

प्रेषक,

राम नरेश मौर्य,  
प्रधान न्यायाधीश, परिवार न्यायालय,  
भदोही-ज्ञानपुर।

सेवा में,

महानिबन्धक,  
माननीय उच्च न्यायालय,  
इलाहाबाद।

पत्रांक- 191 /2022/ परिवार न्यायालय/भदोही-ज्ञानपुर दिनांक 21,11.2022  
विषय- चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा मु० 6,710/-रूपये स्वीकृत किए जाने के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपरोक्त विषयक के सम्बन्ध में माननीय उच्च न्यायालय से निवेदन है कि मेरा DRY EYE DISEASE रोग का उपचार त्यागी हास्पिटल नेत्र सुरक्षा एवं मेटरनिटी सेन्टर, कमला नगर, आगरा के डा० आर०एस०त्यागी (M.S.) से चल रहा है और मैंने दिनांक 18.09.2022 से दिनांक 05.10.2022 तक O.P.D.के माध्यम से डाक्टर को दिखाया, जिसमें मु० 6,710/-रूपये का व्यय हुआ। दावा सुपरिन्टेन्डेन्ट इन चीफ/ चीफ मेडिकल सुपरिन्टेन्डेन्ट जिला चिकित्सालय, जिला चिकित्सालय ज्ञानपुर-भदोही द्वारा मु० 6,710/-रूपये के लिए प्रतिहस्ताक्षरित किया गया है।

अतः चिकित्सा प्रतिपूर्ति मूल दावा माननीय न्यायालय को नियमावली उ०प्र० सरकार सेवक (चिकित्सा परिचर्या ) संख्या 2275/ 5-6-11-1082/87 दिनांकित 20.09.2011 में निहित प्रावधान के अन्तर्गत स्वीकृत करने के आशय से माननीय उच्च न्यायालय को प्रेषित किया जा रहा है। दावा को नियमानुसार स्वीकृत करने की कृपा करें।

सादर,

भवदीय,

(राम नरेश मौर्य)

प्रधान न्यायाधीश, परिवार न्यायालय,  
भदोही-ज्ञानपुर।

संलग्नक-आवश्यक प्रमाण पत्र,

मूल उपचार व मूल बिल आदि ।

स्तम्भ-1  
विदवमान परिशिष्ट  
परिशिष्ट ग' C  
भाग-पाँच-नियम 16 तथा 18 देखे

सेवा में

महानिबन्धक  
माननीय उच्च न्यायालय  
इलाहाबाद।

विषय- चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।  
महोदय

यह दावा मेरे द्वारा स्वयं का DRY EYE DISEASE रोग का उपचार त्यागी हास्पिटल नेत्र सुरक्षा एवं मेटरनिटी सेन्टर, कमला नगर, आगरा के डा० आर०एस०त्यागी (M.S.) से चल रहा है। मैंने दिनांक 18.09.2022 से दिनांक 05.10.2022 तक जरिये O.P.D.के माध्यम से उपचार करवाया है। निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिए दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ।


1. उपचारी चिकित्सक/ चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा

हस्ताक्षरित/प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र।

2. यह प्रमाणित किया जाता है कि मेरे अतिरिक्त जिस पारिवारिक सदस्य का दावा प्रस्तुत किया गया है वह मुझपर पूर्णतया आश्रित है।

उपरोक्त उपचार हेतु कोई अग्रिम राशि नहीं लिया गया है।

दिनांक 21.11.2022

  
(राम नरेश मिश्रा)

