

कार्यालय मुख्य चिकित्सा अधीक्षक जिला चिकित्सालय मथुरा
पत्रांक जि०चि०/चि.प्र.पू./2021/806

दिनांक 04/08/21

496/स्थानीय

10-8-2021

श्रीधरदा
चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा
आपके पत्रांक आमाधीश
मथुरा।

महोदय,

आपके पत्रांक

857/2

दिनांक

के अनुपालन में श्री/श्रीमती श्रीमती विद्या लाल

दावा द्वारा अपनी स्वयं/पुत्र/पुत्री/पत्नी/मां/पिता के चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा रु. 17,250,000 की धनराशि का उ०प्र० सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली 2011 के नियम 19 (ख) के प्राविधानों के अनुरूप प्रतिपूर्ति दावे की विधि मान्यता, अनिवार्यता और अनुमन्यता का मेरे द्वारा तकनीकी परीक्षण किया गया। तकनीकी परीक्षण करने के पश्चात् इनके चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे की धनराशि रु. 16,30,500 (सोलह हजार तीन सौ पाँच मात्र) की कार्योत्तर संस्तुति प्रदान की जाती है तथा निर्धारित प्रारूप पर चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे को प्रतिहस्ताक्षरित कर मूल रूप में इस पत्र के साथ संलग्न कर आपके पास वापिस किया जा रहा है।

संलग्नक: उपरोक्तानुसार मूल रूप में।

मुख्य चिकित्सा अधीक्षक
Chief Medical Officer
District Hospital, Mathura

रवि यादव
कनिष्ठ सहायक
जिला चिकित्सालय मथुरा

परिचय (लेख)
अवकाश/अपेक्षा हीको

DISTRICT JUDGE
MATHURA

229/2411/14
12/4/2021

Recd
12/4/21

प्रेषक,
गजेन्द्र सिंह,
सिविल जज (जूनियर डिवीजन),
मथुरा।

सेवा में,
माननीय जनपद न्यायाधीश महोदय,
जनपद न्यायालय, मथुरा।

विषय- माताजी के उपचार के सम्बन्ध में सूचना।

महोदय,
विषयांकित सन्दर्भ में विनम्र निवेदन है कि मेरी माताजी श्रीमती द्रोपा की आँखों के मोतियाबिन्द का उपचार बृज हैल्थ केयर एण्ड रिसर्च सेन्टर वृन्दावन, मथुरा में चल रहा है। मेरी माताजी मेरे ऊपर पूर्ण रूप से आश्रित हैं।
अतः वांछित सूचना श्रीमान जी की सेवा में सादर प्रेषित है।

दिनांक- 02.04.2021

भवदीय,
12/4/2021
(गजेन्द्र सिंह)

सिविल जज जूनियर डिवीजन, मथुरा।
आई.डी. नं०-यू०पी० 2325

वसिष्ठसुवर्ण (लेख)
आपका कर्तव्यवही करे।

25
7/4/21
DISTRICT JUDGE
MATHURA

स्तम्भ-1

विद्यमान परिशिष्ट

परिशिष्ट 'ग'

(भाग-5-नियम-16 तथा 18 देखें।)

सेवा में,

कार्यालयध्यक्ष का नाम

.....

विषय चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति

महोदय,

मैं गजेंद्र सिंह /मेरे पारिवारिक सदस्य
(नाम) श्रीमती डोंपा ने मौलिया बिन्दु (बीमारी का नाम) के लिये

(चिकित्सालय का नाम) BHRC-Dr Shroff's Eye में उपचार करवाया है। मैं
Call Invt. Vinodhien Mathura निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिये दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ।

1. उपचारी चिकित्सक/चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित/प्रति हस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाणपत्र।
2. उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची (कैशमीमो) बीजक (बिल) बाउचर संलग्न है।
3. यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर नामित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतः ~~आवश्यकता~~ आश्रित है।

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

GAJENDRA SINGH

अधिकारी/कर्मचारी का नाम

दिनांक 07/04/21

पदनाम-CIVIL JUDGE (J.D.)

तैनाती का स्थान- MATHURA

प्रमाण-पत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्रीमती द्रोपा अपनी आँख का उपचार कराने हेतु दिनांक 02.04.2021 को आकस्मिक स्थिति में बृज हैल्थ केयर एण्ड रिसर्च सेन्टर वृन्दावन, मथुरा में भर्ती हुई। इनका मोतियाबिन्द का आपरेशन डॉ० अश्वनी कुमार द्वारा दिनांक 02.04.2021 को आकस्मिक स्थिति में किया गया।

दिनांक- 03.04.2021

प्रशासनिक अधिकारी

(अरुण मिश्रा)

बृज हैल्थ केयर एण्ड रिसर्च सेन्टर वृन्दावन,
Administrator
BHRC Dr. Shroff's Eye Care Institute
Vrindaavan, Mathura



Advance Print

BHRC-DR. SHROFF'S EYE CARE INSTITUTE- VRINDAVAN

Brij Healthcare and Research Centre, Near T. B. Hospital
Atalla Chungi, Mathura Road, Vrindavan, District-Mathura, PIN-281121

