

प्रेषक,

सूर्य प्रकाश शर्मा  
पीठासीन अधिकारी,  
मोटर दुर्घटना प्रतिकर दावा न्यायाधिकरण,  
बाराबंकी।

सेवा में,

महानिबन्धक,  
माननीय उच्च न्यायालय,  
इलाहाबाद।

पत्रांक : 56 / एमएसीटी / बाराबंकी दिनांक 28.03.2023

विषय: मेरी आश्रित पत्नी श्रीमती फूलमती शर्मा के उपचार पर हुये व्यय की प्रतिपूर्ति कराये जाने के संबंध में।

महोदय,

उपरोक्त विषयक की ओर आपका ध्यान आकृष्ट कराते हुये निवेदन करना है कि मेरे द्वारा अपनी पत्नी श्रीमती फूलमती शर्मा जोकि पूर्ण रूप से मुझ पर आश्रित हैं, को अपरिहार्य आकस्मिकता को देखते हुये दिनांक 4.02.2023 को अभिनव दृष्टि, बी-719, सेक्टर सी, महानगर लखनऊ ले जाया गया जहां पर उपचार की तुरन्त आवश्यकता को देखते हुये उक्त चिकित्सा संस्थान के चिकित्सों द्वारा उनका उपचार प्रारम्भ कर दिया गया। जिसकी सूचना मेरे द्वारा दिनांक 17.02.2023 को माननीय उच्च न्यायालय को पोर्टल के माध्यम से प्रेषित की गयी है।

यह कि उपरोक्त उपचार के उपरान्त संबंधित चिकित्सक द्वारा सत्यापित बिल/रसीदों के साथ चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा को तकनीकी परीक्षण करके प्रतिहस्ताक्षरित करने हेतु मुख्य चिकित्सा अधिकारी, बाराबंकी को प्रेषित किया गया। जिस पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी, बाराबंकी द्वारा अपने पत्र संख्या चिकि0प्रति0/तकनीकी परीक्षण/ 2022-23/ 4168, दिनांकित 16.03.2023 के माध्यम से मूल चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा तकनीकी परीक्षण उपरान्त प्रतिपूर्ति योग्य धनराशि 38,431/- की देयता निर्धारित करते हुये वापस प्रेषित किया गया। जिसके आधार पर मेरे द्वारा इस मोटर दुर्घटना दावा न्यायाधिकरण, बाराबंकी के विभागाध्यक्ष के रूप में प्राप्त प्राधिकार की सीमा में भुगतान आदेश 01/2023 (प्रशासकीय), दिनांकित 17.03.2023 पारित किया गया, जिसकी प्रति संलग्न की जा रही है। उक्त प्रशासकीय आदेश के क्रम में नियमानुसार चिकित्सा प्रतिपूर्ति दवा से संबंधित धनराशि से संबंधित भुगतान देयक तैयार करवाकर, वरिष्ठ कोषाधिकारी,

५/

बाराबंकी को भेजा गया था। उक्त देयक पर वरिष्ठ कोषाधिकारी, बाराबंकी द्वारा दिनांक 23.03.2023 को प्रथम आपत्ति अंकित की गयी " सक्षम अधिकारी का स्वीकृति आदेश वांछित है।" जिसका निराकरण करते हुये इस टिप्पणी के साथ उक्त देयक पुनः पारित करने हेतु वरिष्ठ कोषाधिकारी, बाराबंकी को भेजा गया कि " मोटर दुर्घटना दावा न्यायाधिकरण बाराबंकी का अधोहस्ताक्षरी स्वयं कार्यालयाध्यक्ष है। चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावे पर दो लाख की सीमा तक का भुगतान आदेश निर्गत करने का प्राधिकार अधोहस्ताक्षरी में निहित है। तदनुसार निर्गत आदेश के परिपेक्ष्य में की गयी मांग के आधार पर वित्त नियंत्रक परिवहन विभाग उत्तर प्रदेश लखनऊ द्वारा मद-49-चिकित्सा व्यय में मु0 38,431/- वर्ष 2022-23 में 31.03.2023 तक उपभोग हेतु बजट आवंटित किया गया है।" जिस पर उक्त देयक पर वरिष्ठ कोषाधिकारी, बाराबंकी द्वारा आपत्ति कीगयी है कि " अवगत कराना है कि उ0प्र0बजट मैनुअल के प्रस्तर III जोकि **Authrization of expenditure** से संबधित है, ( No authority should exercise its power of sanctioniry expenditure to pass an order directly or indirectly to its own advantage) इस संबध में स्वीकृत द्वारा आपके स्वतः स्वीकृत से संबधित है। अतः इस संबध में माननीय उच्च न्यायालय अथवा शासन द्वारा स्वयं का दावा स्वीकृत करने के संबध में कोई आदेश प्राप्त हुये है, तो देयक के साथ लंगन करने का कष्ट करें, जिससे वित्तीय अनियमितता से बचा जा सके।"

