विद्युतीय माध्यमबाट स्वास्थ्य बीमामा आबद्धता तथा बीमालेख नवीकरण सम्बन्धी कार्यविधि, २०८३

स्वीकृत मितिः २०८३/०४/०७

प्रस्तावनाः स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई समयानुकूल, प्रविधिमैत्री, पारदर्शी, सेवाग्राहीमैत्री तथा तथ्याङ्कमा आधारित बनाउँदै विद्युतीय माध्यमबाट स्वास्थ्य बीमामा आबद्धता तथा बीमालेख नवीकरण गर्ने प्रक्रियालाई व्यवस्थित गर्न, दोहोरो आबद्धता नियन्त्रण गर्न, योगदान रकमको विद्युतीय माध्यमबाट भुक्तानी गर्ने व्यवस्था मिलाउन , आवेदन प्रमाणीकरण तथा बीमालेख सिर्जनासम्बन्धी कार्यलाई बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (IMIS) मा एकीकृत गर्न वाञ्छनीय भएकोले स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को दफा ४१ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी स्वास्थ्य बीमा बोर्डले यो कार्यविधि बनाएको छ।

परिच्छेद -१

प्रारम्भिक

१. **संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ**ः (१) यस कार्यविधिको नाम "विद्युतीय माध्यमबाट स्वास्थ्य बीमामा आबद्धता तथा बीमालेख नवीकरण सम्बन्धी कार्यविधि, २०८३" रहेको छ।

(२) यो कार्यविधि बोर्डबाट स्वीकृत भएको मितिदेखि लागू हुनेछ।

२. **परिभाषा**ः विषय वा प्रसङ्गले अर्को अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा,—

(क) "ऐन" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ सम्झनुपर्छ।

(ख) "नियमावली" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ सम्झनुपर्छ।

(ग) "बोर्ड" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ बमोजिम गठित स्वास्थ्य बीमा बोर्ड सम्झनुपर्छ।

(घ) "प्रणाली" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा बोर्डले सञ्चालन गरेको विद्युतीय आबद्धता तथा नवीकरण सम्बन्धी प्रणाली सम्झनुपर्छ।

(ङ) "विद्युतीय आबद्धता" भन्नाले परिवार स्वयं, दर्ता सहयोगी वा संगठित क्षेत्रले प्रणालीमार्फत स्वास्थ्य बीमामा नयाँ दर्ता गर्ने कार्य सम्झनुपर्छ।

(च) "विद्युतीय नवीकरण" भन्नाले म्याद सकिन लागेको वा म्याद समाप्त भएको बीमालेखलाई प्रणालीमार्फत नवीकरण गर्ने कार्य सम्झनुपर्छ।

(छ) "परिवारमूली" भन्नाले नियमावलीको नियम (३) बमोजिमका परिवारका तर्फबाट विवरण प्रविष्टि, मञ्जुरी, योगदान रकम भुक्तानी तथा नवीकरण गर्ने अधिकार प्राप्त व्यक्ति सम्झनुपर्छ।

नि. कार्यकारी निर्देशक

(ञ) "दर्ता सहयोगी" भन्नाले नियमावली बमोजिम नियुक्त भई परिवारलाई स्वास्थ्य बीमामा आबद्धता तथा नवीकरण गराउन सहजीकरण गर्ने व्यक्ति सम्झनुपर्छ।

(झ) "दर्ता अधिकारी" भन्नाले सम्बन्धित जिल्लामा स्वास्थ्य बीमा आवद्धता, नवीकरण, विवरण प्रमाणीकरण तथा प्रणालीगत रुजु गर्ने अधिकार प्राप्त अधिकारी सम्झनुपर्छ।

(ञ) "प्रदेश संयोजक" भन्नाले बोर्डका प्रदेश सम्पर्क कार्यालयमा कार्यरत अधिकारी सम्झनुपर्छ।

(ट) "योगदान रकम" भन्नाले ऐन, नियमावली वा बोर्डबाट तोकिएबमोजिम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धता वा नवीकरण शुल्क वा अन्य दस्तुरलाई सम्झनुपर्छ।

