

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 रु025,000/- की प्रतिपूर्ति।
महोदय,

मैं **चन्द्रोदय कुमार** मेरे पारिवारिक सदस्यX..... ने स्वयं की आँखों की जांच/चश्मा कय के लिये दिनांक **07.10.2023** से **14.10.2023** 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 आवयक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक :- 07.11.2023



(हस्ताक्षर)

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

प्रेषक,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
ललितपुर।

सेवा में,

जनपद न्यायाधीश
ललितपुर।

पत्रांक -

मु0चि0अ0/चि0प्रति0पूर्ति/दावा-परी/2023-24/5602

दिनांक - 21/11/23

विषय -

श्री चन्द्रोदय कुमार जनपद न्यायाधीश ललितपुर द्वारा स्वयं के चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय प्रतिपूर्ति बिलों पर प्रतिहस्ताक्षर किये जाने के संबंध में।

महोदय,

उपरोक्त विषयक कृपया आपके पत्र संख्या 1833/XV दिनांक 07.11.2023 का अवलोकन करने का कष्ट करें, जिसके द्वारा श्री चन्द्रोदय कुमार जनपद न्यायाधीश ललितपुर द्वारा स्वयं के चिकित्सा उपचार पर व्यय किये गये रू0 25000/- 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 उ0प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली 2011 एवं चिकित्सा अनुभाग-6 शासनादेश संख्या 474/पांच-6-14-1082/87 टी0सी0 दिनांक 04 मार्च 2014 तथा चिकित्सा अनुभाग - 6 शासनादेश संख्या - 23/2019/126/पांच-6-2019-05 (रिट)/2018 दिनांक 16 जनवरी 2019 में निहित प्राविधानों के अंतर्गत किये गये एवं परीक्षणोपरान्त रू0 25000/- (रू0 पच्चीस हजार मात्र) की धनराशि प्रतिपूर्ति हेतु संस्तुति की जाती है।

अतः संबंधित प्रतिपूर्ति दावे को मूलरूप 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 मूलरूप में।

भवदीय

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
ललितपुर।

श्रीमान

उक्त चिकित्सीय प्रश्नमात्र परावली मुख्य चिकित्सा अधिकारी, ललितपुर की संस्तुति उपरान्त दिनांक 21/11/2023 को प्राप्त हो चुकी है। अतः चिकित्सीय पत्रमात्र उच्च न्यायालय, इलाहाबाद चिकित्सीय प्रतिपूर्ति स्वीकारित हेतु भेषित किये जा सकते हैं। आरम्भ सादर प्रस्तुत है।

5/11/23
बिल लिमिटेड
जिला अजी, ललितपुर।

प्रभारी अधिकारी चिकित्सीय प्रश्नमात्र
जनपद न्यायालय, ललितपुर।

Seek
D.J.

Certified granted to Mrs./Mr./Miss Chandroday Kumar
 Wife /Son/daughter of Mr Jagan Nath 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. R.P. Rajput hereby certify :-

- (a) that I charged/received Rs. ₹ for consultations on ₹ at may consulting room at the residence for the patient.
- (b) that I charged and received Rs. ₹ for administering ₹ Intramuscular/subcutaneous injections on ₹ 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 ₹ 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. Cash Memo SLGITP- 1666 dt. 14-10-2023 ₹. 25000 = 00

2.

3.

4.

5.

6.

Counter Signature for Rs. ₹ 25000 -
 (Rs. ₹ 25000 -)
 As per Bill Attached & Checked by me.

8.

[Signature]
 Chief Medical Officer
 LALITPUR

9.

10.

11.

Total → ₹. 25,000 = 00

12.

13.

(Twenty Five thousand only)

14.

[Signature]
 वरिष्ठ नेत्र सर्जन
 मा. काशीराम संयुक्त चिकित्सालय
 (पुरुष) ललितपुर

- (d) that the patient is /was suffering fromand is /was my treatment from 07-10-2023 to 14-10-2023
- (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.%.....as in cured were necessary and were undertaken on my advice at.....%.....
- (g) that I referred the patient to Dr%.....for specialist consultation and that the necessary of the%.....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:-

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

वरिष्ठ नेत्र सर्जन
मा. काशीराम संयुक्त चिकित्सालय
(पुरुष) 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%..... hospital and that the facilities provided were minimum which were essential for the patients treatment.