इन परिस्थितियों मेरे द्वारा चिकित्सीय प्रतिपूर्ति दावा मूल रूप से इस पत्र के साथ संलग्न कर प्रेषित किया जा रहा है।

अतः आपसे प्रार्थना है कि मेरा चिकित्सीय प्रतिपूर्ति दावा माननीय उच्च न्यायालय के समक्ष प्रस्तुत कर स्वीकृति आदेश प्राप्त करने की कृपा करें।

सादर,

संलग्नक: उपरोक्तानुसार।

दिनांक : 28.03.2023

भवदीय,



(सूर्य प्रकाश शर्मा)

पीठासीन अधिकारी,

मोटर दुर्घटना प्रतिकर दावा न्यायाधिकरण,  
बाराबंकी।

आवेश संख्या 01/2023 (प्रशासकीय)

सहायक लेखाकार द्वारा प्रस्तुत की गयी आख्या तथा मुख्य चिकित्सा अधिकारी, बाराबंकी के पत्र संख्या चिकित्सा प्रति0/तक0परी0/2022-23/4168 दिनांकित 16.03.2023 द्वारा प्रदत्त प्रतिहरस्ताक्षर/भुगतान की संस्तुति को दृष्टिगत रखते हुये श्री सूर्य प्रकाश शर्मा, पीठासीन अधिकारी, मोटर दुर्घटना दावा न्यायाधिकरण बाराबंकी की आश्रित पत्नी श्रीमती फूलमती शर्मा के स्वयं के उपचार पर हुये व्यय का प्रारूप तीन पर निम्नवत परीक्षण किया गया है-

क्र. सं०	व्यय का विवरण / नाम	निजी चिकित्सालय द्वारा आरोपित दर	एम्स नई दिल्ली लखनऊ / एस0जी0पी0जी0आई0 लखनऊ की स्वीकृत दर	अन्तर की धनराशि	प्रतिपूर्ति योग्य धनराशि
1	अग्निव दृष्टि हारिपटल लखनऊ	43,871/-	38,431/-	5,440/-	38,431/-
	योग	43,871/-	38,431/-	5,440/-	38,431/-

परीक्षणोपरान्त मुख्य चिकित्साधिकारी बाराबंकी द्वारा मुबलिक रू0 38,431/- (रू0 अड़तिस हजार चार सौ इक्कतीस मात्र) की धनराशि किये जाने की संस्तुति की गयी है।

उक्त के दृष्टिगत मुबलिक रू0 38,431/- (रू0 अड़तिस हजार चार सौ इक्कतीस मात्र) की धनराशि चिकित्सा प्रतिपूर्ति के रूप में चिकित्सा परिचर्या नियमावली संख्या 2275/5-6-11-1082-87 दिनांकित 20.09.2011 सपठित शोधित नियमावली संख्या 474/5-6-14-1082/87 टीसी दिनांकित 04.03.2014 के अन्तर्गत स्वीकृति प्रदान की जाती है, जिसका भुगतान वित्त नियंत्रक परिवहन विभाग, उत्तर प्रदेश से स्वीकृति बजट उपलब्ध होने के उपरान्त किया जायेगा।

उपरोक्त का भुगतान वर्तमान वित्तीय वर्ष 2022-23 के अनुदान संख्या 43, लेखा शीर्षक -3055 सड़क परिवहन, 800 -अन्य व्यय, 03 मोटर एक्सीडेंट क्लेम ट्रिब्युनल के मानक मद 49- चिकित्सा व्यय से किया जायेगा।

सभी संबधित सूचित हो।

*Surya Prakash Sharma*  
पीठासीन अधिकारी, 17-3-2023  
मोटर दुर्घटना दावा न्यायाधिकरण  
बाराबंकी।

17.03.2023

कार्यालय मोटर दुर्घटना दावा न्यायाधिकरण, बाराबंकी।

पत्रक 5/एम्पसीटी/बाराबंकी

22.3.23  
दिनांक 20/03/2023

प्रतिलिपि: निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित हो-

✓-अधीक्षक कोषाधिकारी, बाराबंकी।

2-सहायक लेखाकार।

3-संयोजित अधिकारी।

दिनांक 20/03/2023

आज्ञा से-  
*(शकील अहमद)*  
कार्यालय सहायक

# कार्यालय मुख्य चिकित्साधिकारी, बाराबंकी।

संख्या: चिकि०प्रति०/तक०परी०/2022-23/ 4168

दिनांक-16/03/2023

प्रारूप 1/2 चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावे का परीक्षण।

