

प्रेषक,

मुख्य चिकित्साधिकारी
गोरखपुर।

सेवा में,

पीठासीन अधिकारी, भूमि अर्जन, पूनर्वासन एवं पूनर्व्यवस्थापन प्रधिकरण,
गोरखपुर।

पत्रांक - चिकित्सा/प्रतिपूर्ति/परीक्षण/2023-24/468 दिनांक- 20 अप्रैल 2024

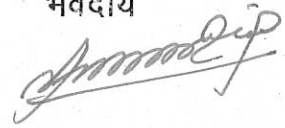
विषय - चिकित्सा प्रतिपूर्ति बीजको के तकनीकी परीक्षण के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक कृपया आप अपने पत्र संख्या 913 दिनांक 18 अप्रैल 2024 का संदर्भ ग्रहण करने का कष्ट करे जिसके माध्यम से श्री मित्र पाल सिंह के स्वयं के उपचार पर हुये व्यय रु० 12580.00 का प्रतिपूर्ति बिल प्रतिहस्ताक्षरित हेतु अधोहस्ताक्षरी कार्यालय को प्राप्त हुआ है जिसे अधिसूचना संख्या 2275/5-6-11-1082/87 दिनांक 20.09.2011 यथा संशोधित अधिसूचना संख्या-474/पाँच-6-14-1082/87 टीसी दिनांक 04.03.2014 एवं शासनादेश संख्या-56/2019/578- पाँच -6-2019-04 (जी)/2 019 दिनांक 07.03.2019 के अनुपालन में तकनीकी परीक्षण करने के उपरान्त रु०- 12580.00 प्रतिहस्ताक्षरित कर समस्त प्रपत्र मूल प्रपत्र में आपकी सेवा में आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित किया जा रहा है। उल्लेखनीय है कि अधोहस्ताक्षरी द्वारा उक्त दावे का शासनादेश संख्या-58/2019/578-पाँच-6-2019-04(जी)/2019 चिकित्सा अनुभाग-6 लखनऊ दिनांक-07 मार्च 2019 के अनुपालन में बीजकों के दर का तकनीकी परीक्षण किया गया है। दावे की वैद्यता आदि का स्वयं सत्यापन /परीक्षण कर भुगतान की कार्यवाही की जाये।

संलग्नक - यथोक्त।

भवदीय



अपर मुख्य चिकित्साधिकारी
सक्षम प्रधिकारी चि०व्यय प्रतिपूर्ति
गोरखपुर

शासनादेश संख्या-56/2019/578-पॉच-6-2019-04(जी0)/2019 दिनांक 07 मार्च , 2019 का संलग्नक
मुख्य चिकित्सा अधिकारी/मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/चिकित्सा अधीक्षक/तकनीकी परिक्षण अधिकारी
द्वारा प्रदेश के बाहर करायी गयी चिकित्सा प्रतिपूर्ति के दावे का परीक्षण।

प्रारूप-2

1. लाभार्थी का नाम, पदनाम मित्र पाठ सिस्ट, पी.एस.डी. अधिकारी
2. लाभार्थी के पिता/पति का नाम बाबू राम
3. उपचार प्राप्तकर्ता का नाम/ पिता /पति का नाम स्वयं
4. उपचार प्राप्तकर्ता का लाभार्थी से सम्बन्ध स्वयं
5. निवास का पता एम.जी. अपार्टमेंट, गोरखनाथ, गोरखपुर
6. चिकित्सा प्रतिष्ठान/संस्थान का नाम व पता (जिससे उपचार प्राप्त किया गया हो)
(निजी है अथवा सरकारी) जे.ए.सी. सुभाष चन्द्र बोस, जिला चिकित्सालय,
गोरखपुर, उ.प्र.
7. बीमारी का नाम
8. उपचार की अवधि 29.01.24 से 23.03.24 तक
9. चिकित्सा पर कुल व्यय धनराशि 12580.00
10. परिक्षण के उपरान्त भुगतान हेतु संस्तुत धनराशि ₹ 12580.00

