ष सादर प्रेषित है।

भवदीय,


(मित्र पाल सिंह) 12.7.2021

प्रधान न्यायाधीश,
परिवार न्यायालय,
सीतापुर।