में,

पीठासीन अधिकारी,  
मोटर दुर्घटना दावा न्यायधिकरण,  
बाराबंकी।

विषय- चिकित्सा प्रतिपूर्ति प्रतिहस्ताक्षरित किये जाने के संबंध में।

उपर्युक्त विषयक आपके पत्र संख्या-39/एम०ए०सी०टी०/2023 दिनांक-15.03.2023 के संदर्भ में अवगत कराना है कि चिकित्सा प्रतिपूर्ति दावा।

1. लाभार्थी का नाम/पदनाम-: श्री सूर्य प्रकाश शर्मा, पीठासीन अधिकारी/जिला न्यायाधीश।
2. लाभार्थी के पिता का नाम/पति का नाम-:
3. उपचार प्राप्तकर्ता का नाम/लाभार्थी से संबंध-: श्रीमती फूलमती शर्मा, पत्नी।
4. बीमारी का नाम-: Cataract Surgery उपचार अवधि-: दिनांक-04.02.2023 से दिनांक-12.02.2023 तक। नजी/सरकारी-: निजी।
5. चिकित्सा पर कुल व्यय धनराशि-: रु०-43871.00

## प्रारूप-3

क्रम सं०	व्यय का विवरण/नाम	निजी चिकित्सालय द्वार आरोपित दर	एम्स नई दिल्ली/के०जी०एम०यू० लखनऊ/एस०जी०पी०जी०आई० लखनऊ की स्वीकृत दर	अन्तर की धनराशि	प्रतिपूर्ति योग्य धनराशि
1	अमिनव दृष्टि हास्पिटल लखनऊ	43871.00	38431.00	5440.00	38431.00
	योग	43871.00	38431.00	5440.00	38431.00

6. परीक्षण के उपरान्त भुगतान हेतु संस्तुति धनराशि-: रु०-38431.00 (Thirty eight thousand four hundred thirty one only)

## प्रमाणीकरण

प्रमाणित किया जाता है कि चिकित्सा अनुभाग-6, उ०प्र० शासन की उ०प्र० सरकारी (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-3365/2016/3124/पाँच-6-2016-19<sup>थी</sup>/16 दिनांक-27 दिसम्बर 2016 एवं शासनादेश संख्या-56/2019/578 पाँच-6-2019-04 (जी०)/2019 दिनांक 07 मार्च 2019 एवं शासनादेश संख्या-49/2020/352/पाँच-6-2020-04 जी०/2019 दिनांक-24 फरवरी 2020 में निहित प्राविधानों के अन्तर्गत प्रदेश के अन्दर/बाहर करायी गयी चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति की संस्तुति एम्स नई दिल्ली/के०जी०एम०यू० लखनऊ, एस०जी०पी०जी०आई० लखनऊ की दर परी की जाती है। सुसंगत अभिलेख मूल रूप में संलग्न कर प्रेषित है।  
संलग्नक-यथोक्त (मूल रूप में)

(डा० राजीव कुमार सिंह)  
प्रमारी अधिकारी, चिकि०प्रति० (तक०परी०)  
कृते मुख्य चिकित्सा अधिकारी  
बाराबंकी

Medicine granted to Phool Mati Sharma w/o  
Shri Surya Prakash Sharma, P.O. M.A.C.T. Barabanki  
employed in the State Government of Uttar Pradesh.

CERTIFICATE 'A' -

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

Dr. Hemant Kumar, hereby certify :-

(a) That I charged and received Rs. \_\_\_\_\_ for consultation on / (date 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/sub coetaneous on (date to be given) \_\_\_\_\_ at my consulting room/at the residence of the patient.

(c) That the injections administered were for immunizing or / were not Prophylactic purposes.

(d) That the patient has been under treatment \_\_\_\_\_ the Government District hospital/ and that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the conditions of the patient. The medicines are not stocked in the \_\_\_\_\_ the Government District Hospital (name of the Hospital) to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available for preparations which are primarily/foods, toilets or disinfectants.

Name of Medicines	Cash memo No.	Dated	Price	Name of drugstore
-------------------	---------------	-------	-------	-------------------



(7)

**CERTIFICATE B**

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

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss Phool Mati Sharma  
.....wife/Son/Daughter of Mr. Surya Prakash Sharma  
employed in the P.O. N.A.C.T. Bank.....

**PART- A**

(To be signed by the Medical Officer incharge of the case at the hospital)

1. I Dr. Hemant Kumar..... hereby certify

(a) That the patient was admitted to hospital on my advice/ advice of ....