प्रमाणीकरण

प्रमाणित किया जाता है की चिकित्सा अनुभाग-6, उ0 प्र0 शासन की उ0 प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) नियमावली 2011, अधिसूचना संख्या 2275/पॉच-6-11-1082-87 दिनांक 20 सितम्बर, 2011, उ0 प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) प्रथम संशोधन नियमावली, 2014, अधिसूचना संख्या-474/पॉच-6-14-1082/87टी .सी. दिनांक 04 मार्च, 2014 एवं उ0 प्र0 सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचर्या) (द्वितीय संशोधन) नियमावली, 2016 अधिसूचना संख्या-365/2016/3124/पॉच-6-2016-19जी/16 दिनांक 27 दिसम्बर, 2016 में निहित प्राविधानों के अन्तर्गत प्रदेश के बाहर करायी गयी चिकित्सा व्यय प्रतिपूर्ति की संस्तुति एम्स, नई दिल्ली की दर की जाती है। सुसंगत अभिलेख मूल रूप में संलग्न कर प्रेषित है।

संलग्नक - यथोक्त (मूल रूप में)

अपर मुख्य चिकित्सा अधिकारी
मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हस्ताक्षर/दिनांक
गोरखपुर
(संस्तुति करने वाले अधिकारी का स्पष्ट नाम व पदनाम)
मुहर सहित

1. यह शासनादेश इलेक्ट्रानिकली जारी किया गया है, अतः इस पर हस्ताक्षर की आवश्यकता नहीं है।
2. इस शासनादेश की प्रमाणिकता वेबसाइट <http://shasanadesh.up.nic.in> से सत्यपित की जा सकती है।

सेवा में,

पीठासीन अधिकारी,
भूमि, अर्थ, पुनर्वसन और पुनर्व्यवस्थापन प्राधिकरण,
गोरखपुर मण्डल, गोरखपुर।

विषय: चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

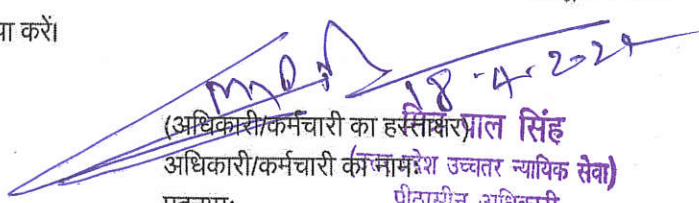
महोदय,

मैं मित्तपाल सिंह / मेरे पारिवारिक सदस्य (नाम) स्वयं
ने (बीमारी का नाम) के लिये 29.01.24 (दिनांक) से
23.03.24 तक पीठासीन अधिकारी गोरखपुर (चिकित्सालय का नाम) 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 विधिवत् हस्ताक्षरित एवं सत्यापित मूल नकद पर्ची (केश मेमो), बीजक (बिल), बाउचर।
3. यह प्रमाणित किया जाता है कि उपर नामित पारिवारिक सदस्य मुझ पर पूर्णतया आश्रित हैं और सामान्यता मेरे साथ निवास करता है।

मेरे उपचारार्थ के पत्र संख्या दिनांक
द्वारा स्वीकृत रु0 के अग्रिम का समायोजन करने के पश्चात मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिये
यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक:


(अधिकारी/कर्मचारी का हस्ताक्षर) मित्तपाल सिंह
अधिकारी/कर्मचारी का नाम (उच्चतर न्यायिक सेवा)
पदनाम: पीठासीन अधिकारी,
तैनाती का स्थान: भू० अ० पु० पु० प्रा०
गोरखपुर मण्डल, गोरखपुर

ESSENTIALITY CERTIFICATE
CERTIFICATE 'A'

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

Certificate granted to Mr./Mrs./Miss Wife/Son/Daughter
of Mr. Employed in the

(To be signed by the Medical Officer-in-Charge of the case at Hospital)

I Dr. hereby certify:-

- (a) that, I charged and received Rs. for consultations on (date to be given) at my consulting room/at the residence of the patient.
- (b) that, I charged and received Rs. for administering intra-muscular injections/sub-cutaneous 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 or 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 recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the (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	Prices
1.
2. Total -	12580 = 00
3.
4.