(ठ) "विद्युतीय भुक्तानी" भन्नाले बोर्डले तोकेका नेपाल राष्ट्र बैंकबाट अनुमति प्राप्त बैंक, payment gateway, mobile banking, internet banking, wallet वा अन्य विद्युतीय माध्यमबाट योगदान रकम भुक्तानी गर्ने प्रक्रिया सम्झनुपर्छ।

(ड) "KYC Update" भन्नाले बीमितको विवरणलाई सम्बन्धित सरकारी प्रणाली वा आवश्यक कागजातका आधारमा अद्यावधिक गर्ने कार्य सम्झनुपर्छ।

परिच्छेद-२

कार्यविधिको क्षेत्र, सिद्धान्त तथा प्रणालीगत आधार

३. **कार्यविधिको क्षेत्र**: (१) यो कार्यविधि विद्युतीय आबद्धता तथा नवीकरण प्रणाली अन्तर्गत देहायका कार्यमा लागू हुनेछ:

(क) परिवार स्वयंबाट हुने विद्युतीय आबद्धता,

(ख) दर्ता सहयोगीमार्फत हुने विद्युतीय आबद्धता,

(ग) बीमित परिवार स्वयं वा दर्ता सहयोगीमार्फत हुने नवीकरण,

(घ) कार्यालय वा संगठित क्षेत्रबाट हुने सामुहिक आवद्धता वा सामुहिक नवीकरण,

(ङ) योगदान रकमको विद्युतीय भुक्तानी,

(च) दर्ता अधिकारीबाट हुने प्रमाणीकरण,

(छ) प्रदेश संयोजकबाट हुने सामुहिक स्वीकृति,

(ज) OpenIMIS मा विवरण भण्डारण,

(झ) KYC UPDATE, duplicate check, audit trail, data security र grievance management.

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बबरमहल, काठमाडौं २०७४

नि. कार्यकारी निर्देशक

(२) यस कार्यविधिले कागजी दर्ता प्रणालीलाई प्रतिस्थापन गर्न सक्नेछ। तर प्रणाली अवरुद्ध भएको वा काबु बाहिरको परिस्थिति उत्पन्न भएको अवस्थामा बोर्डले वैकल्पिक वा offline-assisted प्रक्रिया तोक्न सक्नेछ।

<u>स्पष्टीकरण</u>: काबु बाहिरको परिस्थिति भन्नाले प्राकृतिक प्रकोप, इन्टरनेट वा विद्युत् अवरोध, प्रणालीगत गम्भीर समस्या, साइबर आक्रमण, महामारी, बन्द, हडताल वा बोर्डले मान्यता दिएको अन्य असामान्य अवस्था सम्झनुपर्छ।

४. <u>प्रणालीगत सिद्धान्त</u> : विद्युतीय आबद्धता तथा नवीकरण प्रणाली देहायका सिद्धान्तमा आधारित हुनेछः

(क) परिवारमुखी स्वास्थ्य बीमा,

(ख) एक व्यक्ति एक बीमित पहिचान,

(ग) एकीकृत OpenIMIS तथ्याङ्क भण्डारण,

(घ) अग्रीम भुक्तानीका आधारमा आवेदन प्रक्रिया,

(ङ) स्थायी ठेगानामा आधारित जिल्ला प्रमाणीकरण,

(च) बोर्डले तोकेबमोजिम वा प्रदेशबाट स्वीकृति,

(छ) सेवाग्राहीमैत्री self-service तथा assisted-service व्यवस्था,

(ज) व्यक्तिगत विवरणको गोपनीयता र सुरक्षा,

(झ) audit trail सहितको पारदर्शी कार्यप्रवाह।

५. <u>OpenIMIS मा विवरण भण्डारण</u> : (१) यस कार्यविधिबमोजिम आबद्धता तथा नवीकरणका क्रममा प्राप्त हुने सबै विवरण OpenIMIS वा OpenIMIS सँग अन्तरआबद्ध प्रणालीमा भण्डारण हुनेछ।

