

प्रेषक,

मुख्य चिकित्साधिकारी
गोरखपुर।

सेवा में,

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

पत्रांक - चिकित्सा/प्रतिपूर्ति/परीक्षण/2023-24/469

दिनांक- 20 अप्रैल 2024

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

महोदय,

उपर्युक्त विषयक कृपया आप अपने पत्र संख्या 914 दिनांक 18 अप्रैल 2024 का संदर्भ ग्रहण करने का कष्ट करे जिसके माध्यम से श्री मित्र पाल सिंह के पत्नी के उपचार पर हुये व्यय रु० 8293.00 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- 8293.00 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

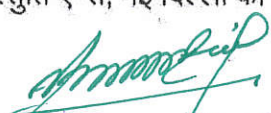
प्रारूप-2

1. लाभार्थी का नाम, पदनाम **शिव पाल सिंह, पीठासीन अधिकारी**
2. लाभार्थी के पिता/पति का नाम **बाबू राम**
3. उपचार प्राप्तकर्ता का नाम/ पिता /पति का नाम **सधिता सिंह पत्नी शिव पाल सिंह**
4. उपचार प्राप्तकर्ता का लाभार्थी से सम्बन्ध **शिव पत्नी - पत्नी**
5. निवास का पता **श्री ली अपार्टमेंट, गोश्वनाच, गोश्वपुर।**
6. चिकित्सा प्रतिष्ठान/संस्थान का नाम व पता
(जिससे उपचार प्राप्त किया गया हो)
(निजी है अथवा सरकारी) **नेताजी सुभाष चन्द्र बोस राज्या चिकित्सालय
गोश्वपुर, उ.प्र।**
7. बीमारी का नाम
8. उपचार की अवधि **04.03.24 से 08.04.24 तक**
9. चिकित्सा पर कुल व्यय धनराशि **8293.00**
10. परिक्षण के उपरान्त भुगतान हेतु संस्तुत धनराशि **₹ 8293.00**

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
हस्ताक्षर प्राविधानों की वि० व्यय प्रतिपूर्ति
(संस्तुति करने वाले अधिकारी कोरखा 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 अफ़ीस पुनर्वसन
और पुनर्वास्यपत्र प्राधिकरण, गोरखपुर मण्डल, गोरखपुर।

विषय: चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

महोदय,

मैं मित्रपाल सिंह / मेरे पारिवारिक सदस्य (नाम) सविता सिंह
ने (बीमारी का नाम) के लिये 04.03.24 (दिनांक) से
08.04.24 तक पीला चिकित्सालय 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), बाउचरा
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 रू० के अग्रिम का समायोजन करने के पश्चात् मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिये
यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें।

दिनांक:

(अधिकारी/कर्मचारी का हस्ताक्षर)

अधिकारी/कर्मचारी का नाम:

पदनाम:

तैनाती का स्थान:

मित्र पाल सिंह
(उत्तर प्रदेश उच्चतर न्यायिक सेवा)
पीठासीन अधिकारी,
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. <u>Total-</u>	<u>8293/-</u>
3.
4.

- (e) that, the patient is/was suffering from Typhoid/HTN/COPD and is/was under my treatment from 04.03.2024 to 08.04.2024
- (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.

चिकित्साधिकारी
जिला चिकित्सालय
नोरखपुर

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

प्रतिरस्ता भारत
रु... 8293:00
रुपया आठ हजार दो तो
अपर मुख्य चिकित्सा अधिकारी
प्रथम प्राधिकारी चिन्ब्यय प्रतिपूति

Calculation Memo / Details Vouchers

Patient Name.....सविता सिंह..... Disease.....

Hospital/ Institution Name.....जिला चिकित्सालय, गोरखपुर.....