- (e) that, the patient is/was suffering from DM HED BPH and is/was under my treatment from 29.01.2024 to 23.03.2024
- (f) that the patient is/was not given prenatal or post-natal treatment.
- (g) that, the x-ray, laboratory, test etc. for which an 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 required/required hospitalization.

Place:
Dated:

Signature & Designation of the
Medical Officer and the hospital/
dispensary to which attached.

COUNTERSIGNED

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

प्रतिष्ठानाधिकारी
₹ 12580.00
(रुपया द्वादश हजार पाच सौ अक्षरी म)
अपर मुख्य चिकित्सा अधिकारी
मक्षम प्राधिकारी चिन्वय्य प्रतिपूर्ति


चिकित्साधिकारी
मो. 20वीं, जिला चिकित्सालय
मोरखपुर

Calculation Memo / Details Vouchers

Patient Name शिव पाठ सिंह Disease

Hospital/ Institution Name जिला चिकित्सालय, गोरखपुर

S. No.	Voucher No.	Date	Institution/ Chemist Name	Amount	Payable Amount	Non-Payable Amount
1	624103	02.02.24	स्वभाविक मेडिकल स्टोर	6974.00		
2	626206	28.02.24	५	1285.00		
3	628446	27.03.24	५	3850.00		
4	660190	02.04.24	५	471.00		
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
Total Amount				<u>12580.00</u>		


 Signature and Seal of Doctor
 आकाशिक चिकित्साधिकारी
 जिला चिकित्सालय
 गोरखपुर



UHID: 20230349503

Netaji Subhash Chandra Bose District Hospital Gorakhpur
Near Ghosh company chauraha
UTTAR PRADESH

CONSULTING ROOM NO :03, 05, 28, TOKEN NO : 244
Clinic Medicine OPD
Days: MON, TUE, WED, THU, FRI, SAT
LAST VISIT DATE: 20/12/2023

OUT PATIENT RECORD
Re-visit

Name : MR. MITAR PAL SINGH

Department : Medicine

Dept No. : 2023/051/0106946

Date of Registration : 29-01-2024 12:49:42 PM

Unit : Unit 1

Age : 57Y 1M 9D

Billing Type : General

Mobile No :

Address : RO HARIOM NAGAR PS CANTT, Gorakhpur, UTTAR PRADESH, INDIA
Patient Type: NON MLC

Fee : 1.00

Sex : Male

S/O BABURAM

Occupation : OTHER

Prepared by: Mr. Ajeet Kumar Singh

Date and Time of initial assessment: :

Clinical History :

Examination Findings :

Investigation :

Diagnosis :

Treatment :

Follow-up advice :

NO DATE LINE BSH BUAU
do itacele...

ar Regual -

3 Ampic 2 1/2 x (R) - 2000

7 SCLD (R) 201

3. 3 Amoxic 201

4 Vranap - 201

5 Dpnochluc - 201

7 1400000000 201

8 Subhad XT 201

9 S celm (R) 201

Doctor's Name
Signature / Date

1) 15 दिन के लिये मान्य है। 2) अस्पताल को स्वच्छ रखने में सहयोग करें। 3) गम्भीर एवं वृद्ध मरीजों को वरीयता दें। 4) शीघ्र स्वास्थ्य लाभ की कामना।*

30/01/23

साधिका

कित्सालय

गोरखपुर

TAX INVOICE
SADBHAVNA MEDICAL STORE

GHOSH COMPANY CHOK
GORAKHPUR, U.P.
GSTIN-09ACXP86974H1ZS
PHONE-9889106503
DLNO.UP53200001390
UP53210001389

Billed To : MITTAR PAL SINGH
INVOICE NO. : 626206
DATE : 28/02/2024
TIME : 12:26:05
D.H.G.K.P
Reverse Charge : No
Doctor :
STATE : [09]Uttar Pradesh