Place: -

Date: -

Medical Superintendent

वरिष्ठ नेत्र सर्जन

मा. काशीराम संयुक्त चिकित्सालय Hospital
(पुरुष) ललितपुर

2

TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN

This is to certify that the treatment of Sri/Smt. Chandroday Kumar Was started in this hospital in Urgency/Emergency from 07-10-2023 for the treatment of _____

(Signature of treating doctor)

वरिष्ठ नित्र सजिन
डा. कांशीराम सयुक्त चिकित्सालय
(पुरुष) ललितपुर

4



(पर्चा जारी तिथि में 15 दिन तक मान्य होगा)

मान्यवर कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय (पुरुष), ललितपुर



बहय रोगी प्रपत्र (OPD Slip)

नाम यशोवन्त कुमार पिता/पति जे. एन. सिंह पंजीकरण सं. [Redacted]
 उम्र 55 लिंग M दिनांक 07.10.23 निदान [Redacted] मोबाईल नं. E-10137
 रोगी का पता सेक्टर एडवर्ड सिविल 23 ललितपुर 301001

Past Medical History

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

Complaints.....

Provisional Diagnosis.....

ON Examination

- GC
- Pulse
- BP
- Temperature
- Anaemia
- Jaundice
- SPO2

Rx

Treatment Advised

Name of Medicine	Dose	Duration	Route
------------------	------	----------	-------

Calc
val Calc

Run - 1.00 Dec 85 G/L
 0.75 Dec 85 G/L
 Add Bet 2.25 DS a

Systemic Examination

- CVS
- RS
- P/A
- CNS
- Other

Investigation

- CBC
- MP / Waidal 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
- Harmonal Analysis
- Other.....

इस चिकित्सालय में उपरोक्त नहीं है

वरिष्ठ चिकित्सक

मा. कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय
(पुरुष) ललितपुर

Date of follow up

मुख्य चिकित्सा अधीक्षक

मा. कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय

(पुरुष) ललितपुर
(Signature of Doctor)

CASH CREDIT CARD

Pan Kay' → 9721119988 (5)

GSTIN : 09ABHFA9244J1Z2

MASTER/VISA/MAESTRO

Delivery time in Rx Lenses minimum 7 days.
Delay in delivery due to unavoidable circumstances shall not be the responsibility of the firm.

ABC CHASHMEWALE

PRECISION EYEWEAR EXPERTS SINCE 1980

KAISERBAGH

Kaiserbagh Circle, Lucknow-226 001

Ph. : 9522-210006, 4020157

contactwithabc@gmail.com

NAME MR. Chandraday Kumar Tel. (M) : 9140548458
ADDRESS _____ PIN (R) : _____

D.O.B. (AGE) : _____ D.O.A. : _____

EYE	SPH	CYL	AXIS	ADD	IPD
RIGHT					HEIGHT
LEFT					

BOOKING DATE	<u>8/10/23</u>
DELIVERY DATE	<u>14/10/23</u> After 7:00 p.m.

PLEASE RING BEFORE COMING

SPECS	<u>I</u>	<u>T</u>	<u>25000/-</u>
FRAME	<u>Steppers</u>	<u>A</u>	<u>2000/-</u>
LENS	<u>Varilux Comfort Max 1.59</u>	<u>B</u>	<u>23000/-</u>
CONTACT LENS	<u>Crizal Rock B.C.T</u>		

TOTAL	<u>25000/-</u>
ADVANCE	<u>5000/-</u>
BALANCE	<u>20000/-</u>

- Order once placed can not be changed or cancelled.
- Delivery must be taken within 60 days otherwise the order will be treated as cancelled and the advance paid will not be refundable
- Delay in delivery due to unavoidable circumstances is not responsibility of the firm
- Fitting of new lenses in old specs at customer's risk

वर्षिष्ठ नरेश्वर
काशीराम संयुक्त चिकित्सालय
(पुरुष) ललितपुर

BOOKED BY Pan Kay

TAX INVOICE

ABC CHASHMEWALE LLP PHOENIX PA
 Shop Number F-09, First Floor
 Phoenix Pallasio
 Lucknow
 TEL.
 GST-09ABHFA9244J1Z2

DATE: 14/10/2023 TIME: 3:49:42 PM
 CASH MEMO:SLGPP-1666
 CASHIER: AOB
 Customer Name:CHANDRODAY KUMAR194677

GSTIN NO. :

HSN	BRAND	QTY	AMOUNT	ITEM DESC
90031900	STEPPER	1	9490.00	8053 F011
90015000	ESSILOR	1	11100.00	VARILUX COMFORT MAX 1.59 CRIZAL ROCK BCT
90015000	ESSILOR	1	11100.00	VARILUX COMFORT MAX 1.59 CRIZAL ROCK BCT
TOTAL ITEMS:		3		
YOU SERVED BY:PANKAJ KHOLIYA				

