

**स्ताम्भ-2**  
**एतद द्वारा प्रतिस्थापित परिशिष्ट**  
**परिशिष्ट-ग**  
**(भाग-पाँच-नियम 16 तथा 18 देखें)**

सेवा में ,

श्रीमान् महानिबंधक महोदय,  
माननीय उच्च न्यायालय,  
इलाहाबाद।

विषय :- चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय रु015,000/- की प्रतिपूर्ति।  
महोदय,

मैं महेश नौटियाल मेरे पारिवारिक सदस्य .....X..... ने स्वयं की आँखों की जाँच/चश्मा कय के लिये दिनांक 30.11.2021 से 22.01.2022 तक मान्यवर कांशीराम सयुक्त चिकित्सालय (पुरुष), ललितपुर में उपचार करवाया है। मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिये दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ :-

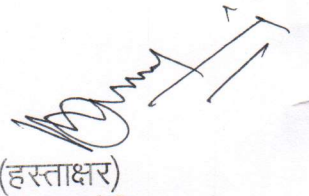
1- उपचारी चिकित्सक/चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित/प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र।

2- उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची (कैश मेमो), बीजक (बिल), बाऊचर।

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

मेरे उपचारार्थ ..... X.....के पत्र संख्या ..... X.....दिनांक.....X द्वारा स्वीकृत रु0..... X.....के अग्रिम का समायोजन करने के पश्चात मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिए यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक :-



(हस्ताक्षर)

नाम :- महेश नौटियाल  
पदनाम :- प्रधान न्यायाधीश,  
कुटुम्ब न्यायालय, ललितपुर।

प्रेषक,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी  
ललितपुर।

सेवा में,

मा० प्रधान न्यायाधीश महोदय,  
कुटुम्ब न्यायालय,  
ललितपुर।

पत्रांक— मु०चि०अ०/चि०प्रति०पूर्ति०/दावा—परी/2020—21 / 6386

दिनांक 7/3/22  
फरवरी, 2022

विषय— श्री महेश नौटियाल मा० प्रधान न्यायाधीश महोदय, ललितपुर के स्वयं के चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय प्रतिपूर्ति बिलो पर प्रतिहस्ताक्षर किये जाने के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपरोक्त विषयक कृप्या आपके पत्रांक 07 दिनांक 02.02.2022 का अवलोकन करने का कष्ट करें जिसके द्वारा श्री महेश नौटियाल मा० प्रधान न्यायाधीश महोदय, ललितपुर के स्वयं के चिकित्सा उपचार पर व्यय किये गये रू० 18490/-परीक्षण उपरान्त प्रतिहस्ताक्षर कर वापस किये जाने के अनुरोध किया गया है।

तदानुसार उक्त दावे का परीक्षण चिकित्सा अनुभाग-6 शासनादेश संख्या 2275/5-6-11-1082-87 दिनांक 20 सितम्बर 2011 उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली 2011 एवं चिकित्सा अनुभाग-6 शासनादेश संख्या-474/पाँच-6-14-1082/87टी०सी० दिनांक 04 मार्च 2014 तथा चिकित्सा अनुभाग-6शासनादेश संख्या-23/2019/126/पाँच-6-2019-05(रिट)/2018 दिनांक 16 जनवरी 2019 में निहित प्राविधानों के अन्तर्गत किये गये परीक्षणोपरान्त रू० 18490—(अट्ठारह हजार चार सौ नब्बे) मात्र की धनराशि प्रतिपूर्ति हेतु संस्तुति की जाती है।

अतः सम्बन्धित प्रतिपूर्ति दावे को मूल रूप संलग्न कर इस आशय के साथ वापस किया जा रहा है कि उक्त दावे पर आप अपने स्तर से अग्रिम कार्यवाही करने का कष्ट करें।

संलग्नक: प्रतिपूर्ति दावा मूल रूप में।

श्रीमान जी

मा० उच्च न्याया० के पत्र सं० 515 दि०

11-01-2016 के अनुसार उपरोक्त प्रतिपूर्ति हेतु अधिकतम  
15000/- तक को आदेश देव माननीय उच्च न्याया०  
इलाहाबाद, पत्र भेजे जा सकेंगे।  
आख्या सादर प्रस्तुत है।

बिल/द्वितीय लिपिक  
निवा जमी, ललितपुर।  
7/3/22

भवदीय

मुख्य चिकित्सा अधिकारी  
ललितपुर

Certified granted to Mrs./Mr./Miss..... MAHESH NAUTIYAL, Principal Judge, Lalitpur.  
 Wife /Son/daughter of Mr..... self  
 employed in the Hon'ble High Court, Allahabad.

CERTIFICATE 'A'

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

Dr. L.B. GUPTA.....hereby certify :-

- (a) that I charged/received Rs. ....X.....for consultations on ...X.... at may consulting room at the residence for the patient.
- (b) that I charged and received Rs. ....X.....for administering...X..... Intramuscular/subcutaneous injections on .....X.....at may consulting room/at the residence of the patient.
- (c) that the patient has been under treatment at .....hospital may consulting room and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recover/orovontions of serious detenoration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the (name of the hospital .....X..... fro the supply to private patients and do not proprietary preparations for which cheaper substance of equal therapeutic value are available not preparations which are primarily foods, toilets and disinfectants.

SL.	Name of Medicines	Quantity	Price
-----	-------------------	----------	-------

1. S 2021-1375
2. BALAJI OPTICAL CO. AGRA(U.P) 18490=00
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.

Total ⇒ 18490=00

डॉ० एल० बी० गुप्त  
 परामर्शदाता नेत्र रज्जन  
 जिला चिकित्सालय ललितपुर

- (d) that the patient is /was suffering from ... Presbyopia .....and is /was my treatment from... 30.11.2021 .....to 22.01.2022 .....
- (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. ...x.....as incurred were necessary and were undertaken on my advice at...x.....
- (g) that I referred the patient to Dr ...x.....for specialist consultation and that the necessary of the ...x.....as required under the rules was obtained.
- (h) that the patient did not require/required under the rules for hospitalization.
- (i) I am not drawing any NPA/NPP.