BILL CUM RECEIPT - BHRC-Dr. Shroff's Eye Care Institute-Vrindavan

Bill #268	Receipt #281	Consultant	Dr Ashwini Kumar	Printed on	02-04-2021
MRNo. VRN-P-21-03-1660	Name Mrs. Droga	Performed On	02-04-2021	Dated	02-04-2021
Advised Time	24-03-2021 12:31 PM	Date of Discharge	02-04-2021	Package	Premium
Date of Admission	02-04-2021				

Operation / Procedure	Amount
Services	22000
OD Phaco+(Foldable) Acrysof IQ	1000
OD LOCAL ANESTHESIA	0
Room Rent(1Day(s))	0
GST	0
Total	23000
Discount	(-)5750
	17250

Txn No: 66412 Receipt ID: 281

CREDITED BY **Bharti Chaudhary** ON 02-04-2021 11:44 AM (CASH)
Amount Paid ~~17250~~

16305=00

Rupees (in words)
Seventeen Thousand Two Hundred And Fifty

Discount Details 02-04-2021

Requested by Sheetal Kumari	Requested time 01:26 PM	Reason KINDLY DISCOUNT 5750 AS PER CARE OF DISTRICT COURT
Approved by Dr Rajeev Mishra	Approved time 02:10 PM	Reason Care Of CJM Mathura
Patient Details	(Name)	(Sign)
Accountant Details:	(Name)	(Sign)


Bharti Chaudhary



Thank you for your Support. Please Continue to help serve those going blind in India

**चिकित्सा व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु
(ख) CERTIFICATE - 'B'**

(To be completed in case of patients who are admitted to hospital for treatment)

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss Smt. Droopa
wife/son/daughter of Mr. Gajendra Singh
employed in the District Court Mathura.

PART - 'A'

(To be signed by the medical officer incharge of the case at the hospital)

I Dr. _____ 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 B.H.R. C. Vindavan, Mathura and Dr. Shroffs Eye Care Institute
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 B.H.R. Vindavan, Mathura (name of hospital) for supply to private patients and do not include proprietary preparation for which cheaper substances of equal therapeutic value are available and nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

Sl.	Name of medicines	Quantity	Price
1.			Rs. 17250/-
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
<u>Total -</u>			<u>Rs 17250/-</u>

- (d) that the injection administered were/were not for immunizing or prophylactic purpose.

- (e) that the patient is/was suffering from Cataract and is/was under my treatment from 02/04/2021 to 02/04/2021
- (f) that the X-Ray, Laboratory tests etc. for which an expenditure of Rs. — was incurred were necessary and were undertaken on my advice at — (Name of the Hospital or laboratory)
- (g) that I called to Dr. — for specialist consultation and that the necessary approval of the — (Name of the Chief Administrative Medical Office of the State) as required under the rules was obtained.

Mun
Signature and Designation of the Medical Officer in charge of the case at the hospital
Dr. — Kumar
M.B.B.S. —
Reg No. 68028
Time —

PART - 'B'

I certify that the patient has been under treatment at the — hospital and that the services of the special nurses for which an expenditure of Rs. — essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

NA

Signature of the Medical Officer-in-charge of the case at the hospital

कुल खर्चा 17250-00
वैद्य खर्चा 945-00
कुल वैद्य खर्चा 16305-00
(Sixteen Thousand, Three Hundred, five only)

COUNTERSIGNED

Counter Signed
Chief Medical Superintendent
District Hospital —

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

Mun
Medical Superintendent,
Dr. — Kumar
M.B.B.S. — MS Ophthalmology
Reg No. 68028
Time —
— Hospital

Place —, Mathura
Date 07/04/2021

N.B. — Certificates not applicable should be struck off. Certificate is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.

उत्तर प्रदेश असाधारण गणत, 20 सितम्बर, 2011

परिशिष्ट 'क'

उत्तर प्रदेश सरकार

स्वास्थ्य-पत्रक

[भाग दो, नियम-6(क) देखें]



नाम:- राजेन्द्र सिंह
 पदनाम:- सिविल जज (जू.डि.) जन्म का दिनांक 15/12/1978 लिंग पुरुष
 निवास का स्थान:- मथुरा विभाग का नाम आश्रम विभाग
 कार्यस्थल का नाम:- जे-2 जज कम्पाउंड, जिला आश्रम मथुरा
 मासिक वेतन/दैनिक वेतन/वैतनिक- 30000/- (27700-44770)
 पदों का नाम:- अंजू राजेश्वर

क्र.सं.	नाम	जन्म का वर्ष/दिनांक	जाति
1.	चीमरी डोपा	सन 1947	माला
2.	प्रधान सिंह	03/08/2018	पुत्र
3.			
4.			
5.			
कुल संख्या			

दिनांक 06/04/21

यह प्रमाणित किया जाता है
 कि मैं श्री राजेन्द्र सिंह क
 उनके पालन को जानता
 व पहचानता हूँ।

(Handwritten Signature)
 6-4-21

सिविल जज अंजित विभाग
 मथुरा

र.प.स.
 06/04/21

आवेदक के पालन
 कार्यालयीयता की मुहूर्त