

①

②

**स्तम्भ-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 रु031,100/- की प्रतिपूर्ति।  
महोदय,

मैं **चन्द्रोदय कुमार** मेरे पारिवारिक सदस्य .....X..... ने **स्वयं के दाँतों** के लिये दिनांक **09.07.2022** से **10.07.2022** तक **डा0 शोभित गुप्ता, Dental Solutions, Lucknow** 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 :- 26-08-2022

  
(हस्ताक्षर) 26/8/22

नाम :- **चन्द्रोदय कुमार**  
पदनाम :- **जनपद न्यायाधीश,**  
**ललितपुर।**

Not Admitted

Certified granted to Mrs./Mr./Miss- Chandroday Kumar.  
Wife /Son/daughter of Mr. shri Jagnath Singh.  
employed in the District Judge, Lalitpur.

CERTIFICATE 'A'

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

Dr. Shobhit Gupta, Dental Solutions, Lucknow. 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 .....X....hospital may consulting room and that the undermentioned 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.	Bill No. 4521 dt. 10-07-2022 Dental Solutions, Lucknow		Rs.31,100=00
<b>Total:-</b>			<b>Rs.31,100 =00</b>

**DENTAL SOLUTIONS**  
DENTAL CLINIC & IMPLANT CENTER  
**Dr. SHOBHIT GUPTA**  
B.D.S., M.S., F.A.G.E., Dip. Implants (CIOMFI) France.  
Reg. No. 3546  
Consultant Dental Surgeon & Implantologist  
UGF 42,57 Prime Plaza, Munshi Puri, Indira Nagar, Lucknow-16

*Shobhit Gupta*

**DENTAL SOLUTIONS**  
DENTAL CLINIC & IMPLANT CENTER  
**Dr. SHOBHIT GUPTA**

## Reimbursement Particular

③

④

Patient's Name. Chandroday Kumar.

Doctor's Name. Dr. Shobhit Gupta, Dental Solutions, Lucknow

Disease's Name. Dental Caries (Pulpitis)

Treatment Period. 09.07.2022 To 10.07.2022

S. No	Bill No. & Date	Chemist/ Hospital Name	Amount	Due	Non Due
1	4521 dt. 10-07-2022	Dental Solutions, Lucknow	31,100		
		<b>Total</b>	<b>31,100</b>		

 **DENTAL SOLUTIONS**  
DENTAL CLINIC & IMPLANT CENTER  
**Dr. SHOBHIT GUPTA**  
B.D.S., M.S., F.A.G.E., Dip. Implants (CIOMFI) France  
Dental Surgeon & Implantologist  
UGF 42, 5th Floor Plaza, Munshi Puri, Indira Nagar, Lucknow 10

*Shobhit Gupta*

4

5

**TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN**

This is to certify that the treatment of Sri. **Chandroday Kumar,**  
**District Judge, Lalitpur.** Was started in this hospital in Urgency/Emergency  
from **09-07-2022** for the treatment of *Dental Caries (Pulpitis)*

*Shobhi Gupta*

(Signature of treating doctor)

 **DENTAL SOLUTIONS**  
**DENTAL CLINIC & IMPLANT CENTER**  
**D. SHOBHI GUPTA**  
B.S.D., M.S., F.A.G.E., Dip. Implantology, France.  
Reg. No. 20100  
Consultant Dental Surgeon & Implantologist  
UGF (2.5), Prime Plaza, Munshi Park, Lucknow. Phone: 2611116





# DENTAL SOLUTIONS

A MULTISPECIALITY DENTAL CLINIC

5

Patient First Name : Chandroday

## RECEIPT



UGF 42, 57 Prime Plaza,  
Munshipulia,  
Indira Nagar, Lucknow

Patient Last Name : Kumar



9451853888

Clinic Number : 4521



Receipt Number : DS0067

Date : 10-07-2022

S.No	Treatment	Tooth Number	Amount
1	Consultation		500
2	I.O.P.AX-Ray	2.7,3.6	600
3	Single Sitting Root Canal	2.7	15000
4	Single Sitting Root Canal	3.6	15000

बिल प्रमाणित

अपर मुख्य चिकित्सा अधिकारी /  
तकनीकी परीक्षण अधिकारी  
कार्का-मुंशिपुलिया, लखनऊ



DENTAL SOLUTIONS  
DENTAL CLINIC & IMPLANT CENTER

D. SHOBHIT GUPTA  
B.Sc., D.D., F.A.G.E., D.O. Implants (GIOMFI), France  
Reg. No. 3546  
Consultant Dental Surgeon & Implantologist  
UGF 42, 57 Prime Plaza, Munshipulia, Indira Nagar, Lucknow

*Dr. Shobhit Gupta*

Amount : ₹ 31100=00

This is a computer generated copy doesn't require signature



पर्चा जारी तिथि में 15 दिन तक मान्य होगा

मान्यवर कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय(पुरुष) ललितपुर



क्रमांक सं. 81208 बहय रोगी प्रपत्र (OPD Slip)

नाम..... पिता/पति..... पंजीकरण संख्या.....

उम्र..... लिंग..... दिनांक..... निदान..... मोबाइल नं. ....

रोगी का पता.....

**Past Medical History**

- Diabetes
- Asthama
- Hyperteion
- Thyroid
- T.B
- Any otherliness, Please Specity

**On Examination**

- GC .....
- Pusle .....
- B.P .....
- Temprature .....
- Anaemia .....
- jaundise .....
- 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.....

Provisionol Diagnosis.....