(२) प्रणालीमा रहेको तथ्याङ्क बोर्डको आधिकारिक तथ्याङ्क मानिनेछ।

(३) व्यक्ति, परिवार, कार्यालय, योगदान रकम, भुक्तानी, बीमालेख, नवीकरण, प्रमाणीकरण, स्वीकृति, सेवा विन्दु लगायतका विवरण OpenIMIS मा एकीकृत रूपमा रहनेछ।

(४) प्रणालीमा प्रविष्ट विवरण र कागजातबीच फरक परेमा दर्ता अधिकारीले प्रमाणका आधारमा रुजु गरी निर्णयका लागि बोर्डमा पेश गर्न सक्नेछ।

(५) बोर्डको निर्णय बमोजिम सम्बन्धित प्रदेश संयोजकले विवरण अद्यावधिक गर्न वा गराउन सक्नेछ।

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बबरमहल, काठमाडौं २०७४

<u>परिच्छेद-३</u>

नि. कार्यकारी निर्देशक

प्रणाली सञ्चालन, अन्तरआबद्धता तथा KYC Update

६. **प्रणाली सञ्चालन** :(१) बोर्डले विद्युतीय आबद्धता तथा नवीकरणका लागि वेब पोर्टल, मोबाइल एप, API वा अन्य उपयुक्त प्रणाली मार्फत सञ्चालन गर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिमको प्रणालीमार्फत देहायका कार्य सम्पादन गरिनेछः

(क) प्रयोगकर्ता दर्ता तथा प्रमाणीकरण,

(ख) स्वास्थ्य बीमामा आबद्धता तथा बीमालेख नवीकरण,

(ग) बीमित विवरण अद्यावधिक,

(घ) योगदान रकमको गणना तथा विद्युतीय भुक्तानी,

(ङ) आवेदनको प्रमाणीकरण तथा स्वीकृति,

(च) सामूहिक आबद्धता तथा सामूहिक नवीकरण,

(छ) बीमालेख सिर्जना तथा व्यवस्थापन,

(ज) सूचना प्रवाह तथा गुनासो व्यवस्थापन,

(झ) विद्युतीय अभिलेख व्यवस्थापन, तथा

(ञ) बोर्डले तोकेबमोजिमका अन्य कार्य।

७. **अन्तरप्रणाली आबद्धता** : (१) बोर्डले आवश्यकता अनुसार देहायका प्रणाली वा निकायसँग अन्तरआबद्धता कायम गर्न सक्नेछः

(क) राष्ट्रिय परिचयपत्र तथा पञ्जीकरण प्रणाली

(ख) नागरिकता वा जन्मदर्ता सम्बन्धी प्रणाली,

(ग) नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार वा स्थानीय तहका लक्षित वर्ग सम्बन्धी प्रणाली,

(घ) संगठित क्षेत्रका कर्मचारी विवरण प्रणाली,

(ङ) बैंक तथा payment gateway प्रणाली,

(च) सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाका digital claim वा EMR प्रणाली,

(छ) बोर्डले आवश्यक ठानेका अन्य प्रणाली वा निकायहरू।

(२) उपदफा (१) बमोजिम अन्तरप्रणाली आबद्धता कायम गर्दा व्यक्तिगत विवरणको सुरक्षा, गोपनीयता, सूचना आदानप्रदानसम्बन्धी मापदण्ड तथा सम्बन्धित कानूनको पालना गर्नुपर्नेछ।

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बबरमहल, काठमाडौं २०७४

नि. कार्यकारी निर्देशक

(३) कुनै सूचना प्रणालीसँग प्रत्यक्ष अन्तरआबद्धता उपलब्ध नभएको अवस्थामा आवश्यक विवरण सम्बन्धित प्रमाणका आधारमा प्रमाणीकरण गर्न सकिनेछ।

८. **KYC Update गर्न सकिने:** (१) प्रत्येक बीमितले बोर्डले तोकेबमोजिम आफ्नो विवरण अद्यावधिक राख्नुपर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम बिमितले आफ्नो KYC Update नगरेमा बोर्डले निजको स्वास्थ्य बीमा पोलिसी "यथास्थिति" वा "Suspended" स्थितिमा राख्न सक्नेछ र सो अवधिमा बिमितले सेवा प्राप्त गर्ने छैन।

