



PANDIT RAM DAYAL TRIVEDI HOSPITAL, AUTONOMOUS  
STATE MEDICAL COLLEGE HARDOI

HOSPITAL ROAD, MG MARG, HARDOI, HARDOI-241001, UTTAR PRADESH, INDIA

PHONE :-



OPD CARD

CR No: 981222400994631

Patient Name: UMANG SHRIVASTAVA

Age/Sex: 41 Yr/F

ABHA Address: NA

W/O: AJAY KUMAR SHRIVASTAVA

ABHA Number: NA

Address: HARDOI, UTTAR PRADESH, INDIA

Mobile: 9999999999

Category: General

Fees: ₹1.00/-

Department/Room: General Medicine / 14

Visit Date: 27-Apr-2024 10:00

Doctor/Unit: Unit 2

OPD Days: Tue, Thu, Sat

Valid Till: 11-May-2024

Payment Details/ Trans Id.: Cash /



Pt clo pain in upper left back region of jaw since 1 week.

O/E - carious exposed 16.

Adv - Extraction  
Root canal t/t 16 (poor prognosis for RCT)  
followed by rehabilitation (crown).  
followed by rehabilitation (fixed prosthesis, Implant)

# THE DENTAL & MAXILLOFACIAL CLINIC

Ref. No.

Centre for Dental Implants

## Dr. SWATI GUPTA

B.D.S. (Gold Medalist), M.D.S.  
 PROSTHODONTICS  
 KING GEORGES' MEDICAL COLLEGE, LUCKNOW  
 SPECIALIST IN CROWN, BRIDGE & DENTURE  
 Ex. SENIOR RESIDENT (K.G.M.C.)  
 PROFESSOR & SENIOR CONSULTANT  
 B.B.D. COLLEGE OF DENTAL SCIENCES

## Dr. HEMANT GUPTA

B.D.S., M.D.S.  
 ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY  
 KING GEORGES' MEDICAL COLLEGE, LUCKNOW  
 SPECIALIST IN IMPLANTS & SURGERIES OF FACE & JAW  
 Ex. CONSULTANT, VIVEKANAND POLYCLINIC  
 PROFESSOR & SENIOR CONSULTANT  
 B.B.D. COLLEGE OF DENTAL SCIENCES

NAME: Mr. Omang Sreejesh

Age / Sex : 12

Date : 27/4/24

Medical History/Allergies :

FTC 2yrb 16

Healy screws placed on 16

1 - Tab Zerdal 50  
 - Tab Gucraf 200  
 - Tab Gucjesic-SP  
 - Tab Gut-010  
 11/5/24  
 Imp<sup>n</sup> made  
 2/6/24 16 Screws retained posthail  
 3 dys

APPOINTMENT :-	
Date	Time
11/5/24	12:00 Noon
12/5/24	4:00 PM
02/6/24	1:00 PM



Certificate granted to Mrs./Mr./Miss Umang Srivastava  
 Wife/Son/Daughter of Mr. Ajay Kumar Srivastava, Principal Judge, Family Court,  
 Employed in the District Judiciary, Haridwar

**CERTIFICATE "A"**

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

- I, Dr. Hemant Gupta hereby certify :-
- (a) that I charged and received ₹ 500/- for ..... consultations on 27.4.24 (date to be given) at my consulting room at the Dental & Maxillofacial Clinic, Lucknow at the residence of the patient.
  - (b) that I charged and received ₹ 15000/- for administering ..... (date to be given) intramuscular injections/subcutaneous on ..... at my consulting room/at the residence of the patient.
  - (c) That the injections administered were for/were not for immunizing or prophylactic purposes.
  - (d) That the patient has been under treatment at The Dental & Maxillofacial Clinic, Lucknow hospital/my consulting room and that the undermentioned 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) for supply 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 disinfection.

S.N.	Name of medicines	Prices
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

*Details mentioned at the prescription*

- (e) That the patient is/was suffering from Partial edentulous LS and is/was under my treatment from 11.05.24 to 02.06.24.
- (f) That the patient is/was not given prenatal or postnatal treatment.
- (g) That the X-ray laboratory test, etc. for which an expenditure of ₹ ..... 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.