प्रधान न्यायाधीश, पश्चिम न्यायालय,  
भदोही-ज्ञानपुर।



स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग  
उत्तर प्रदेश सरकार

प्रेषक,

Superintendent in Cheif / Chief Medical Superintendent, MCS Hospital

भदोही।

प्रमाण पत्र संख्या:CMER2251747

सेवा में, CIVIL COURT GYANPUR  
BHADOHI  
COURT

पत्रांक : म० चि० अ०/चि० प्र० पूर्ति०/2022/0096221/BHADOHI

विषय : RAMNARESH MAURYA की चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक RAMNARESH MAURYA के आवेदन पत्र संख्या MER0096221 दिनांक 20/10/2022 के क्रम में आपके पत्र संख्या 177 दिनांक 20/10/2022 के संदर्भ में अवगत कराना है कि RAMNARESH MAURYA, SELF, RAMNARESH MAURYA द्वारा चिकित्सा प्रतिष्ठान/संस्थान TYAGI HOSPITAL में दिनांक 18/09/2022 से 05/10/2022 तक DRY EYE DISEASE रोग का उपचार कराया गया है, जिस पर हुए व्यय 6,710.00 के दावे की तकनीकी परीक्षण उपरान्त देय धनराशि को किये जाने हेतु प्रेषित किया गया, जिसे उत्तर प्रदेश शासन चिकित्सा अनुभाग-6 के उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली-2011 की अधिसूचना संख्या : 2275/5-6-11-1082-07 दिनांक 20.09.2011 एवं उत्तर प्रदेश सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचार्य) (प्रथम संशोधन) नियमावली-2014 की अधिसूचना संख्या रु 474/पाँच-6-14-1082 / 87 टीसी दिनांक 04 मार्च 2014 में निहित प्राविधानों के अन्तर्गत प्रदेश के अन्दर एस० जी० पी० जी० आई०, लखनऊ तथा प्रदेश के बाहर ए० आई० आई० एम० एम० (एम्स) नई दिल्ली की देय दरों के अनुसार तकनीकी परीक्षण कर देय धनराशि कुल 6,710.00 मात्र की धनराशि प्रतिपूर्ति हेतु संस्तुति की जाती है। अनिवार्यता प्रमाण पत्र तदनुसार प्रतिहस्ताक्षरित है।

पत्रांक : मु० चि० अ०/चि० प्र०

पूर्ति०/2022/0096221/BHADOHI

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ प्रेषित

- 1.
- 2.
- 3.

दिनांक : 10/11/2022

भवदीय

Superintendent in Cheif / Chief

Medical Superintendent, MCS

Hospital

भदोही

भदोही



**Department of Medical Health and Family Welfare**  
Government of Uttar Pradesh

**Online Application Form for Registration of Medical Reimbursement**

To,

**Application Number : MER0096221**

**The Superintendent in Cheif / Chief Medical Superintendent,**

**Distt : Bhadohi**

**Uttar Pradesh**

Sir,

**Kindly Register my request for issuance of Medical Reimbursement which are given as below:**

**1 Treatment Type:**

Treatment Category For OPD Treatment

**2 Employee's Detail:**

Full Name	RAMNARESH MAURYA	Father Name	DEOTADEEN MAURYA
Designation	PRINCIPAL JUDGE FAMILY COURT BHADOHI GYANPUR	Aadhaar No.	707615545955
Date Of Birth	01/01/1963	Gender	Male
Mobile No	9560457793		

**3 PPO detail:**

Retired from Employment No

**4 Address of Current Posting :**

Office Name	DISTRICT AND SESSIONS COURT BHADOHI GYANPUR	Office Incharge Name	RAMNARESH MAURYA
Address	GYANPUR BHADOHI	State	Uttar Pradesh
District	Bhadohi	Pincode	221304



**5 Permanent Address :**

Address	VILLAGE SANGRAMPUR POST GONDE	State	Uttar Pradesh
District	Pratapgarh	Pincode	230403

**6 Patient's Details:**

Requesting Medical Reimbursement for	Self	Hospital Type	Pvt
Patient Name	RAMNARESH MAURYA	Age	59
Gender	Male	Disease Name	DRY EYE DISEASE
Place where Disease Identified	KAMLA NAGAR,AGRA	Hospital Name	TYAGI HOSPITAL
Doctor Name	R.S. TYAGI	Treatment Period From	18/09/2022
Treatment Period To	05/10/2022	Patient Aadhaar no	707615545955
Relations with Employee	Self		

### 7 Details of expenditure:

S.No.	Bill Type	Bill No.	Date	Amount	Download
1	Medicine	A002726	18/09/2022	2320.00	
2	Medicine	A002960	05/10/2022	4390.00	
				<b>Total</b>	<b>6710.00</b>

### 8 Advance Detail:

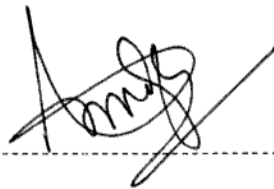
Have you already taken Advance  No

### 9 Bank Details of Employee:

Bank Name	STATE BANK OF INDIA	Branch Name	GYANPUR BHADOHI
Account Number	30009047276	IFSC Code	SBIN0007036