.....  
(Name of Medical Officer)

(b) That the patient has been under treatment at Alhambra, Delhi  
Maharaja Luchhaya..... and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery/ prevention of serious, deterioration in the condition on the patient.

2- The medicines are not stocked in the .....  
..... for supply to private patients and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available not preparations which are primarily foods, toilets.

SL. No.	NAME OF MEDICINES	PRICE
---------	-------------------	-------

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.

(e) that the patient is/was suffering from Eye Problem (Surgery) and is/was under my treatment from 15.2.23 to .....

(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 .....  
.....(Name of the Chief) as required under the rules (Administrative Medical Officer of State.)

(i) that the patient did not required hospitalisation.....required.

Dated.....  
*पतिवत्ता करिता*  
*3843 (10)*  
*CS Thakur*

**DR. HEMANT KUMAR**  
Signature & Designation of the  
Medical Officer and hospital  
dispensary to which attached.  
Consultant Ophthalmologist  
Registration No.-33030  
**ABHINAV DRISHTI**  
B-719, Sec.-C, Mahanagar, Lucknow

N.B. : Certificates not applicable should be struck off.  
Certificates (a) is compulsory and must be filled my by the Medical officer in all cases.

*(डा. हेमंत कुमार सिंह)*  
*महारी जलकाली (मि. डि. प्रो.)*  
*एन. मुख्य चिकित्सा अधिकारी*  
*बाराबंकी*  
**COUNTERSIGNED**

*hw*  
**DR. HEMANT KUMAR**  
Medical Superintendent  
Hospital  
Consultant Ophthalmologist  
Registration No.-33030  
**ABHINAV DRISHTI**  
B-719, Sec.-C, Mahanagar, Lucknow

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

Place :  
Dated :

Medical Superintendent  
.....Hospital



अनिवार्यता प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री पुष्पा शर्मा  
पत्नी श्री सुधीर प्रसाद शर्मा पता 1/355 तटवर्मा टनड गेट, मन्डौली, लखनऊ  
लखनऊ दिनांक 5.2.2023 को आकस्मिक एवं अपरिहार्य  
परिस्थितियों में मेरे यहां अभिनाव ड्रिшти इण्डियन में लायी  
गयी। उन्हें उपचार की तुरन्त आवश्यकता को देखते हुए मेरे द्वारा उनका  
उपचार प्रारम्भ किया गया।

दिनांक :

  
चिकित्सक के हस्ताक्षर **DR. HEMANT KUMAR**  
Consultant Ophthalmologist  
Registration No.-33030  
मुहर: **ABHINAV DRISHTI**  
B-719, Sec.-C, Mahanagar, Lucknow



Empanelled with :  
ESIC, FCL, NSC, CGHS, BSNL, P&T, GSI, UPPCL, CSIR, FCI, TATA MOTORS & Others

Timings : 9:30 a.m. to 1:30 p.m. Sunday closed  
For Appointment OPD - 9415998889, 9473900094, OT - 9415000044

**DR. HEMANT KUMAR**  
Cornea & Refractive Surgeon  
M.S., K.G. Medical College, Lucknow.  
Fellow, L.V.P. Eye Institute, Hyderabad.  
Reg. No. 33030

**Consultants**  
**DR. LALITA KUMAR**  
Retina & Post Segment Surgeon  
M.S., K.G. Medical College, Lucknow.  
Fellow, L.V.P. Eye Institute, Hyderabad.  
Reg. No. 35181

**DR. M. S. SIDDIQUI**  
Associate Consultant  
M.S. (Ophthalmology)  
Ex-Consultant, Eye Hospital, Shajapur  
Reg. No. 37744

In Time : 04-02-2023 12:20  
Out Time: 04-02-2023 13:09  
PUID: **PID1632556959-69526**  
Address: 1/356 VARDAN KHAND GOMTI NAGAR  
,LUCKNOW,

Patient Name: **Mrs. PHOOL MATI SHARMA ( PREETI )**

Age/Gender: 54 years/female

Contact No. 9415493936



Visual Acuity :	UNCORRECTED RE	WITH GLASS RE	PH RE	UNCORRECTED LE	WITH GLASS LE	PH LE
DISTANCE.	-	6/9	-	-	6/9P	6/18P

**Chief Complaint :** FOLLOW UP VISIT

**Examination Findings**

**RIGHT EYE**

**LEFT EYE**

Other Findings : S/L BE:- LIDS WNL, CONJUNCTIVA WNL, CORNEA CLEAR, ANT.SEG. QUIET, LENS: NSC 3++ RE < LE , FUNDUS : BE - SMALL DISC CDR 0.5 :1 FR DULL