PRODUCT	QNTY	RATE	AMT	BATCHNO	EXP
TRIXER-2mg-TAB	60.00	21.42	1285.14	BA91129	104/25

TOTAL 1285.14 ITEMS# 1/A26213
DISC 0.00 For SADBHAVNA MEDICAL ST
OTHER 0.00
NET AMT 1285.14
RND OFF **1285.00**
Rs. One Thousand Two Hundred Eighty Five Only
Terms & Conditions:- E. & D.E.

- All disputes subject to Jurisdiction only.
- On the assurance of the party that they have got their valid Drug License or he is a R.M. P., we are executing the indent. [SEC.18 DRUG ACT 1940]

(Signature)
आकस्मिक चिकित्सकीय
एच०एस०बी० चिकित्सकीय
कोरवा

TAX INVOICE
SADBHAWNA MEDICAL STORE

GHOSH COMPANY CHOWK
GORAKHPUR, U.P.
GSTIN-09ACXP88974H1Z5
PHONE-9889106503
DLNO:UP53200001390
UP53210001389

Billed To	INVOICE NO.	:624103
	DATE	:02/02/2024
MITTAR PAL SINGH	TIME	:13:05:08
D.H.G.K.P	Reverse Charge	: No
	Doctor	:
STATE : [09]Uttar Pradesh		

PRODUCT	QNTY	RATE	AMT	BATCHNO	EXP
TRIXER-2mg-TAB	90.00	21.42	1927.71	BA31129	104/25
SGLT-D 10 TAB	60.00	9.90	594.00	3eav05C	106/24
AMLOVAS-S-TAB	60.00	2.80	168.00	12312	105/27
DYNACLIPT M TAB	60.00	11.99	719.40	195M044	107/25
NUROKIND PLUS-C	60.00	10.99	659.40	D15M050	102/25
SURBEX-XT-TAB	60.00	10.56	633.84	16EJ0053	104/25
URIMAX-D-TAB *	30.00	36.81	1104.40	130469	106/25
URIMAX-D-TAB *	30.00	36.80	1104.04	16H30522	106/25
CETZINE-TAB	30.00	2.10	63.00	12314443	107/26

TOTAL 6973.79 ITEMS# 9/A24110
 DISC 0.00 For SADBHAWNA MEDICAL ST
 OTHER 0.00
 NET AMT 6973.79 Authorized Signatory
 RND OFF ~~6974.00~~
 Rs. Six Thousand Nine Hundred Seventy Four On
 ly
 Terms & Conditions:- E. & O.E.

- All disputes subject to Jurisdiction only.
- On the assurance of the party that they have got their valid Drug License or he is a R.M. F., we are executing the indent. [SEC.18 DRUG ACT 1940]

(Signature)
 औद्योगिक विक्रीसाठी
 सार्वजनिक मिला विक्रीसाठी
 गोवर्धन



UHID: 20230349503

Netaji Subhash Chandra Bose District Hospital Gorakhpur
Near Ghosh company chauraha
UTTAR PRADESH

CONSULTING ROOM NO :03, 05, 28, TOKEN NO : 308
Clinic Medicine OPD
Days: MON, TUE, WED, THU, FRI, SAT
LAST VISIT DATE: 28/02/2024

OUT PATIENT RECORD
Re-visit

Name : MR. MITTAR PAL SINGH

Department : Medicine

Dept No. : 2023/051/0106946

Date of Registration : 23-03-2024 12:34:56 PM

Unit : Unit 1

Age : 57Y 3M 3D

Billing Type : General

Mobile No :

Address : RO HARIOM NAGAR PS CANTT, Gorakhpur, UTTAR PRADESH, INDIA
Patient Type: NON-MLC

Fee : 1.00

Sex : Male

S/O BABURAM

Occupation : OTHER

Prepared by: Mrs. Rita Chaurasiya

Date and Time of initial assessment: :

Clinical History :

old Diabetes mellitus BPH on treatment since long time.