(३) बीमितले आफ्नो विवरण आवश्यकता अनुसार जुनसुकै बखत प्रणालीमार्फत KYC Update गरी प्रमाणीकरण गर्न अनुरोध गर्न सक्नेछ।

(४) विवरण अद्यावधिक गर्दा राष्ट्रिय परिचयपत्र, नागरिकता, जन्मदर्ता वा बोर्डले तोकेको अन्य आधिकारिक स्रोतबाट विवरण प्रमाणीकरण गर्न सकिनेछ।

(५) प्रणालीबाट स्वतः प्रमाणीकरण हुन नसकेको विवरण सम्बन्धित प्रमाणका आधारमा दर्ता अधिकारीले प्रमाणीकरण गर्नेछ।

(६) विवरण अद्यावधिक गर्दा बीमितको सहमति, व्यक्तिगत विवरणको गोपनीयता तथा पहुँच नियन्त्रणसम्बन्धी व्यवस्था अनिवार्य रूपमा पालना गरिनेछ।

(७) झुट्टा बीमित विवरण अद्यावधिक सम्बन्धी विवरण पेश गरेको पाइएमा दफा ४३ बमोजिम कारबाही हुनेछ।

९. **दोहोरो आबद्धता परीक्षण:** (१) प्रणालीले व्यक्ति, परिवार वा बीमालेखको दोहोरो आबद्धता रोक्न राष्ट्रिय परिचयपत्र नम्बर, नागरिकता नम्बर, जन्मदर्ता नम्बर, मोबाइल नम्बर, परिवारमूली विवरण वा अन्य unique identifier का आधारमा दोहोरो आबद्धता परीक्षण गर्नेछ।

(२) दोहोरो बीमालेख देखिएमा प्रणालीले आवेदन रोक्का गर्न, KYC Update का लागि सम्बन्धित बीमित वा परिवारमूलीलाई सूचित गर्न वा आवश्यक रुजुका लागि दर्ता अधिकारीसमक्ष पठाउन सक्नेछ।

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
बबरमहल, काठमाडौं
२०७४

नि. कार्यकारी निर्देशक

(३) एउटै व्यक्ति एकभन्दा बढी परिवार वा बीमालेखमा समावेश भएको पाइएमा दर्ता अधिकारीले प्रमाणका आधारमा एउटै बीमालेख कायम गरी बाँकी बीमालेख निष्क्रिय गर्न सिफारिस गर्न सक्नेछ।

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
बबरमहल, काठमाडौं
२०७४

नि. कार्यकारी निर्देशक

परिच्छेद-४

प्रयोगकर्ता दर्ता, विद्युतीय मञ्जुरी तथा पहुँच

१०. **प्रयोगकर्ता दर्ता** : (१) बोर्डको कार्यकारी निर्देशक वा निजले तोकेको कर्मचारी प्रणालीको मुख्य प्रयोगकर्ताको रूपमा रहनेछ।

(२) दर्ता सहयोगी, दर्ता अधिकारी, प्रदेश संयोजक, कार्यालय / संगठित क्षेत्रका प्रतिनिधि र बोर्डका कर्मचारीहरूलाई बोर्डले आवश्यकता अनुसार official user credential प्रदान गर्नेछ।

(३) परिवारमूलीले प्रणालीमा पहुँच गर्नुपूर्व प्रयोगकर्ता दर्ता गर्नुपर्नेछ।

(४) प्रयोगकर्ता दर्ता गर्दा नाम, मोबाइल नम्बर, इमेल, स्थायी ठेगाना, पहिचान नम्बर, प्रयोगकर्ता प्रकार र आवश्यक अन्य विवरण प्रविष्ट गर्नुपर्नेछ।

(५) प्रणालीले पासवर्ड, ओ.टि.पी वा अन्य माध्यमबाट प्रयोगकर्ता प्रमाणीकरण गर्न सक्नेछ।

(६) दर्ता सहयोगी, दर्ता अधिकारी, प्रदेश संयोजक, कार्यालय प्रतिनिधि तथा बोर्डका कर्मचारीको user ID बोर्डले तोकेको अधिकार सीमाभित्र रहि प्रयोग गर्नुपर्नेछ।

