

Registered

From,
Mitra Pal Singh,
Principal Judge, Family Court,
Sitapur.

To,
The Asstt. Registrar (Admin. A-1),
High Court of Judicature at
Allahabad.

No. 102 /2022

Dated: 26 May, 2022

Subject: Regarding my medical reimbursement claim, amounting to Rs. 13,300/- after its technical examination, incurred over purchase of my spectacles on 03.02.2022, after undergoing treatment for Refractive Error, under prescriptions dated 12.01.2022 of the District Hospital, Sitapur.

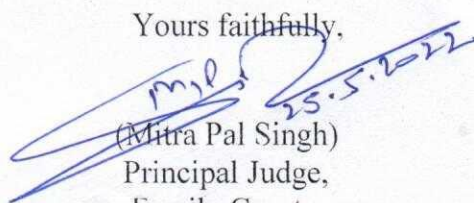
Sir,

In compliance of Hon'ble High Court's letter No. 5758/IV-2706/Admin-A-1 Sec. dated 09.05.2022 on the above subject, I have to state that I am resubmitting the said claim alongwith its original enclosures and self declaration separately in the above mentioned medical reimbursement claim as required by the Hon'ble Court

It is, therefore, requested that kindly to place it before the Hon'ble Court for kind consideration and necessary action.

Enclosures: As above.

Yours faithfully,


(Mitra Pal Singh)
Principal Judge,
Family Court,
Sitapur.

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. 103/2022

Dated: 26/05/22

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 resubmitting 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..... 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. List of Medical expenses calculation sheet
4. Original Bills & Vouchers (no. 1)
5. Original Slip of District Hospital, Sitapur.

Registered

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

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.

कार्यालय प्रधान न्यायाधीश, परिवार न्यायालय, सीतापुर।

घोषणा-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि मैंने चश्मा क्रय किये जाने की प्रतिपूर्ति से सम्बन्धित चिकित्सीय प्रतिपूर्ति दावे का भुगतान पिछले तीन वर्षों के दौरान प्राप्त नहीं किया है तथा न ही पिछले तीन वर्षों में मेरे द्वारा चश्मा क्रय किये जाने की प्रतिपूर्ति का चिकित्सीय प्रतिपूर्ति दावा प्रस्तुत किया गया है।

m.p. i.M
25.5.2022
(मित्रपाल सिंह)
प्रधान न्यायाधीश,
परिवार न्यायालय,
सीतापुर

प्रेषक,

मुख्य चिकित्सा अधीक्षक,
जिला चिकित्सालय, सीतापुर।

सेवा में,

उद्यान-मायाधीश
परिवार-मायालय 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-मायालय सीतापुर
- 6- चिकित्सा प्रतिष्ठान/संस्थान का नाम व डा० पी०के० सिंह
पता (जिससे उपचार प्राप्त किया गया हो)
(निजी हैं अथवा सरकारी) सरकारी
- 7- बीमारी का नाम Lepra my kmv
- 8- उपचार की अवधि 12-01-22 से 3-2-22 तक
- 9- चिकित्सा पर कुल व्यय धनराशि 13300=००
- 10- परीक्षण के उपरान्त भुगतान हेतु संस्तुति धनराशि 13300=००

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..... for consultation on (dates to be given) at my consulting room/at the residence for the patient.

(b) That I charged and received Rs..... 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		
			Total	13300		

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

रुग्ण की सकल धनराशि 13300-
रुग्णाप्रान्त अदेय धनराशि 00-
अदेय धनराशि रकम 13300-
धनराशि शब्दों में 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 hospitalizationrequired.

Dated. 08/02/2022

Signature & Designation of the Medical Officer and hospital dispensary to which attached.
Dr. P.K. Singh
 Sr. Eye Surgeon
 Dist. 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

Medical Superintendent
Hospital

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

Place..... Sitapur
 Date..... 8/2/22

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		

किताबों की सकल धनराशि रु० 13300-

प्रदान्त अवेय धनराशि रु० 13300-

द्वि देय धनराशि रु० 13300-

धनराशि शब्दों में रु० Thirteen Thousand Three Hundred

Dr.

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
जिला चिकित्सालय
सितापुर

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

8/2/22

Bill of Supply

9838934013

KUKREJA OPTICAL

Near : Eye Hospital-Sitapur

GSTIN - 09ATOPK7356C1ZD

(Under Composition Scheme)

Invoice No. **KU 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 frame (Videocut) + optical lens CRISTAL SUU PROGRESSIVE					13300.
					Total Amount	13300.

: Bank Details :

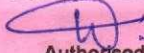
Bank A/c: 384101010036263

Union Bank of India, SITAPUR

IFSC CODE : UBIN0538418

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

Certified that the particulars given above are true and correct.

For, **KUKREJA OPTICAL**

 Authorised Signatory

107-110-82



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

6/18

6/18

Adm Refraction

By (B/K) DMS

elder box 10 step

संक्षिप्त प्रयोग 146 B

रक्त प्रयोग 130 B

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

1. आपका अपना शौचालय है या नहीं

2. अपने निजी व्यक्तिगत शौचालय का निर्माण कराकर उसका उपयोग करें।

12 JAN 2022

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. एक्स-रे/अल्ट्रासाउण्ड व पैथॉलोजी की जाँच का समय प्रातः 8.00 बजे से 11.00 बजे तक एवं एक्स-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। बीपीएल0 कार्ड धारक एवं निर्धन मरीजों का मुफ्त उपचार।

Toll Free No. : 1800-180-5145

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 श्री० के० सिंह प्रमाणित करता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी श्रीमती पत्नी श्रीमती पत्नी/पुत्र/पुत्री/माता/पिता वाह्य रोगी जो कि रोग से पीड़ित है/थे व मेरे उपचार में वाह्य रोगी/अन्तः रोगी के रूप में दिनोंक 12/01/22 से दिनोंक 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 इडिसइन्फेक्ट है।

3- उपचार हुए व्यय का विवरण

(क) औषधि पर व्यय	रुपया
(ख) पैथालोजिकल परीक्षण पर व्यय	रुपया
(ग) रेडियोलोजिकल परीक्षण पर व्यय	रुपया
(घ) विशेष परीक्षण पर व्यय	रुपया
(ङ) शल्य किया पर व्यय	रुपया
(छ) अन्य व्यय विवरण सहित	रुपया

कुल रुपया 1330000

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

संलग्नक:-मेरे द्वारा उपरोक्त सत्यापित/अभिप्रमाणित बिल/बाउचर रूपय 133000/-

हस्ताक्षर चिकित्सक.....
चिकित्सक का नाम Dr. P.K. Singh
विशेषज्ञता 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
मुख्य चिकित्सा अधिकारी
जिला चिकित्सालय
सीतापुर

हस्ताक्षर चिकित्सक.....
चिकित्सक का नाम
विशेषज्ञतापंजीकरण 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।