Date:-

Counter Signature for Rs. 184907  
(Rs. 184907)  
As per Bill Attached & Checked by me

[Signature]  
Chief Medical Officer  
LALITPUR

[Signature]  
Signature & Designation of the  
Medical Officer and the Hospital/  
Dispensary to which attached.

डॉ० एल० बी० गुप्ता  
प्रामाणिकता नेत्र र्जन  
जिला चिकित्सालय ललितपुर

NB: Certificate not applicable should be struck off Certificate (A) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all case.

**COUNTERSIGNED**

I Certify that the patient has been under treatment at the ...x..... hospital and that the facilities provided were minimum which were essential for the patients treatment.

Place: -

Date: -

[Signature]  
Medical Superintendent  
मुख्य चिकित्सा अधीक्षक  
...मा० काशीराम संयुक्त Hospital  
(पुरुष) ललितपुर

00=08481 ← ललितपुर

2

**TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN**

This is to certify that the treatment of  
Sri/Smt. MAHESH NAUTIYAL, Principal Judge <sup>Lalitpur.</sup> Was started in this  
hospital in Urgency/Emergency from 30-11-2021 for the  
treatment of PRES BYODIA

Dr. A. K. Gupta ✓

डॉ० एल० वी० गुप्ता  
(Signature of treating doctor)

परामर्शदाता चिकित्सक  
जिला चिकित्सालय ललितपुर



GSTIN 09AHRPG1876E1Z2

Shri Ganeshaya Namah

BILL OF SUPPLY

4

  
**BALAJI™**

# BALAJI OPTICAL CO.

24-G, KAVERI CENTRE, OPP. AZAD PETROL PUMP, SANJAY PLACE, AGRA | Ph. 0562-2527268

"COMPOSITION TAXABLE PERSON NOT ELIGIBLE TO COLLECT TAX ON SUPPLIER"

Name : MAHESH NAUTIYAL

Invoice No : S2021-1375

Phone No. :

Invoice Date : 22/01/2022

PARTICULARS	QTY	RATE	TOTAL
OPTICAL FRAME	1	6290.00	6290.00
ASSORTED LENS	1	12200.00	12200.00

✓

*Dr. P. K. Gupta*  
डॉ० एल० बी० गुप्ता  
परामर्शदाता नेत्र चिकित्सक  
जिला चिकित्सालय ललितपुर

**BILL VERIFIED**  
*[Signature]*  
अपर मुख्य चिकित्सा अधिकारी/  
तकनीकी परीक्षण अधिकारी  
कार्यालय-मुचि०अधि०, ललितपुर

Total Amt( In Words ) : Eighteen Thousand Four Hundred Ninety Only.

Total: 18490.00

### Terms and Conditions :-

SOLD GOODS CANNOT BE RETURNED.  
REPAIR AND FITTING ARE UNDER TAKEN AT CUSTOMER'S RISK.  
WE ARE NOT RESPONSIBLE FOR ANY BREAKAGE AFTER DELIVERY.  
ALL SUBJECT TO AGRA JURISDICTION ONLY

Sign :

*Balaji Optical Co.*  
24-G, Kaveri Center,  
Opp. Azad Petrol Pump  
BALAJI OPTICAL CO.  
Sanjay Place, AGRA



(पर्चा जारी तिथि में 15 दिन तक मान्य होगा)

# मान्यवर कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय (पुरुष), ललितपुर



क्रमांक सं० **76793** बह्य रोगी प्रपत्र (OPD Slip) पंजीकरण सं० **14/10/14**  
 नाम **श्री. महेश नरिपुल** पिता/पति .....  
 उम्र **54** लिंग **m** दिनांक **13.0 NOV 2022** निदान ..... मोबाईल नं० .....  
 रोगी का पता **174, नं. 13, 7, नरिपुल** .....

### Past Medical History

- Diabetes
- Asthama
- Hypertention
- Thyroid
- T B
- Any other illness, Please specify

### ON Examination

GC .....  
 Pulse .....  
 BP .....  
 Temperature .....  
 Anaemia .....  
 Jaundice .....  
 SPO2 .....

### Systemic Examination

CVS .....  
 RS .....  
 P/A .....  
 CNS .....  
 Other .....

### Investigation

- CBC
- MP / Wadal test
- Blood Group
- LFT
- KFT
- Lipid Profile
- Blood Sugar/HbA1C
- X-ray.....
- USG of Abdomen
- CT scan of.....
- ECG
- Sputum for AFB
- Covid-19 (RAT)
- HIV/VDRL
- Other.....

### Complaints.....

### Provisional Diagnosis.....

Presbyopic

Rx

### Treatment Advised

Name of Medicine	Dose	Duration	Route
ADD FA 6/6	ADD FA Near Vn		
BIF	+ 2.0 Sph	NG	NG

ADD FA 6/6

ADD FA Near Vn

BIF + 2.0 Sph (NG NG)

Advise use Bifocal glasses regularly for distant near glasses

उक्त चश्मा की पुतिर

जिला चिकित्सालय पुणे ललितपुर

में उपलब्ध नहीं है

Dr. [Signature]

**डॉ. एल. बी. गुप्ता**  
 परामर्शदाता नेत्र सर्जन  
 मोठ्ठी/सुरत/ललितपुर

Date of follow-up.....

Referral of Patient.....

(Signature of Doctor)