# THE DENTAL & MAXILLOFACIAL CLINIC

1/705, Vishal Khand, Gomti Nagar, Lucknow-10.  
Phone : 0522-4049731, +91 7754979997

Sr.No.: 1756

Date: 27/4/24

Name: Mss. Umang Srivastava

Address: Lucknow G. Faizabad

Phone: 7459053359

Consultation Fee: 500/-

X-ray Fee: 500/-

DR. HEMANT GUPTA  
B.D.S., M.D.S.  
Reg. No.-1848

Signature

Bill No. : 11940C50023116 102-APOLLO ADVANTAGE  
 Date / Time : 2024-Apr-27-02:15:00 PM  
 Terminal No. : 001 Cont. No. : 7459053359  
 Name : UMANG SIRVASTAVA  
 Ref. No. : 7459053359  
 Dr. : HEMANT GUPTA



Branch : VISHAL KHAND LUCKNOW  
 Address : PROPERTY NO-1/1150 GROUND FLOOR  
 Tel. No. : 8826177655  
 DL.No : UP32210004667, UP32200004670  
 GSTIN : 09AAPCA5954P1IP  
 FSSAI : 12722066002062

C.GSTIN :

**INVOICE**

E & O.E. Goods once sold cannot be taken back or exchanged  
 INSULINS AND VACCINES WILL NOT BE TAKEN BACK

QTY.	ITEM NAME	HSN CODE	MFRS	BATCH NO.	EXPIRY	SCH	MRP	CGST%	SGST%	TAXABLE	TOTAL AMOUNT
1	WYSONONE DT 20 TAB 15'S	30043912	PFIZ	HJ4274	Jul-25	H	2.67	6.00	6.00	2.33	2.67
10	ZERODOL SP TAB 10'S	30049069	IPCA	FND053117AS	May-26	H	13.01	6.00	6.00	116.16	130.10
10	GUT OK CAP 10'S	30049039	MANK	A1HDW009	Aug-25	H	14.30	6.00	6.00	127.68	143.00
10	AUGMENTIN DUD 625MG TAB	30041030	BLAX	B23D191	May-25	H	20.48	6.00	6.00	182.86	204.80

*Dr. Hemant Gupta*  
**Dr. HEMANT GUPTA**  
**B.D.S., M.D.S.**  
 Reg. No. 1848

CIN : U52500TN2016PLC111328 Registered Office: No. 19 Bishop Gardens, Raja Annamalaiapuram, Chennai - 600028

Admin Office: (For all correspondence) Ali Towers, III rd Floor, No.55, Grems Road, Chennai - 600006

Total	480.57
Discount	0.00
Net Total :	480.57

\* DPCO Items No Tax is Payable on reverse Charges basis  
 QR Code was digitally displayed to the Customer at the time of transaction

For Apollo Pharmacy-Pharmacist

Printed by: PARAGON Ph. 8897121459

EMERGENCY CALL : 1066





अपरिहार्य / आपात दशा प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती Umang Goyal  
पुत्र/पति/पत्नी श्री Ajay Kumar Goyal, Principal Judge Family Court, Meerut आयु...41...  
वर्ष Partial edentulous LO  
रोग से पीड़ित हैं। इनका उपचार The Dental & Maxillofacial Clinic, Meerut में मरीज  
की अपरिहार्य परिस्थिति/आकस्मिकता को देखते हुये दिनांक 11-05-20 से शुरू किया गया।



चिकित्सक का नाम व मुहर

**Dr. HEMANT GUPTA**  
**B.D.S., M.D.S.**  
**Reg. No.-1848**

स्तम्भ-2  
एतद्द्वारा प्रतिस्थापित परिशिष्ट  
परिशिष्ट 'ग'  
(भाग-पाँच-नियम-16 तथा 18 देखें)

सेवा में,

कार्यालयाध्यक्ष का नाम,

.....  
.....