Date

Place



Signature of Person Incharge



**Department of Medical Health and Family Welfare**  
Government of Uttar Pradesh

**Online Application Form for Registration of Medical Reimbursement**

To,

**Application Number : MER0096221**

**The Superintendent in Cheif / Chief Medical Superintendent,**

**Distt : Bhadohi**

**Uttar Pradesh**

Sir,

Kindly Register my request for issuance of Medical Reimbursement which are given as below:

**1 Treatment Type:**

Treatment Category For OPD Treatment

**2 Employee's Detail:**

Full Name	RAMNARESH MAURYA	Father Name	DEOTADEEN MAURYA
Designation	PRINCIPAL JUDGE FAMILY COURT BHADOHI GYANPUR	Aadhaar No.	707615545955
Date Of Birth	01/01/1963	Gender	Male
Mobile No	9560457793		

**3 PPO detail:**

Retired from Emloyeement No

**4 Address of Current Posting :**

Office Name	DISTRICT AND SESSIONS COURT BHADOHI GYANPUR	Office Incharge Name	RAMNARESH MAURYA
Address	GYANPUR BHADOHI	State	Uttar Pradesh
District	Bhadohi	Pincode	221304



**5 Permanent Address :**

Address	VILLAGE SANGRAMPUR POST GONDE	State	Uttar Pradesh
District	Pratapgarh	Pincode	230403

**6 Patient's Details:**

Requesting Medical Reimbursement for	Self	Hospital Type	Pvt
Patient Name	RAMNARESH MAURYA	Age	59
Gender	Male	Disease Name	DRY EYE DISEASE
Place where Disease identified	KAMLA NAGAR,AGRA	Hospital Name	TYAGI HOSPITAL
Doctor Name	R.S. TYAGI	Treatment Period From	18/09/2022
Treatment Period To	05/10/2022	Patient Aadhaar no	707615545955
Relations with Employee	Self		

### 7 Details of expenditure:

S.No.	Bill Type	Bill No.	Date	Amount	Download
1	Medicine	A002726	18/09/2022	2320.00	
2	Medicine	A002960	05/10/2022	4390.00	
				<b>Total</b>	<b>6710.00</b>

### 8 Advance Detail:

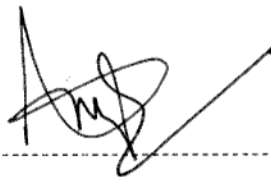
Have you already taken Advance  No

### 9 Bank Details of Employee:

Bank Name	STATE BANK OF INDIA	Branch Name	GYANPUR BHADOHI
Account Number	30009047276	IFSC Code	SBIN0007036

Date

Place



Signature of Person Incharge

उत्तर प्रदेश आसाधारण गजट, 20 सितम्बर, 2011  
परिशिष्ट-ग  
(भाग-पॉच-नियम 16 तथा 18 देखें)

सेवा में,

कार्यालयाध्यक्ष का नाम,

प्रधान न्यायाधीश, परिषद्, मन्दालाय  
अदोही जालपुर

विषय :-

चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति। ₹ 6710/-

महोदय,

मैं राम नरेश शर्मा / मेरे पारिवारिक सदस्य (नाम) \_\_\_\_\_

ने आंश (बिमारी का नाम) के लिए \_\_\_\_\_

18/09/2020 (दिनांक) से 05/10/2022 तक डा० शरद शर्मा

\_\_\_\_\_ (चिकित्सालय का नाम) में उपचार करवाया है। मैं निम्नलिखित दस्तावेज के साथ प्रतिपूर्ति के लिए दावा प्रस्तुत कर रहा हूँ।

- 1- उपचारी चिकित्सक/चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षरित/प्रतिहस्ताक्षरित अनिवार्यता प्रमाण-पत्र।
- 2- उपचारी चिकित्सक द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पत्र (कैश मेमो), बीजक (बिल), बाउचर।
- 3- यह प्रमाणित किया जाता है कि ऊपर नामित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतया आश्रित है।

मेरे उपचारार्थ \_\_\_\_\_ के पत्र संख्या \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ द्वारा स्वीकृत रू० \_\_\_\_\_ के अग्रिम का समायोजन करने के पश्चात् मेरे द्वारा दावे की प्रतिपूर्ति के लिए यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक 19/10/2020

अधिकारी/कर्मचारी का हस्ताक्षर

नाम राम नरेश शर्मा

पद नाम प्रधान न्यायाधीश

पता परिषद् न्यायालय

अदोही जालपुर

Submit to  
online

Ans  
19/10/20



**CERTIFICATE - A**

(For the patient who are not admitted in hospital for treatment)

Name of Patient. Bum. Neeraj G. Maudya.....Son/Daughter/Wife of  
Sri. Deota Deen Maudya.....age about.....yrs.

