

①

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 रु020,417/- की प्रतिपूर्ति।

महोदय,

मैं **चन्द्रोदय कुमार** मेरे पारिवारिक सदस्यX..... ने स्वयं का मधुमेह के लिये दिनांक **28.02.2023** से **13.11.2023** 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 आव यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक :- **21/11/2023**



(हस्ताक्षर)

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

प्रेषक,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
ललितपुर।

सेवा में,

चन्द्रोदय कुमार
जनपद न्यायाधीश
ललितपुर।

पत्रांक -

मु0चि0अ0/चि0प्रति0पूर्ति/दावा-परी/2023-24 /5613

दिनांक - 22.11.23

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 1900/xv दिनांक 21.11.2023 का अवलोकन करने का कष्ट करें, जिसके द्वारा श्री चन्द्रोदय कुमार जनपद न्यायाधीश ललितपुर द्वारा स्वयं के चिकित्सा उपचार पर व्यय किये गये रू0 20417/- 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 20417/- (रू0 बीस हजार चार सौ सत्तरह 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 फावली मुख्य चिकित्सा अधिकारी, ललितपुर
की संस्तुति उपरान्त दिनांक 25-11-2023 को प्राप्त हो चुकी है।

अतः चिकित्सीय पत्र मा0 उच्च न्यायालय, इलाहाबाद
चिकित्सीय प्रतिपूर्ति स्वीकृति हेतु उपरिष्ठ किये जा सकते हैं।

आशुभा सादर प्रस्तुत है।

25/11/23

बिल लिपि

पिता अजी, ललितपुर।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
जनपद न्यायालय, ललितपुर।

Seal

D.J.

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. R.P. Singh, Manyawar-Kanshiram-Joint-Hospital-Male-Lalitpur. 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 onX.....at may consulting room/at the residence of the patient.
- (c) that the patient has been under treatment atX....hospital may consulting room and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recover/rovoentions of serious detenoration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the (name of the hospitalX.. 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. 3531		dt. 12-03-2023	Rs. 3652=00
2. Bill No. 3563		dt. 13-04-2023	Rs. 3652=00
3. Bill No. A000266		dt. 11-07-2023	Rs. 3865=00
4. Bill No. A000518		dt. 12-09-2023	Rs. 2822=00
5. Bill No. A000642		dt. 19-10-2023	Rs. 3407=00
6. Bill No. A000736		dt. 13-11-2023	Rs. 3019=00
Total:-			Rs. 20,417=00

Counter Signature for Rs. 20417
 (Rs.) Dr. R.P. Singh
 As per Bill Attached & Checked by me.
 Chief Medical Officer
 LALITPUR

Dr. R.P. Singh
 वरिष्ठ परामर्शदाता फिजीशियन
 मा० कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय
 (पुरुष), ललितपुर

- (d) that the patient is /was suffering from **.Diabetes.** and is /was my treatment from **28-02-2023 to 13-11-2023**
- (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.X.....as in cured were necessary and were undertaken on my advice at...X...
- (g) that I referred the patient to DrX.....for specialist consultation and that the necessary of theX.....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:- 21/11/2023


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


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 **Manyawar-Kanshiram-Joint-Hospital-Male-Lalitpur** hospital and that the facilities provided were minimum which were essential for the patients treatment.

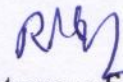
Place: - Lalitpur

Date: - 21/11/2023


मुख्य चिकित्सा अधीक्षक
Medical Superintendent
मा० काशीराम सिद्धुका चिकित्सालय
(पुरुष) ललितपुर
.....Hospital

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 **28-02-2023** for the treatment of **Diabetes**



(Signature of treating doctor) ✓

वरिष्ठ परामर्शदाता चिकित्सक
मा० कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय
(पुरुष), ललितपुर

(u)

Reimbursement Particular

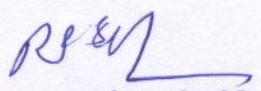
Patient's Name. Chandroday Kumar.

Doctor's Name. Dr. R.P. Singh, Manyawar-Kanshiram-Joint-Hospital-Male-Lalitpur

Disease's Name. Diabetes.