S. No.	Voucher No.	Date	Institution/ Chemist Name	Amount	Payable Amount	Non-Payable Amount
1	626739	05.03.24	सदभावना मेडिकल स्टोर	4136.00		
2	600892	10.04.24	"	75.00		
3	600701	08.04.24	"	4082.00		
4						
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				8293.00		

Signature and Seal of Doctor
 आकाशिक चिकित्साधिकारी
 जिला चिकित्सालय, गोरखपुर



EDTA- 802756
 DH-51428 / 350443
 57 Y/F : Savita Singh / 04/Mar 12:07
 CBC



UHID: 20240051428

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

CONSULTING ROOM NO :03, 05, 28, TOKEN NO : 306
 Clinic Medicine OPD
 Days: MON, TUE, WED, THU, FRI, SAT

OUT PATIENT RECORD

Name : MS. SAVITA SINGH

Department : Medicine

Dept No. : 2024/051/0015185

Date of Registration : 04-03-2024 11:51:16 AM

Unit : Unit 1

Age : 57Y

Billing Type : General

Mobile No : *****528

Fee : 1.00

Sex : Female

W/O MITTAR PAL SINGH

Address : RO GORAKHNATH PS GORAKHNATH, Gorakhpur, UTTAR PRADESH, INDIA
 Patient Type: NON MLC

Occupation : OTHER

Prepared by: Mr. Mohd Ehteshamuddin

Date and Time of initial assessment :

Clinical History :

Examination Findings :

Investigation :

Diagnosis :

Treatment :

Follow-up advice :

Handwritten notes:
 HTN / COPD
 Pt on Tab Dianorm M OD
 Tab SGLTD - S OD
 Tab Inditel - CH OD
 Tab Amlogand (sup)
 Tab Coacer (10) OD
 Tab Montan AS
 Tab Amicobal OD
 Tab Gndproex 1/50 ;
 Salt restriction
 30 min walk
 Adv continue
 04/03/24

Doctor's Name
 Signature / Date

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

TAX INVOICE
SADBHAWNA MEDICAL STORE

GHOSH COMPANY CHOK

GORAKHPUR, U.P.

GSTIN-09ACKPB8974H1ZS

PHONE-9889106503

DLND.UP53200001390

UP53210001389

Billed To : SAVITA SINGH
D.H.G.K.P
STATE : [09]Uttar Pradesh

INVOICE NO. : 626739
DATE : 05/03/2024
TIME : 16:26:17
Reverse Charge : No
Doctor :

PRODUCT	QNTY	RATE	AMT	BATCHNO	EXP
DIANORM-M TAB *1	30.00	22.60	678.00	DMBS0091	106/26
SCLTD S 10/100	30.00	17.80	534.00	H2HQW001	103/25
INDITEL CH 40 T1	30.00	20.37	611.10	CH40	105/25
AMLOGARD 5mg-TA1	30.00	2.50	224.79	1288	106/25
CONCOR 10 TAB	30.00	19.73	591.93	MOANZ23011	110/25
MONTAIR AB TAB	30.00	27.55	826.53	23S26TC182	107/25
GUDPRES XL 50 *1	30.00	5.81	174.36	F1HPV007	111/24
AMICOBAL 10 TAB1	30.00	16.50	495.00	AME2205	110/24

TOTAL 4135.71 ITEMS# B/A26746
DISC 0.00 For SADBHAWNA MEDICAL ST
OTHER 0.00
NET AMT 4135.71 Authorized Signatory
RND OFF. 4135.00
Rs. Four Thousand One Hundred Thirty Six Only
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. P., we are executing the indent. [SEC.18 DRUG ACT 1940]

Verfy
आकस्मिक चिकित्साधिकारी
एन०एस०बी०, जिला चिकित्सालय
गोरखपुर



UHID: 20240051428

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

CONSULTING ROOM NO :03, 05, 28, TOKEN NO : 381
Clinic Medicine OPD
Days:MON,TUE,WED,THU,FRI,SAT
LAST VISIT DATE:04/03/2024