I Dr. R.S. Tiagi.....hereby certify:-

- (a) that I charged and received Rs.....for consultation on.....  
.....at my consulting room.....(date to be given)  
.....at the residence of the patient.
- (b) that I Charged and received Rs.....for administering  
.....intra-muscular.....injection/sub-cuanneoue  
on.....(date to be given) at my consulting room/at the residence  
of the patient.
- (c) that the injections administered were for/were not immunizing of  
prophylactic purposes.
- (d) that the patient has been under treatment at hospital/my consulting room and  
that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were  
essential for the recover/prevention of serious deterioration in the condition of  
the patient. The medicines are not stocked in the.....(name  
of the hospital) for supply to private patient and do not include proprietary  
preparation for which cheaper substances of equal therapeutic value are available for  
preparation which are primarily foods, toilets or disinfections.

Name of Medicines/Vouchers.

Price/Amount

- 1.
- 2.
- 3.


enclosed

6710/-




R.S. Tiagi  
डा. बाबू. एस. त्याग  
(एस. एस.)  
जय शीव विद्यालय

- (e) that the patient is/was suffering from Dry Eye, BUC.....was under my treatment from.....to.....
- (f) that the patient is/was not given prenatal or postnatal treatment.
- (g) that the X-Ray laboratory test etc. for which and 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.....  
(Name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules was obtained.
- (I) that the patient did not require/required hospitalization.

  
Signature & designation of Medical Officer  
and the Hospital/Dispensary to which attached

Passed For Payment Rs. 6710=00  
Rupees ₹. 6710/- (सहायक प्रमुख अर्थी/अधीक्षक)

  
मुख्य चिकित्सा अधीक्षक  
मधुसूदन चेतसिंह जिला चिकित्सालय  
ज्ञानपुर-भदोही

अस्पताल का नाम – त्यागी हॉस्पिटल  
नेत्र सुरक्षा एवं मेटरनिटी सेन्टर,  
कमला नगर, आगरा।  
डॉक्टर का नाम – डॉ० आर० एस० त्यागी (एम० एस०)

**Particular**  
Not Admit Period  
18-09-2022 To 05-10-2022

Sl.NO	Treatment Type	Bill NO and Date	Amount
1.	Medicine	A002726 Dated 18.09.2022	2320/-
2.	Medicine	A002960 Dated 05.10.2022	4390/-
		Total	6,710/-



**SHIVANSH MEDICAL STORE**

KAMLA NAGAR, AGRA

Patient Name : R.N MURYA

Patient Address :

Dr Name : DR. R.S TYAGI

Dr Reg No.

Invoice No. : A002726 Date: 18-09-2022

Licence No. : UP80200000664, UP80210000664

**GST INVOICE**

SN.	PRODUCT NAME	PACK	HSN	BATCH	EXP.	QTY	MRP	RATE	SGST	CGST	AMOUNT
1.	SOHA EYE DROP	1*1	3004	FHY0961	11/23	1.000	249.00	249.00			249.00
2.	SOHA EYE DROP	1*1	3004	FHZ0051	12/23	1.000	249.00	249.00			249.00
3.	SOHA EYE DROP	1*1	3004	FHZ0347	4/24	1.000	249.00	249.00			249.00
4.	CYCLOMUNE EYE DROP 0.5%	1*1	2106	KFY0064		2.000	476.00	436.00			872.00
5.	CYCLOMUNE EYE DROP 0.5%	1*1	2106	KFZ0042	12/23	2.000	476.00	476.00			952.00
										<b>SUB TOTAL</b>	<b>2571.00</b>

232018

Verified



GST 2571\*0%=0SGST.

**Terms & Conditions**

Goods Ones sold will not be taken back.

All disputes subject to AGRA jurisdiction only.