Treatment Period. 28.02.2023 To 13.11.2023

S. No	Bill No. & Date	Chemist/ Hospital Name	Amount	Due	Non Due
1	3531/12-03-2023	Naveen Medical Agencies Lalitpur	3652		
2	3563/13-04-2023	Naveen Medical Agencies Lalitpur	3652		
3	A000266/11-07-2023	Naveen Medical Agencies Lalitpur	3865		
4	A000518/12-09-2023	Naveen Medical Agencies Lalitpur	2822		
5	A000642/19-10-2023	Naveen Medical Agencies Lalitpur	3407		
6	A000736/13-11-2023	Naveen Medical Agencies Lalitpur	3019		
		Total	20417		

✓ 
वरिष्ठ परामर्शदाता फिजीशियन
मा० कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय
(पुरुष), ललितपुर

GSTIN : 09AELPS3954E1Z3
 FOOD Lic No. 2271429600398
 Date - 31-1-78
 DL { 20-20/1/79
 No. { 21-21/1/79

CASH / CREDIT

नवीन
मेडीकल एजेन्सीज
 श्री जगदीश मार्केट, ललितपुर

Ph. : (05176) 277978

Date 12/03/2023

No. **3531**

Dr. Name GISTIC HOSPITAL Patient Name C. HINDRUDY

Product	Qty.	B.No.	Exp.Date	Mfg.	Rs.	P.
GLUCONDROG	30	202462	NOV24	LUNIL	372.00	
XIGDUO 10/50	30	2004	6/25	ASTRA	1902.00	
ATORVA 10	30	300302	8/21	CADUKA	148.00	
TELZY 10/20	30	220800	8/25	ALCO	580.00	
JE (RB M)	30	092258	SEP24	USV	650.00	
					<u>3652.00</u>	

* Goods once sold will not be taken back * Please consult your doctor before using the Medicine.
 * Please note any over charge though oversight will be refunded.

E. & O.E.

(पुरुष), ललितपुर

3652.00

Signature

NAVEEN MEDICAL AGENCIES

SHREE JAGDISH MARKET

LALITPUR (UP) PIN CO-284403

Phone : 9415112050,9415586214

D.L. NO. 20-20/179.21-21/179.GSTIN : 09AELPS3954E1Z3

7

GST INVOICE

Patient Name : CHANDRODAY.KUMAR
Doctors Name:R.P SINGH

Bill No : A000266
Date : 11-07-2023

S.N.	Product	Batch	Exp	Qty	Mrp	Amount
1	TELLZY MT 25	2208000466	2/24	30	290.80	581.60
2	XIGUDO XR 10/500	HLZ004	5/25	28	444.00	1776.00
3	GLUCONORM G1	U300448	1/25	30	186.25	372.50
4	SITANORM M 100/500	SANMP001	7/24	30	194.00	388.00
5	DR.MOREPEN TESTSTRIP	1800934	10/24	50	849.00	600.00
6	ATORVA 10MG	I204558	6/25	30	73.58	147.16
						✓
						AM
						वरिष्ठ परामर्शदाता फिजीशियन
						मा० कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय
						(पुरुब), ललितपुर
SUB TOTAL						3865.26
SGST 6 %						207.07
CGST 6 %						207.07
Roundoff						0.26
GRAND TOTAL						3865.00
Rs. Three Thousand Eight Hundred Sixty Five Only						

Terms & Conditions

All disputes subject to Jurisdiction only.

