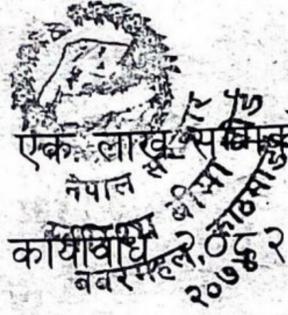


स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा थप रु. एक लाख सम्मको सुविधा उपलब्ध गराउने सम्बन्धी



बोर्ड बैठकबाट स्वीकृत मिति: २०८२/०३/२४

प्रथम संशोधन मिति: २०८२/१०/१५

प्रस्तावना

स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ को नियम १७ को उपनियम (२) को खण्ड (घ) को व्यवस्थालाई कार्यान्वयन गर्न स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को दफा ४१ को अधिकार प्रयोग गरी स्वास्थ्य बीमा बोर्डले यो कार्यविधि बनाई लागु गरेको छ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ: (१) यस कार्यविधिको नाम "स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा थप एक लाख सम्मको सुविधा उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०८२" रहेको छ।
(२) यो कार्यविधि मिति २०८२ श्रावण १ गते देखि प्रारम्भ हुनेछ।
२. परिभाषा: विषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा:-
 - (क) "ऐन" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ लाई सम्झनु पर्दछ।
 - (ख) "नियमावली" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ लाई सम्झनु पर्दछ।
 - (ग) "बीमित" भन्नाले ऐनको दफा २ (च) बमोजिमको परिवार सम्झनु पर्दछ।
 - (घ) "बोर्ड" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा बोर्ड सम्झनु पर्दछ।
३. थप एक लाख सम्मको सुविधा उपलब्ध हुने: (१) बीमितले नियमावलीको अनुसूची -६ मा उल्लेखित रोगहरूको उपचारको क्रममा नियमावलीको नियम १७ को उपनियम २ को खण्ड (घ) बमोजिम थप एक लाख रुपैया सम्मको सुविधा प्राप्त गर्नेछन्।
४. विवरण पेश गर्नु पर्ने: (१) बीमितले दफा ३ बमोजिमको थप सुविधा प्राप्त गर्न बीमा लेखको म्याद बहाल रहेकै अवस्थामा देहाय बमोजिम कागजात तथा विवरण पेश गर्नुपर्नेछ:-
 - (क) अनुसूची -१ बमोजिमको थप सुविधा प्राप्त गर्ने निवेदन;
 - (ख) अनुसूची-२ को ढाँचामा सम्बन्धित चिकित्सकले गरेको सिफारिस;
 - (ग) अनुसूची-३ को ढाँचामा सम्बन्धित स्थानीय तहले गरेको सिफारिस;

♦ प्रथम संशोधनद्वारा संशोधित।

डा. कृष्ण प्रसाद पौडेल
कार्यकारी निर्देशक

(घ) नेपाली नगरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्रको प्रतिलिपि;

(ङ) नाबालकको हकमा नाबालक परिचय पत्र।

(२) बीमितले उपदफा (१) बमोजिमको विवरण देहायको माध्यमबाट पेश गर्न सक्नेछन:-

(क) दर्ता अधिकारी मार्फत; वा

(ख) विद्युती प्रणाली मार्फत।

५. सुविधाको प्रयोग: (१) बीमितले दफा ३ बमोजिम प्राप्त गर्ने थप सुविधा नियमावलीको नियम १७ को उपनियम (२) को खण्ड (क) बमोजिम सुविधा प्रयोग गरी अपुग भए पश्चात मात्र प्राप्त गर्नेछ।

(२) नियमावलीको नियम १७ को उपनियम (२) को खण्ड (ग) बमोजिम सुविधा प्राप्त व्यक्तिले यस कार्यविधि बमोजिमको सुविधा प्राप्त गर्ने छैन।^{*}.....