विषय :- <sup>प्रतिपूर्ति के</sup> चिकित्सा उपचार पर किये गये व्यय की प्रतिपूर्ति।

महोदय,

मैं अजय कुमार श्रीवास्तव / मेरे पारिवारिक सदस्य (नाम) श्री श्री अजय श्रीवास्तव मेरा पत्नी

ने Dental edentulous 16 (बीमारी का नाम) के लिए

11.05.24 (दिनांक) से 02.06.24 तक the Dental 8-

Maxillofacial Clinic Lucknow (चिकित्सालय का नाम) में उपचार

करवाया है। मैं निम्नलिखित दस्तावेजों के साथ प्रतिपूर्ति के लिए 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(कैश मेमो), बीजक(बिल), बाउचर।
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, N/A (कार्यालय का नाम) के पत्र

संख्या.....दिनांक.....द्वारा स्वीकृत ₹ ..... के अग्रिम

का सामायोजन करने के पश्चात् मेरे दावे की प्रतिपूर्ति के लिए यथा आवश्यक कार्यवाही करने की कृपा करें। NOTE: मेरे दावे का पत्र के द्वारा ही दावा हेतु कोर्स अग्रिम पत्रिका माननीय-शासक या अन्य कर्मियों से स्वीकार किया जायेगा।

दिनांक 29/7/24

✓ Ajay Kumar Srivastava  
अधिकारी/कर्मचारी का नाम :-.....

पदनाम :- Principal Judge Family Court  
Hardoi

तैनाती का स्थान :- प्रधान न्यायाधीश  
कुटुम्ब न्यायालय  
हरदोई



## स्व प्रमाणित घोषणा पत्र

चिकित्सा उपचार पर किए गए व्यय की प्रतिपूर्ति हेतु

में अजय कुमार श्रीवास्तव पुत्र/पुत्री/पति श्रीमती एख्खन्द श्रीवास्तव जन्म तिथि 02/09/1973 घोषणा करता/करती हूँ कि श्रीमती एख्खन्द श्रीवास्तव, पत्नी (आश्रित का नाम) मेरे पर पूर्णतया आश्रित है एवं इनकी आय का कोई अन्य साधन नहीं है तथा यह किसी सरकारी/अर्धसरकारी सेवा में योजित अथवा पेंशनभोगी नहीं है। उपरोक्त तथ्य एवं जानकारी मेरे विश्वास में शुद्ध एवं सत्य है। मैं मिथ्या विवरण/तथ्यों को देने के परिणामों से भलीभाँति अवगत हूँ। यदि आवेदन पत्र में दिए गए कोई विवरण/तथ्य मिथ्या पाए जाते हैं तो मेरे विरुद्ध विधि के अंतर्गत अभियोजन एवं दंड के लिए मैं स्वयं उत्तरदायी माना जाऊंगा / जाऊंगी।

स्थान : Hawarden

दिनांक : 09/12

A. Khanna प्रधान न्यायाधीश  
कुटुम्ब न्यायालय  
आवेदक के हस्ताक्षर  
Ajay Kumar Srivastava  
नाम : .....  
Principal Judge Family Court,  
पदनाम : Hawarden  
कार्यालय : District Judiciary  
Hawarden






परिशिष्ट 'क'  
उत्तर प्रदेश सरकार  
स्वास्थ्य-पत्रक  
[भाग दो, नियम-6(क) देखें]

संख्या-.....

आवेदक के परिवार का प्रमाणित फोटो

कार्यालयाध्यक्ष की मुहर

Attest  
A-1



नाम:- Ajay Kumar Srivastava जन्म का दिनांक 02/09/73 लिंग Male  
पदनाम Principal Judge Family Court विभाग का नाम District Judiciary  
तैनाती का स्थान- Hardoi - U.P.  
आवासीय पता- J-1, Judges colony, Hardoi  
मूल वेतन तथा वेतनमान/पेंशन-  
नामिनी का नाम- Smt. Umang Srivastava (Wife)

आश्रित पारिवारिक सदस्यों का विवरण-

क्रमांक	नाम	जन्म का दिनांक	आवेदक से सम्बन्ध
1.	Smt. Umang Srivastava	01/5/1982	Wife (Patient)
2.	<del>Miss Anandita Srivastava</del>		
3. 2.	Miss Anandita Srivastava	09/4/2017	Daughter
4.			
5.			
कुल संख्या			

दिनांक 09/7/24

A. K. Srivastava  
आवेदक के हस्ताक्षर  
प्रधान न्यायाधीश  
कार्यालय के प्रतिहस्ताक्षर, मुहर सहित।  
कुल न्यायालय  
ठरकोई