NAVEEN MEDICAL AGENCIES

SHREE JAGDISH MARKET

LALITPUR (UP) PIN CO-284403

Phone : 9415112050,9415586214

D.L. NO. :20-20/1/79,21-21/1/79,GSTIN : 09AELPS3954E1Z3



GST INVOICE

Patient Name : CHANDRODAY.KUMAR
Doctors Name:R.P SINGH

Bill No : A000518
Date : 12-09-2023

S.N.	Product	Batch	Exp	Qty	Mrp	Amount
1	TELLZY MT 25	2208000466	2/24	30	290.80	581.60
2	XIGUDO XR 10/500	XF2303	9/25	28	444.00	1776.00
3	SITANORM M 50/500	STNPC001	6/24	30	149.00	298.00
4	ATORVA 10MG	I301806	2/26	30	82.99	165.98

RM
वरिष्ठ परामर्शदाता फिजीशियन
भा० कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय
(मुख्य), ललितपुर

SUB TOTAL 2821.58
SGST 6 % 151.15
CGST 6 % 151.15
Roundoff 0.42

Rs. Two Thousand Eight Hundred Twenty Two Only

GRAND TOTAL 2822.00

Terms & Conditions

All disputes subject to Jurisdiction only.

NAVEEN MEDICAL AGENCIES

SHREE JAGDISH MARKET

LALITPUR (UP) PIN CO-284403

Phone : 9415112050,9415586214

D.L NO : 20-20/1/79.21-21/1/79,GSTIN : 09AELPS3954E1Z3

9

GST INVOICE

Patient Name : CHANDRODAY.KUMAR
Doctors Name:R.P.SINGH

Bill No : A000632
Date : 19-10-2023

S.N.	Product	Batch	Exp	Qty	Mrp	Amount
1	TELLZY MT 25	2208000466	2/24	30	290.80	581.60
2	XIGUDO XR 10/500	XF2301	5/25	28	488.00	1952.00
3	GLUCONORM G1	U301218	4/25	30	204.85	409.70
4	SITANORM M 50/500	STNPC001	6/24	30	149.00	298.00
5	ATORVA 10MG	I301883	2/26	30	82.99	165.98

R.P.Singh

वरिष्ठ परामर्शदाता फिजीशियन
डा० कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय
(मुख्य), ललितपुर

SUB TOTAL	3407.28
SGST 6%	182.52
CGST 6%	182.53
Roundoff	0.28

Rs. Three Thousand Four Hundred Seven Only

GRAND TOTAL 3407.00

Terms & Conditions

All disputes subject to Jurisdiction only.



NAVEEN MEDICAL AGENCIES

SHREE JAGDISH MARKET

LALITPUR (UP) PIN CO-284403

Phone : 9415112050,9415586214

D.L. NO. :20-20/1/79,21-21/1/79,GSTIN : 09AELPS3954E1Z3

10

GST INVOICE

Patient Name : CHANDRODAY.KUMAR

Bill No : A000736

Doctors Name:R.P SINGH

Date : 13-11-2023

S.N.	Product	Batch	Exp	Qty	Mrp	Amount	
1	XIGUDO XR 10/500	XF2301	5/25	28	488.00	1952.00	
2	GLUCONORM G1	U301218	4/25	30	204.85	409.70	
3	SITANORM M 50/500	STNPC001	6/24	30	149.00	298.00	
4	CARDACE 1.25	2NG007	7/25	30	96.82	193.64	
5	ATORVA 10MG	I301806	2/26	30	82.99	165.98	
✓							
<p>वैदिक परामर्शदाता फिजीशियन मा० कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय (पुरुष), ललितपुर</p>						SUB TOTAL	3019.32
						SGST 6 %	161.74
						CGST 6 %	161.74
						Roundoff	0.32
Rs. Three Thousand Nineteen Only						GRAND TOTAL	3019.00

Terms & Conditions

All disputes subject to Jurisdiction only.



DISTRICT HOSPITAL (MALE) LALITPUR
Civil Line Sadan Shah Road, Lalitpur-284403, Lalitpur, Uttar Pradesh,
India

CR No: 991612300229130

OUT PATIENT CARD



Patient Name: CHANDRO UDAY

Age/Sex: 54 Yr/M

S/O: JAGAN NATH

ABDM Health ID: NA

Address: CIVIL LINE Lalitpur,Uttar Pradesh,India

ABDM User ID :NA

Mobile: 9984588796

Category: General

Fees: ₹1.00/-

Department/RoomNo: General Medicine / 37

OPD Days: Mon, Tue, Wed, Thu, Fri, Sat

Doctor/Unit: Gen Medicine General

Visit Date & Time: 28-Feb-2023 12:33

Valid Till: 15-Mar-2023

Hisan

— Tab Helicobacterium 4-1 OD
— Tab Sitamoxim (10/500) OD
— Tab Sitamoxim (100/500) HS
— Tab Atova 10 MS HS
— Tab Tezzy MT 25 MS 1 OD