Remark :

Rs. Two Thousand Five Hundred Seventy One Only

For SHIVANSH MEDICAL STORE

Authorised Signatory

**GRAND TOTAL 2571.00**

**SHIVANSH MEDICAL STORE**

KAMLA NAGAR, AGRA

Patient Name : R.N MURYA

Patient Address :

Dr Name : R.S TYAGI

Dr Reg No.

Licence No. : UP80200000664,UP80210000664

**GST INVOICE**

Invoice No. : A002960 Date: 05-10-2022

SN.	PRODUCT NAME	PACK	HSN	BATCH	EXP.	QTY	MRP	RATE	SGST	CGST	AMOUNT
1.	SOHA EYE DROP	1*1	3004	FHZ0347	4/24	8.000	249.00	249.00			1992.00
2.	CYCLOMUNE EYE DROP0.5%	1*1	2106	KFY0462	10/23	5.000	476.00	476.00			2380.00
3.	CYCLOMUNE EYE DROP0.5%	1*1	2106	KFY0462	10/23	1.000	500.00	500.00			500.00

439018

GST 4872\*0%=0SGST,

SUB TOTAL 4872.00

**Terms & Conditions**

Goods Ones sold will not be taken back.

All disputes subject to AGRA jurisdiction only.

For SHIVANSH MEDICAL STORE

Remark :

Authorised Signatory

Rs. Four Thousand Eight Hundred Seventy Two Only

डा. आर. एस. त्यागी  
(एम. एस.)  
के. वी. चिंचेपट्ट

GRAND TOTAL 4872.00

# त्यागी हॉस्पिटल

CMO Reg. No. UP/Agra/AZ/2004/747

**(नेत्र सुरक्षा एवं मेटरनिटी सेन्टर)**

एफ-178, लंगडे की चौकी से चाँदनी चौक चौराहा व साईं मंदिर के बीच,  
कमला नगर, आगरा, फोन : 0562-2884955

**डॉ० आरु एस० त्यागी**

एम० एस०

भू०पू० वरिष्ठ नेत्र रोग विशेषज्ञ एवं **फैको सर्जन**  
सुन्दरानी नेत्र चिकित्सालय, आगरा

समय : प्रातः 10.00 - 2:00  
सांय : 6:00 - 8:30

रविवार सांय अवकाश R. No. -8876



**डॉ० (श्रीमती) अनुपम त्यागी**

एम०बी०बी०एस०, डी०जी०ओ०

भूतपूर्व वरिष्ठ स्त्री रोग विशेषज्ञ  
ऊषा देवी मिशन हॉस्पिटल, आगरा

समय : 12.00 Noon - 4.00 PM

Evening Emergency Only

R. No. -10881

mk up  
e 16/6  
9/00

Shree Ramesh mung

दिनांक... 10/08/22

59/1 may

BLE = Dry eye  
e Dm +

fast Dryness Prob  
elo better

30/01  
20/04

soho go camp 11/15  
eyelime o. 7/10 11/15

smet  
control 5/7  
Dm

3 11/15

Signature

इमरजेन्सी सेवाएँ 24 घण्टे उपलब्ध

NOT VALID FOR MEDICAL LEGAL PURPOSE

I.D.NO.U.P.5699

प्रेषक,

राम नरेश मौर्य,  
प्रधान न्यायाधीश, परिवार न्यायालय,  
भदोही-ज्ञानपुर।

सेवा में,

महानिबन्धक,  
माननीय उच्च न्यायालय,  
इलाहाबाद।

विषय:- स्वयं के इलाज सम्बन्धी सूचना।

पत्रांक सं० 150/2022/परिवार न्यायालय/भदोही-ज्ञानपुर, सितम्बर, 19.2022

महोदय,

निवेदन है कि मेरे आँख का इलाज डा० आर० एस० त्यागी, वरिष्ठ नेत्र रोग विशेषज्ञ, त्यागी हास्पिटल, नेत्र सुरक्षा एवं मेटरनिटी सेन्टर, कमला नगर, आगरा से O.P.D. के माध्यम से लगातार चल रहा है।

अतः सूचना श्रीमान जी की सेवा में सादर प्रेषित है।

दिनांक 19.09.2022

भवदीय,

  
(राम नरेश मौर्य)

प्रधान न्यायाधीश, परिवार न्यायालय,  
भदोही-ज्ञानपुर।