**Advice** USE MEDICATION AS ADVISED, PLAN CATARACT SURGERY /LE, ~~HB % TLC DIC BLOOD SUGAR FASTING . PP/~~ OCT BES DONE

Medicine	Dosage
1) GLUCOTIM LA E/D BE	1 Times a Day (d) For 30 Days (1 DROP AT NIGHT TIMES )
2) MOTOGRAM E/D LE	12 Times a Day (d-d-d-d-d-d-d-d-d-d-d-d-d-d) (ONE DROP LE 1-1 HOURLY ONE DAY BEFORE SURGERY )
3) TROMIDE PLUS E/D LE	6 Times a Day (d-d-d-d-d-d) (ONE DROP LE 1/2 1/2 HOURLY ON THE DAY OF SURGRY )
4) FLURBIN E/D LE	6 Times a Day (d-d-d-d-d-d) (ONE DROP LE 1/2 1/2 HOURLY ON THE DAY OF SURGERY )

*Handwritten signature*

**DR. HEMANT KUMAR**  
Consultant Ophthalmologist  
Registration No.-33030  
**ABHINAV DRISHTI**  
B-719, Sec.-C, Mahanagar, Lucknow

OPD Medical Bill/Receipt

GSTN - 09AFYPK6627G1ZS

# Abhinav Drishti

Advance Eye Care & Lasik Laser Centre

*Celebrating 22<sup>nd</sup> years of dedicated Eye Care Service*

APPOINTMENT :

Patient Name	PUID	Receipt Id	Date
Mrs. PHOOL MATI SHARMA ( PREETI )	PID1632556959-69526	RID1675495586/22-4200	04-02-2023
Phone number	Address	Age/Gender	TPA
9415493936	1/356 VARDAN KHAND GOMTI NAGAR ,LUCKNOW,	54 years / female	-
			Policy No.

Item	Date	Quantity	Unit Cost(Rs.)	SGST%	CGST%	Batch	Exp	HSN Code	Amount(Rs.)
CONSULTATION	04-02-2023	1	700	0	0	-	-	-	700
OCT BOTH EYE	04-02-2023	1	2800	0	0	-	-	-	2800

Amount Paid(Rs.)	Mode of Payment	Description	TimeStamp
3500	Cash		04-02-2023 12:56PM

<b>Grand Total Rs. 3500.00</b>
Grand Total In words : Rupees THREE THOUSAND FIVE HUNDRED
<b>Round Off Rs. 3500</b>
<b>Amount discounted Rs. 0</b>
<b>Amount paid Rs.: 3500</b>
<b>Amount due Rs. 0</b>

  
**DR. HEMANT KUMAR**  
 Consultant Ophthalmologist  
 Registration No.-33030  
**ABHINAV DRISHTI**  
 B-719, Sec.-C, Mahanagar, Lucknow

  
 Printed by user : Administrator  
 Authorised Signature

\*\*\*\*\* END OF RECEIPT \*\*\*\*\*

RMA

Patient Name : MRS PHOOL MATI SHARMA

Patient Address :

Dr Name :

Dr Reg No.

R

8889.9935637712

chinavdrishti@gmail.com

IN : 09FWAPK0734C1ZW

L No. : UP32200004920,UP32210004915

Invoice No. : T0005179 Date: 12-02-2023

### GST INVOICE

SN.	PRODUCT NAME	PACK	HSN	BATCH	EXP.	QTY	MRP	RATE	SGST	CGST	AMOUNT
1.	FLURBIN E/D	1	3004	FE930	4/24	1	78.00	78.00	6.00	6.00	78.00
2.	MOTOGRAM E/D	1	3004	HE8054	9/24	1	210.00	210.00	6.00	6.00	210.00
3.	TROMIDE PLUS TABLETS	1	3004	22179	10/24	1	82.50	82.50	6.00	6.00	82.50



DR. HEMANT KUMAR  
Consultant Ophthalmologist  
Registration No. - 33121

GST 330.8\*6+6%=19.85SGST+19.85CGST, CESS:0%=0 \*\* GET WELL SOON \*\*

ABHINAV DRISHTI  
B-719, Sec.-C, Mahanagar, Lucknow

SUB TOTAL	330.80
SGST 6 %	19.85
CGST 6 %	19.85
Roundoff	0.50

#### Terms & Conditions

Goods once sold will not be taken back or exchanged.  
Price of medicines are inclusive of all taxes.  
All disputes subject to LUCKNOW Jurisdiction only.  
Please verify the packing/seal before leaving the counter.