XI
Marty



(पर्चा जारी तिथि में 15 दिन तक मान्य होगा)

मान्यवर कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय (पुरुष), ललितपुर

बहय रोगी प्रपत्र (OPD Slip)

13193

नाम..... पिता/पति..... पेजीकरण सं०.....
उम्र..... लिंग..... दिनांक..... निदान..... मोबाईल नं०.....
रोगी का पता.....

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

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
- Harmonal Analysis
- Other.....

Rx

Treatment Advised

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

- ① gluconorm C1
- ② 81 C100 (10/500) 10b
- ③ 2 SITHA NORM (100/50) 10b
- ④ 3 A TORVA 10 10b
- ⑤ Te22yMT (25) 10b
- ⑥ sugar simp 10ml

Date of follow-up.....

Reference to.....

(Signature of Doctor)



(पर्चा जारी तिथि में 15 दिन तक मान्य होगा)

मान्यवर कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय (पुरुष), ललितपुर

बह्य रोगी प्रपत्र (OPD Slip)

13
1-35
180724

नाम..... पिता/पति..... मंजीकरण सं०.....
उम्र..... लिंग..... दिनांक..... 6 SEP 2023..... मोबाईल नं०.....
रोगी का पता.....

Past Medical History

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

Complaints.....

Down Ball

Provisional Diagnosis.....

m unndy

DM CTT, Nurdaly

ON Examination

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

Rx

Treatment Advised

Name of Medicine	Dose	Duration	Route
Rx			

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
- Harmonal Analysis
- Other.....

(1) gulonamhi

(2) XIC 100/10/500/60

(3) Sferamy 500/520

(4) 7Afermy 10/10

(5) Te 22g m (ps), 10g

Date of follow-up.....

Reference to.....

(Signature of Doctor)



पर्चा जारी तिथि में 15 दिन तक मान्य होगा

14

मान्यवर कांशीराम संयुक्त चिकित्सालय(पुरुष) ललितपुर



क्रमांक सं. **66876** बह्य रोगी प्रपत्र (OPD Slip)

नाम पद्मेश्वर शर्मा पिता/पति जे.एस.सी. पंजीकरण संख्या.....

उम्र 55 लिंग m दिनांक 18 OCT 2023 निदान ललितपुर मोबाइल नं.

रोगी का पता 1/12

Past Medical History

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

Complaints.....

Provisional Diagnosis.....

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.....

Rx

Treatment Advised

Name of Medicine	Dose	Duration	Route
Fellzym (20) (100)			
Xlando 10/100 (10)			
Gluconam ay - 100			
Sifa normal 100 (10)			
Ajarva 10 (10)			
Rf			

Date of flow up.....

Referral of Pati.....

(Signature of Doctor)



(15)

DISTRICT HOSPITAL (MALE) LALITPUR
Civil Line Sadan Shah Road, Lalitpur-284403, Lalitpur, Uttar Pradesh,
India

05176-272343

CR No: 991612301542681

OUT PATIENT CARD

Patient Name: CHANDRODAY KUMAR

Age/Sex: 55 Yr/M

S/O: J N SINGH

ABDM Health ID: NA

Address: Lalitpur,Uttar Pradesh,India Mobile: 9984588796

ABDM User ID :NA

Category: General

Fees: ₹1.00/-

Department/RoomNo: General Medicine / 37

OPD Days: Mon, Tue, Wed, Thu, Fri, Sat

Doctor/Unit: Gen Medicine General

Visit Date & Time: 20-Nov-2023 10:00

Valid Till: 05-Dec-2023

Cardace 1.25
 Felzyl MT 25 1ub
 Xlon dixa 1.1 Dec 10
 Alucoran G1 1ub
 Sitaram MT / Car 1ub
 Afam 10 1ub
 BL