TOTAL : 31690.00
 Discount Amt. : 6690.00

BILL AMOUNT : 25000.00

PAYMENT SUMMARY

CASH : 0.00
 CREDIT CARD :
 ADV AMOUNT : 25000.00
 CN ADJUSTED AMOUNT : 0.00
 CN BALANCE AMOUNT : 0

GST SUMMARY

TAXABLE	RATE%	CGST	SGST	TAX TOTAL
22321.4	GST 12%	1339.29	1339.29	25000.0

22321.4 1339.29 1339.29 25000.0

Terms and conditions apply.
 Use both hands to wear and remove your
 spectacle. | Use lens cleaning sprays to
 clean your spectacle lenses. | Use only
 microfiber cloth to wipe your lenses. |
 Clean your spectacle with plain water at
 least once a day. | Visit your optician for
 periodic re-adjustment of your spectacle. |
 Do not leave your spectacle face down on
 a table or any rough surface. | Keep your
 spectacle away from heat. | Do not put your
 spectacle on top of your car dash board. |
 Never apply any abrasives, solvents or any
 other chemical to your spectacle, most
 frames and lenses may be damaged beyond
 repair. | All spectacle frames & lenses
 require cautious handling. | All disputes
 subject to Lucknow jurisdiction only.



7

ABC CHASHMEWALE

PRECISION EYEWEAR EXPERTS SINCE 1960

DATE: 08/10/2023.

NAME: MR. CHANDRODAY, KUMAR AGE: 55/M.

ADDRESS: _____

MOBILE: 9140548458. NEW / OLD

OPTOMETRIST NAME: R. IYER.

EYE PRESCRIPTION

OD 34.0				OS 28.5			
SPH	CYL	AXIS	V/A	SPH	CYL	AXIS	V/A
—	-1.00	85	6/6	—	-0.75	85	6/6
ADD	+2.25		NG	ADD	+2.25		NG

REMARKS: PROGRESSIVE.

CHANGES IN NEW PRESCRIPTION :

RECOMMENDATION :

- CONSTANT USE SINGLE VISION BIFOCAL
- PROGRESSIVE ANTI REFLECTION BLUE PROTECT
- TRANSITIONS TINTED CONTACT LENS

Note : It may take 7 to 10 days for you to adapt to your new glasses.

NEXT EYE EXAMINATION DUE ON 08/10/2024.

OPTOMETRIST SIGN R. Iyer

OCCUPATION : _____

PREVIOUS RX :

	SPH	CYL	AXIS	ADD	V/A
RE	+1.00	-1.00	85°	+2.00	-
LE	-	-0.50	85°	+2.00	-

TYPE OF LENS :

USES OS SPECTACLES

COMPLAINT OF :

D/V N/V HEADACHE STRAIN FATIGUE ANY OTHER

DO YOU USE DIGITAL DEVICES ?

HOW MANY HOURS IS USE OF DIGITAL DEVICES IN A DAY ?

WHICH KIND OF DIGITAL DEVICES DO YOU USE ?

ANY MEDICAL HISTORY : HYPERTENSION DIABETES MIGRAINE

Y

Y.

CL USERS

TYPE OF CONTACT LENSES

OLD CL RX

	SPH	CYL	AXIS	ADD	V/A
RE					
LE					

NEW CL RX

	SPH	CYL	AXIS	ADD	V/A
RE					
LE					

- LULU MALL
006, First Floor, Shaheed Path, Sushant Golf City,
Sultanpur Road, Lucknow. Ph. 0522-2811063
- PHOENIX PALASSIO
F-09, First Floor, Phoenix Palassio, Gomtinagar
Extension, Lucknow. Ph. 0522-6789098
- HALWASIYA, HAZRATGANJ
Shop no. 2, Halwasiya, Hazratganj, Lucknow
Ph. 0522-4017311
- GOMTI NAGAR
Anand Plaza, Patrakarpuram,
Viram Khand, Lucknow. Ph.: 0522-4950525

- ALIGANJ
A-6/C Near Nehru Bal Vatika, Lucknow.
Ph.: 0522-4244954
- KAISERBAGH
Kaiserbagh Circle, Lucknow-226 001
Ph.: 0522-4106065, 4028157
- BHOOTNATH
B-159, Jain Palace, Indira Nagar, Lucknow.
Ph.: 0522-4002287
- ALAMBAGH
179, Kanpur Road, Ram Nagar, Near Bata
Showroom, Lucknow. Ph.: 0522-4068648, 4004298

E-mail : contactwithabc@gmail.com +91 98390 52500 Follow us on  