Remark :

Rs. Three Hundred Seventy One Only

For SPECS N PHARMA

Authorised Signatory

GRAND TOTAL	371.00
-------------	--------

AMES  
OR -C, MAHANAGAR

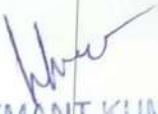
Patient Name : MRS.PHOOL MATI SHARMA  
Patient Address : LUCKNOW  
Dr Name : DR.HEMANT KUMAR  
Dr Reg No.

998889  
abhinavdrishti@gmail.com  
PIN : 09FWAPK0733F1ZR

Invoice No. : 0001188 Date: 13-02-2023

### GST INVOICE

SN.	PRODUCT NAME	BATCH	POWER	QTY	RATE	AMOUNT
1.	FOLDABLE INTRA OCULAR LENS SN 3116592229 ICB00		+19.0D	1	20000.00	20000.00

  
**DR. HEMANT KUMAR**  
Consultant Ophthalmologist  
Registration No.-33030  
**ABHINAV DRISHTI**  
B-719, Sec.-C, Mahanagar, Lucknow

GST 20000\*0%=0SGST, CESS:0%=0 \*\* GET WELL SOON \*\*

**Terms & Conditions**  
Goods once sold will not be taken back or exchanged.  
Bills not paid due date will attract 24% interest.  
All disputes subject to LUCKNOW Jurisdiction only.  
Prescribed Sales Tax declaration will be given.  
Remark :  
Rs. Twenty Thousand Only

For LENS & FRAMES  
  
Authorised Signatory

<b>SUB TOTAL</b>	<b>20000.00</b>
<b>ROUND OFF</b>	<b>0.00</b>
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>20000.00</b>

FYPK6627G1ZS

BILL OF SUPPLY/ SERVICES

Original-White, Duplicate-Pink, Triplicate-Yellow

**Abhinav Drishti Hospital**

ADVANCE EYE CARE & LASIK LASER CENTRE

B-719, Sector-C, Mahanagar, Lucknow

Ph. : 0522-2335122, Mob.: 9415998889

abhinavdrishtitpa@gmail.com

abhinavdrishti@gmail.com

Invoice No. **509**

Bill Date **13.02.23**



Details of Receiver MR. No. **69526**  
 Name **Mr. Phool Mati** Age/Sex **54/F**  
 Address **Sharma (Preeti)**  
**1/356, Vardan Khand**  
**Gomti Nagar Lucknow**  
 GSTIN State Code

Diagnosis **Senile cataract/LE**  
 Treatment **CO-MICS 2 foldable IOL/LE**  
 Date of Admission **13.02.2023** Time **01:45 PM**  
 Date of Discharge **13.02.2023** Time **04:00 PM**  
 Name of Insurance  
 Name of TPA

S. No.	Description of Service	HSN/SAC	Units	Amount
1	Ultrasound			<del>36000</del>
2	Keartometry			<del>200</del>
3	O.T. Charges			<del>3500</del>
4	Anaesthetist charges			1500
5	Surgeon charges			14000

**DR. HEMANT KUMAR**  
 Consultant Ophthalmologist  
 Registration No.-33030  
**ABHINAV DRISHTI**  
 B-719, Sec.-C, Mahanagar, Lucknow

*Rs. 20,000/-*

Total Amount	20,000/-
Less : Advance Received (Against Receipt No.....)	16060
Net Amount Payable	20,000/-

E. & O.E. Subject to Lucknow Jurisdiction only.  
 Received by : \_\_\_\_\_ For **Abhinav Drishti Hospital**  
 Sign. Patient / Attendant Mob.: \_\_\_\_\_ Authorised Signatory



Empanelled with:  
 CGHS, BSNL, P&T, GSI, UPPCL, CSIR, FCI & Others

**Timings : 10 a.m. to 1:00 p.m. (Monday to Saturday) Sunday Closed**  
**For Appointment OPD - 9473900094, OT - 9415006044**

**Consultants**

**DR. HEMANT KUMAR**  
 Cornea & Refractive Surgeon  
 M.S., K.G. Medical College, Lucknow.  
 Fellow, L. V. P. Eye Institute, Hyderabad.

**DR. LALITA KUMAR**  
 Retina & Post Segment Surgeon  
 M.S., K.G. Medical College, Lucknow.  
 Fellow, L. V. P. Eye Institute, Hyderabad.