OUT PATIENT RECORD
Re-visit

Name : MS. SAVITA SINGH

Department : Medicine

Dept No. : 2024/051/0015185

Date of Registration : 08-04-2024 12:28:02 PM

Unit : Unit 1

Age : 57Y 1M 4D

Billing Type : General

Mobile No : *****528

Fee : 1.00

Sex : Female

W/O MITTAR PAL SINGH

Address : RO GORAKHNATH PS GORAKHNATH, Gorakhpur, UTTAR PRADESH, INDIA Occupation : OTHER

Patient Type:NON MLC

Prepared by:Mr. Deepak Ground

Date and Time of initial assessment :

Clinical History :

Handwritten: *func of liver & kidney*

Examination Findings :

Handwritten: *HR 120/80*

Handwritten: *HTOR, DM*

Investigation :

Handwritten: *Plasma Lab Diab... RB SG, L TD - S*

Diagnosis :

Handwritten: *from Dist Hospital Gorakhpur (512429)*

Handwritten: *Inditel chl, Amlogand (5)*

Treatment :

Handwritten: *Concor (10), Montair AB*

Follow-up advice :

Handwritten: *Adv cont. on gang...*

Handwritten: *To discontinue... Gud... Salt restriction*

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।*

TAX INVOICE
SADBHAWNA MEDICAL STORE

GHOSH COMPANY CHOWK
 GORAKHPUR, U.P.
 GSTIN-09ACXP88974H1Z5
 PHONE-9889106583
 DLNO.UP53200001390
 UP53210001389

Billed To : INVOICE NO. : 600701
 : DATE : 08/04/2024
 SAVITA SINGH : TIME : 12:53:05
 D.H.G.K.P : Reverse Charge : No
 : Doctor :
 STATE : [09]Uttar Pradesh

PRODUCT	QNTY	RATE	AMT	BATCHNO	EXP
DIANORM-M TAB	30.00	22.60	678.00	DMB50091	106/25
SGLTD S 10/100	30.00	17.80	534.00	M2H0W001	103/25
INDITEL 40 CH T	30.00	20.37	611.10	MT231035	102/25
AMLOGARD 5mg-TA	60.00	2.50	149.86	1200	106/25
CONCOR 10 TAB	30.00	19.73	591.93	M07AN24001	112/25
MONTAIR AD TAB	30.00	27.55	826.53	235261C025	109/25
AMICOBAL 10 TAB	30.00	16.50	495.00	ame2312	109/25
GUDPRES XL 50 T	30.00	6.51	195.21	1F1HPM003	105/25

TOTAL 4081.63 ITEMS# 8/A00701
 DISC 0.00 For SADBHAWNA MEDICAL ST
 OTHER 0.00
 NET AMT 4081.63 Authorized Signatory
 RND OFF **4082.00**
 Rs. Four Thousand Eighty Two Only
 Terms & Conditions:- E. & D.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]

(Signature)
 लक्ष्मिक विनिमय कमी
 सन्तुष्टी, निली विक्रमशाला
 गोरखपुर

TAX INVOICE
SABBHAWNA MEDICAL STORE

GHOSH COMPANY CHOWK
GORAKHPUR, U.P.
GSTIN-09ACXPB8974H1ZS
PHONE-9889106503
DLNO.UP53200001390
UP53210001389

Billed To : SAVITA SINGH
INVOICE NO. : 600092
DATE : 10/04/2024
TIME : 12:36:04
D.H.G.K.P
Reverse Charge : No
Doctor :
STATE : [09]Uttar Pradesh

PRODUCT	QNTY	RATE	AMT	BATCHNO	EXP
AMLOGARD 5mg-TA	30.00	2.50	74.93	11288	106/25

TOTAL 74.93 ITEMS# 1/A00092
DISC 0.00 For SABBHAWNA MEDICAL ST
OTHER 0.00
NET AMT 74.93 Authorised Signatory
RND OFF 75.00
Rs. Seventy 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]

Handwritten signature
विश्व
मिना विक्रम
पुर