Examination Findings :

Investigation :

only you

1/2 + 1

Diagnosis :

1. ISLD (10mg)

3. Amlorac (5mg)

Treatment :

4. Vasomax-D

Continued

Follow-up advice :

5. Dymaglic - 10mg

6. Neurocard 10mg

7. Subex XT

8. Cefix (10mg)

Doctor's Name

Signature / Date

1) 15 दिन के लिये मान्य है। 2) अस्पताल को स्वच्छ रखने में सहयोग करें। 3) गर्भवती एवं वृद्ध मरीजों को वरीयता दें। 4) अंग्रेज स्वास्थ्य लाभ की कामना*
22/03/24

TAX INVOICE
SADBHAVNA MEDICAL STORE

GHOSH COMPANY CHOWK
 GORAKHPUR, U.P.
 GSTIN-09ACXP88974H1Z5
 PHONE-9889106503
 DLNO.UP53200001390
 UP53210001389

Billed To : INVOICE NO: 628446
 : 628446
 : DATE : 27/03/2024
 MITTAR PAL SINGH : TIME : 13:54:52
 D.H.G.K.P : Reverse Charge : No
 : Doctor :
 STATE : [09]Uttar Pradesh

PRODUCT	QNTY	RATE	AMT	BATCHNO	EXP
TRIXER-2mg-TA*	55.00	23.50	1292.50	4ba0266	11/2
SGLT-D 10 TAB	30.00	10.89	326.70	C9EAM002	102/2
AMLOVAS-5-TAB	30.00	2.80	84.00	U301795	105/2
URJMAX-D-TAB	30.00	36.80	1104.04	10096	111/2
DYNACLIPT M TAB	30.00	13.19	395.67	1195M057	111/2
MUROKIND PLUS-C	30.00	10.99	329.70	D15M054	103/2
SURBEX-XI-TAB	30.00	10.56	316.92	6EJ0007	101/2

TOTAL 3849.53 ITEMS# 7/A28454
 DISC 0.00 For SADBHAVNA MEDICAL
 OTHER 0.00
 NET AMT 3849.53
 RND OFF ~~3850.00~~
 Rs. Three Thousand Eight Hundred Fifty One
 Terms & Conditions:- E. & D.E.

1. All disputes subject to Jurisdiction only
 2. On the assurance of the party that they
 got their valid Drug License or he is a
 P.,
 we are executing the indent. [SEC.18 DRUG
 1940]

Venpus
 आर्य समाज
 गोरखपुर

TAX INVOICE
SADBHAWNA MEDICAL STORE

GHOSH COMPANY CHOWK
 GORAKHPUR, U.P.
 GSTIN-09ACXP88974H1Z5
 PHONE-9889106503
 DLNO.UP53200001398
 UP53210001389

Billed To : MITTAR PAL SINGH
 D.H.GKP
 STATE : [09]Uttar Pradesh

INVOICE NO. : 600190
 DATE : 02/04/2024
 TIME : 14:21:34
 Reverse Charge : No
 Doctor :

PRODUCT	QNTY	RATE	AMT	BATCHNO	EXP
TRIXER-2mg-TAB	20.00	23.56	471.20	14BA0266	11/25

TOTAL 471.20 ITEMS# 1/A00190
 DISC 0.00 For SADBHAWNA MEDICAL ST
 OTHER 0.00
 NET AMT 471.20
 RND OFF 471.00
 Rs. Four Hundred Seventy One Only
 Terms & Conditions:- E. & O.E.

1. All disputes subject to Jurisdiction only.
 2. On the assurance of the party that they have got their valid Drug License or he is a R.M. P., we are executing the indent. [SEC.18 DRUG ACT 1940]

[Handwritten Signature]
 आकस्मिक चिकित्सालय
 (गोरखपुरी), गिला दि. 10/04/2024
 गोरखपुर