**DR. M. S. SIDDIQUI**  
 Associate Consultant  
 M.S. (Ophthalmology)  
 Ex-Consultant, Eye Hospital, Sitapur.

Ref: *Nh 56/6P*

Date: *13/2/23*

**POST OPERATIVE INSTRUCTIONS**

AFTER PHACO/CATARACT/GLAUCOMA/LASIK... *COMICS + IOL RE/LE SURGERY*  
 Pt. Name *Phoolmati Sharma* Age/Sex *54/F* Mr. No. *69526*

- Continue your treatment for Diabetes & Hypertension.
- Messey - D E/D* Re/LE *6* time/day X *7* days  
*4* time/day X *7* days  
 ..... time/day X ..... days  
 ..... time/day X ..... days  
 ..... time/day X ..... days
- Motogram - E/D* Re/LE *3* time/day X *15* days
- Re/LE ..... time/day X ..... days
- Re/LE ..... time/day X ..... days

**DR. HEMANT KUMAR**  
 Consultant Ophthalmologist  
 Registration No.-33030

To come to our Hospital to review after *15* days of **SABHINAV DRISHTI**  
 at ..... a.m./p.m. for post operative follow-ups.  
*B-719, Sec.-C, Mahanagar, Lucknow*

**PLEASE READ ALL THE INSTRUCTION EXPLAINED TO YOU/PRINTED IN HINDI / ENGLISH ON FILE FOLDER**

**Services**

Lasik Laser, Phacoemulsification, Glaucoma Management & Surgery, Corneal Transplantation, Retinal Diseases Management & Surgery Yag Laser, Orbital B-Scan with UBM

Enjoy the freedom of glasses through our most advanced LASIK refractive services.



**आकस्मिक देयक प्रपत्र**

वित्तीय विधम संग्रह खण्ड चौथ भाग-1

(देखिये अध्याय-आठ प्रस्ताव 178, 180, 182, 183, 187)

1-जन्मपद का नाम बाराबंकी 2-कोषागार का नाम बाराबंकी 3-देयक की अवधि (कब से कब तक) 11-2-23 से 12-2-23

4-रिकार्ड कोड 1 0 3 5-(क) कोषागार का कोड 54 6-देयक पंजी की क्रम-संख्या 5440530068

7-वाउचर संख्या 38431 5-(ख) उप कोषागार का कोड      8-वाउचर का दिनांक      9-आयोजनेतर/आयोजनागत/मातृदेय/भारित (कोषागार द्वारा भरा जाना है) (कोषागार द्वारा भरा जाना है) (जो अनुमत्य हो सही करे शेष काल दे)

10-लेखाशीर्षक का 13 अंकों का कोड + 1 चेक अंक 3055 00 800 03 47 11-आयोजना का पदनाम सीमासीन अचिकारी

(4 मुख्य लेखाशीर्षक + 2 उप मुख्य शीर्षक + 3 लघु शीर्षक + 2 उपशीर्षक + 2 ब्योरेवार शीर्षक)

12-आयोजना का कोड 00.CODE-4053

13-अधिष्ठान का नाम Motor Accident Claim Tribunal, District Barabanki (मुहर लगाई जा सकती है)

14-अनुदान संख्या 043 15-स्रोत कोड 1 16-सेक्टर कोड 1 17-चेक लेखाकार संख्या     

18-स्वीकृति आदेश संख्या (यदि आवश्यक हो प्रतिलिपि भी सलग्न करें)      19-स्वीकृति तिथि     

20-स्वीकृत आदेशकर्ता का पदनाम सीमासीन अचिकारी

लेखाशीर्षक सम्बन्धी विवरण की मुहर	भुगतान का विवरण	घनराशि
मुख्य लेखाशीर्षक- <u>3055-सड़क परिवहन</u>	भुगतान का कोड एवं नाम <u>49-चिकित्सा व्यय</u>	80
उप मुख्य लेखाशीर्षक- <u>800-अन्य व्यय</u>		80
लघुशीर्षक- <u>03-ओटोर एक्सीडेंट क्लेम ट्रिब्यूनल</u>		
उपशीर्षक- <u>49-चिकित्सा व्यय</u>		
ब्योरेवार शीर्षक-		
बजट की वर्तमान स्थिति -		

मानक मद का नाम एवं कोड	आवृत्ति कुल बजट	इस बिल को शामिल करते हुये कुल व्यय	अवशेष बजट	66 सकल घनराशि (अग्रिम समायोजन के बाद)	कटौतियों का कोड सहित विवरण
	₹0	₹0	₹0	₹0	₹0
<u>49-चिकित्सा व्यय</u>	98330.00	98330.00		38431.00	

"प्रमाणित किया जाता है कि इस बिल में अंकित संपूर्ण घनराशि की जाँच मेरे द्वारा स्वयं कर ली गई है। जो मेरी जानकारी में सही है।"  
Surya Prakash Sharma  
 आहरण विभाग अधिकारी  
 पीएससीन अधिकारी  
 मोटर दुर्घटना शाखा अधिकरण