**Rx Treatment Advised**

Name of Medicine      Dose      Duration      Route

*876* *CB & Pain*  
*referred to hydro*  
*centre for*  
*fracture Rt*

*[Handwritten Signature]*

Date of flow up.....

Referral of Pati .....

**(Signature of Doctor)**





# DENTAL SOLUTIONS

A MULTISPECIALITY DENTAL CLINIC

7

## Dr. SHOBHIT GUPTA

B.D.S. (Lko), F.A.G.E., Dip. Implants (CIOMFI) France  
Reg. No. 3546

For Appointment : 9451853888  
(During Clinic Hrs.)

24x7 Emergency No.: 9415461888

### Consultant Dental Surgeon & Implantologist

- ★ College Extra-Universitaire d'Implantologie Orale et Maxillo-Faciale, France.
- ★ Certificate of Excellence in Advanced Endodontics - Micro Mega, France.
- ★ Member : Key Resource Team - University of Alabama School of Dentistry, USA.
- ★ Certificate of Appreciation Awarded by : International Association of Lion's Club.
- ★ Trained in - Single Sitting Root Canal.
  - Zirconia (CAD/CAM) Crowns & Bridges.
  - Painless Wisdom Tooth Root Canal Treatment & Surgeries.

Date ..... 9-Jul-22

Clinic No..... 452 I

#### Medical History

Name :

Chandroday Kumar

Age / Sex :

53/M

#### Drug Allergies

90 Severe Pain  $\frac{+}{-}$

- Tendu  $\frac{7}{6}$

Adv I.O.P. A x-ray  $\frac{7}{6}$

- Endodontic tx (Single sitting)  $\frac{7}{6}$

#### Investigations

Cap Ronygo DSP →

Tab Spouide - CV  $\frac{0}{0}$   
375mg

Tab Hyfine - Sp  $\frac{0}{0}$

Cap Hyconite  $\frac{0}{0}$

Tab Kibore DT →  
oo / stool

DENTAL SOLUTIONS  
DENTAL CLINIC & IMPLANT CENTER  
DR. SHOBHIT GUPTA

**FULLY EQUIPPED CLINIC WITH ALL ADVANCED DENTAL FACILITIES UNDER ONE ROOF**

**All Procedures Under Strict Aseptic Protocols**

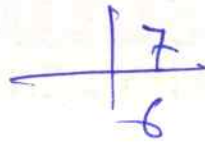


DENTAL OFFICE - Ground Floor, 42, 57 Prime Plaza, Munshi Pulia, Indira Nagar, Lucknow-16

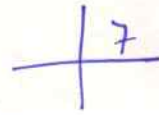
Timing - Mon To Sat - Morning : 10.00 to 1.00 P.M. Evening 4:30 - 9.30 P.M.

Sunday - Morning : 10.00 to 01.00 P.M., **Sunday : Evening Closed**

Single 811a RCZ Done



*[Handwritten signature]*

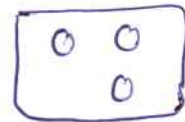
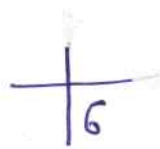


MB - 4% Y 19.5mm

DB - 4% Y - 19.5mm

Palatal - ~~6% R - 20mm~~  
35 No Green 17.5mm

6% Y 20mm



M.L — 4% Y · 18 mm

MB — 4% Y 20mm

Distal — 6% Y 20mm





25-8-22

8

प्रेषक,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी,  
ललितपुर।

सेवा में,

मा० जनपद न्यायाधीश महोदय,  
ललितपुर।

पत्रांक— मु०चि०अ०/चि०प्रति०पूर्ति०/दावा-परी/2022-23

12747

दिनांक 23 अगस्त 2022

विषय— श्री चन्द्रोदय कुमार मा० जनपद न्यायाधीश महोदय ललितपुर के स्वयं के चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय प्रतिपूर्ति बिलो पर प्रतिहस्ताक्षर किये जाने के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपरोक्त विषयक कृपया आपके पत्रांक संख्या 1125 दिनांक 05.08.2022 का अवलोकन करने का कष्ट करे जिसके द्वारा श्री चन्द्रोदय कुमार मा० जनपद न्यायाधीश महोदय ललितपुर के स्वयं के चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय 31100/-परीक्षण उपरान्त प्रतिहस्ताक्षर कर वापस किये जाने का 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/पांच-6-14-1082/82 टी०सी० दिनांक 14 मार्च 2014 तथा चिकित्सा अनुभाग 6 शासनादेश संख्या-23/2019/126/पांच-6-2019-05(रिट)/2018 दिनांक 16 जनवरी 2019 में निहित प्राविधानो के अन्तर्गत किये गये परीक्षणोपरान्त रू० 30300/- (तीस हजार तीन सौ) 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 करे।

संलग्नक: प्रतिपूर्ति दावा मूल रूप में।

भवदीय

मुख्य चिकित्सा अधिकारी,  
ललितपुर।

श्रीमान् जी,

उक्त चिकित्सीय पत्रावली मुख्य चिकित्सा

अधिकारी, ललितपुर की संस्तुति उपरान्त दिनांक 25-08-2022 को प्राप्त हो चुकी है।

अतः चिकित्सीय उपग्र माननीय उच्च न्यायालय, इलाहाबाद चिकित्सीय प्रतिहस्ताक्षर स्वीकृति हेतु भेजित किये जा सके हैं।

आख्या सादर प्रस्तुत है।

प्रभारी अधिकारी चिकित्सा अतिरिक्त  
जनपद न्यायालय, ललितपुर।

5/11/22

25/08/2022

विवाजपति,  
ललितपुर।