(३) यस कार्यविधि बमोजिमको सुविधा तथा सुविधाका दररेट बोर्डको "सुविधा थैली अन्तर्गतका सेवा सुविधाहरुको परिमार्जित दररेट, २०८१" बमोजिम हुनेछ।

☐ (४) यस कार्यविधि बमोजिमको सुविधा प्रयोग गर्दा लाग्ने सह-भुक्तानी सम्बन्धी व्यवस्था "स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा सह-भुक्तानी (Co-payment) प्रणाली लागु गर्ने कार्यविधि, २०८०" बमोजिम हुनेछ।

६. स्वास्थ्य बीमा नवीकरण: (१) बीमितले यस कार्यविधि बमोजिमको सुविधा प्राप्त गर्न स्वास्थ्य बीमा नवीकरण कार्यविधि २०८२ बमोजिम नियमित नवीकरण गर्नु पर्नेछ।

७. संशोधन: बोर्डले यस कार्यविधि आवश्यकताको आधारमा संशोधन गर्न सक्नेछ।



डा. कृष्ण प्रसाद पौडेल
कार्यकारी निर्देशक

* प्रथम संशोधनद्वारा झिकिएको।

☐ प्रथम संशोधनद्वारा थप गरिएको।

(दफा ४ को उपदफा १ को खण्ड (क) सँग सम्बन्धित)

थप सुविधा प्राप्त गर्न निवेदनको ढाँचा

श्री स्वास्थ्य बीमा बोर्ड, जिल्ला सम्पर्क शाखा कार्यालय

.....।

विषय: थप सुविधा सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा म..... गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका वडा नं
... टोल/गाँउस्थायी बसोबास भएकोले स्वास्थ्य बीमा नियमावली २०७५ को अनुसूची -६
बमोजिमकोरोगबाट प्रभावित भएको हुँदा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा थप रु. एक लाख
सम्मको सुविधा उपलब्ध गराउने सम्बन्धी कार्यविधि, २०८२ बमोजिमको सुविधा उपलब्ध गराई दिनु
हुन अनुरोध गर्दछु।

निवेदक

नाम:

ठेगाना:

नागरिकता नं:

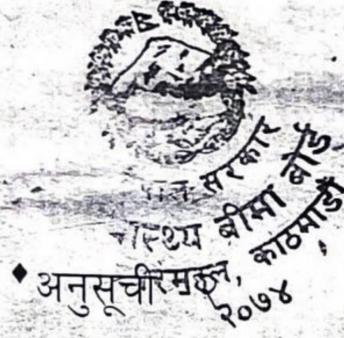
राष्ट्रिय परिचयपत्र नं:

सम्पर्क नं:

स्वास्थ्य बीमा नं:

प्रथम संशोधनद्वारा थप गरिएको।

दस्तावेज
डा. कृष्ण प्रसाद पौडेल
कार्यकारी निर्देशक



(दफा ४ को उपदफा १ को खण्ड (ख) सँग सम्बन्धित)

चिकित्सकले दफा ३ को उपदफा (१) बमोजिमका रोगहरुको उपचार गराइरहेको प्रमाणित गर्ने ढाँचा

विषय: प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा

उपरोक्त सम्बन्धमा देहायको विवरण भएको बिरामी यस अस्पतालमा उपचार गराइरहेको व्यहोरा प्रमाणित गर्दछु।

बिरामीको विवरण:

- १) बिरामीको नाम, थर:
- २) बिरामीको उमेर:
- ३) राष्ट्रिय परिचयपत्र नं / नागरिकता प्रमाणपत्र / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं:
- ४) बिरामीको बाबु / आमा / पती / पत्नी:
- ५) जिल्ला: स्थानीय तह: वडा नं: टोल:
- ६) फोन नं:
- ७) रोगको नाम:
- ८) स्वास्थ्य बीमा नम्बर:

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

पद:

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छाप:

* प्रथम संशोधनद्वारा संशोधित


डा. कृष्ण प्रसाद पौडेल
कार्यकारी निर्देशक



अनुसूची-३

(द्रफा ४ को उपद्रफा १ को खण्ड (ग) सँग सम्बन्धित)

स्थानीय तहले स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई गर्ने सिफारिसको ढाँचा

मिति:.....

श्री स्वास्थ्य बीमा बोर्ड, जिल्ला सम्पर्क शाखा कार्यालय

.....।

विषय: सिफारिस सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा..... गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका वडा नं.
.....टोल/गाँउ.....मा स्थायी बसोबास भएका श्री ले
.....रोगको उपचार गराईरहेको चिकित्सकको सिफारिस समेतका आधारमा निवेदन प्राप्त
भएको हुँदा स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा थप रु. एक लाख सम्मको सुविधा उपलब्ध गराउने सम्बन्धी
कार्यविधि, २०८२ बमोजिमको सुविधा उपलब्ध गराउनुहुन सिफारिस गर्दछु।

.....
प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत
स्थानीय तहको नाम

.....
♦ प्रथम संशोधनद्वारा संशोधित

duwn
डा. कृष्ण प्रसाद पौडेल
कार्यकारी निर्देशक