136 आपति  
 मसौदा, 2  
 भुगतान करना कि उप बजट में कुल खर्च शाखा को कि Authorization of expenditure से सम्बन्धित है। (No authority should exercise its power of sanctioning expenditure pass an order directly in their own advantage)  
 99 शब्द के अनुसार (66-77) खला: स्वीकृत से सम्बन्धित है।  
 इस संदर्भ में मां उच्च आयातक प्रमुख शाखा को सूचित करने का कठोर निर्देश है।  
 27-3-23

निर्गत चेक का विवरण :- (केवल चेक द्वारा भुगतान किये जाने की स्थिति में भरा जाना है)

क्रम-सं०	किस्तके नाम चेक निर्गत	चेक संख्या	चेक की घनराशि	चेक निर्गत तिथि	चेक के साथ संलग्न करने का प्रमाण
			₹0	₹0	

213

129

महालेखाकार कार्यालय के प्रयोग हेतु

स्वीकृत ₹0

अस्वीकृत ₹0

सम्प्रदायक कोषाधिकारी  
 बाराबंकी  
 23-3-23

आह्वान विभाग अधिकारी  
 पीएससीन अधिकारी  
 मोटर दुर्घटना शाखा अधिकरण  
 बाराबंकी

टिप्पणी :- पुराने प्रपत्र संख्या 14, 15, 16, 17 एवं 18 के स्थान पर अब यह प्रपत्र प्रयोग किया जायेगा।

क्रम संख्या	व्यय सम्बन्धी विवरण	₹0	₹0
1-	Surya Prakash Sharma P.O. A/c For Medical reimbursement claim of his wife Smt Phool Mati Sharma for Cataract Surgery treatment From 11-2-23/10/2223.	38431-00	
66	सकल घनराशि (अग्रिम समायोजन के बाद)	38431-00	
	कटौतियों का विवरण		
	1-		
	2-		
77	सम्पूर्ण कटौतियाँ		
99	शुद्ध देय घनराशि	38431-00	

(अपने थिर्ड अजिट अकउन्ट्स के अंतर्गत  
 hundred thirty two only)

क- प्रमाणित किया जाता है कि इस देयक में प्रस्तुत किया गया दावा सही एवं नियमानुसार देय है तथा पूर्व में आहरित नहीं किया गया है। संगत नियमों तथा आदेशों की समस्त औपचारिकतायें पूरा करने के बाद देयक प्रस्तुत किया जा रहा है। देयक के अवयवों की प्राप्ति स्वकार की जाती है।

आहरण वितरण अधिकारी का हस्ताक्षर Surya Prakash Sharma  
 पीठासीन अधिकारी  
 (पदनाम एवं कार्यालय की मुहर) मोटर दुर्घटना दावा अधिकरण  
 बाराबंकी

भुगतान हेतु ₹0 38431-00 (अंकों में)  
Thirty eight thousand four hundred (शब्दों में)  
thirty one only

पारित किया।  
Surya Prakash Sharma  
 आहरण वितरण अधिकारी  
 पीठासीन अधिकारी  
 मोटर दुर्घटना दावा अधिकरण  
 नियंत्रक/प्रतिहस्ताक्षरकर्ता अधिकारी के हस्ताक्षर  
 (केवल काउन्टर साइन्ड कटीजेंसी के प्रकरण में ही लागू होगा)  
 (पदनाम एवं कार्यालय की मुहर)

ख- (i) केवल बिल पर भुगतान करने वाले कोषागारों के प्रयोग हेतु।

भारतीय स्टेट बैंक  
 प्रबन्धक \_\_\_\_\_ / उपकोषाधिकारी / \_\_\_\_\_  
 बैंक \_\_\_\_\_  
 ₹0 \_\_\_\_\_ (अंकों में) \_\_\_\_\_ (शब्दों में) भुगतान करें।

(ii) केवल चेक द्वारा भुगतान करने वाले कोषागारों हेतु।  
 ₹0 38431-00 - अस्तीस हजार चार सौ (अंकों में) अस्तीस मात्र (शब्दों में) भुगतान हेतु पारित किया जाता है।

ग- भुगतान प्राप्त किया ₹38431-00 Thirty eight thousand four hundred thirty one only  
Surya Prakash Sharma  
 आहरण वितरण अधिकारी  
 (प्राप्तकर्ता के हस्ताक्षर)  
 मोटर दुर्घटना दावा अधिकरण  
 सलमनकरी सूची (यदि कोई हो)

घ- अधिकृत व्यक्ति का नाम \_\_\_\_\_ पता \_\_\_\_\_  
22/03/23

कोषागार प्रपत्र संख्या-304 (संशोधित)  
 पी0एस0यू0पी0-ए0पी0 01 कोषागार-11-5-2021-(71)-3,00,000 फार्म (कम्प्यूटर/टी0/ऑफसेट)।