११. **विद्युतीय मञ्जुरीनामा** : (१) बीमित स्वयं वा कार्यालय प्रतिनिधिले आवेदन गर्नु अघि प्रणालीमा उपलब्ध गराइएको शर्तहरू पढी मञ्जुरी प्रदान गर्नुपर्नेछ।

(२) विद्युतीय मञ्जुरी दिएपछि निजले प्रविष्ट गरेको विवरण सत्य, पूर्ण र अद्यावधिक रहेको मानिनेछ।

(३) परिवारमूलीले परिवारका सदस्यहरूको विवरण प्रविष्ट गर्दा निजले परिवारका सदस्यको सहमति प्राप्त गरेको मानिनेछ।

(४) दर्ता सहयोगीले आवेदन भर्दा सम्बन्धित परिवारमूली वा बीमितको सहमति लिएको हुनुपर्नेछ।

(५) विद्युतीय मञ्जुरीनामा audit trail मा सुरक्षित रहनेछ।

१२. **पहुँच अधिकार** : (१) प्रणालीमा भूमिकाका आधारमा पहुँच नियन्त्रण लागू हुनेछ।

(२) कुनै प्रयोगकर्ताले आफ्नो जिम्मेवारी र अधिकारभन्दा बाहिरको विवरण हेर्न, परिवर्तन गर्न, डाउनलोड गर्न, प्रतिलिपि गर्न वा प्रयोग गर्न पाउने छैन।

(३) दर्ता सहयोगीले आफूले प्रविष्ट गरेका वा आफुलाई तोकिएको क्षेत्रका आवेदन मात्र हेर्न सक्नेछ।

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड टेकु, काठमाडौं २०७४

नि. कार्यकारी निर्देशक

(४) दर्ता अधिकारीले सम्बन्धित जिल्लाका आवेदन मात्र प्रमाणित गर्न सक्नेछ।

(५) प्रदेश संयोजकले सम्बन्धित प्रदेशका प्रमाणित आवेदन सामुहिक स्वीकृत गर्न सक्नेछ।

(६) कार्यकारी निर्देशकले आवश्यकता अनुसार super admin, audit user, report user वा अन्य role निर्धारण गर्न सक्नेछ।

परिच्छेद-५

विद्युतीय माध्यमबाट स्वास्थ्य बीमामा नयाँ आवद्धता

१३. **आबद्ध हुन सक्ने** : (१) स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा ऐन तथा नियमावलीबमोजिम योग्य नेपाली नागरिक तथा निजको परिवार विद्युतीय माध्यमबाट आबद्ध हुन सक्नेछन्।

(२) आबद्धता देहायका माध्यमबाट गर्न सकिनेछः

(क) प्रयोगकर्ता स्वयं,

(ख) दर्ता सहयोगी वा दर्ता अधिकारीमार्फत,

(ग) कार्यालय वा संगठित क्षेत्रमार्फत सामुहिक आवद्धता,

(घ) बोर्डले तोकेको अन्य माध्यमबाट।

१४. **आवेदन विवरण** : (१) आबद्धताका लागि आवेदन गर्दा देहायका विवरण प्रविष्ट गर्नुपर्नेछः

(क) परिवारमूलीको विवरण,

(ख) परिवारका सदस्यहरूको विवरण,

(ग) स्थायी ठेगाना,

(घ) हालको बसोबास ठेगाना,

(ङ) मोबाइल नम्बर तथा इमेल,

(च) राष्ट्रिय परिचयपत्र, नागरिकता वा जन्मदर्ता विवरण,

(छ) पारिवारिक नाता पुष्टी गर्ने आवश्यक कागजात,

(ज) लक्षित वर्ग भए सोको विवरण,

(झ) पेशा, शिक्षा, जात/जाति लगायत बोर्डले तोकेको विवरण

(ञ) विद्युतीय मञ्जुरी।

नेपाल सरकार
स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
बबरमहल, काठमाडौं
२०७४

नि. कार्यकारी निर्देशक

(२) परिवारमूलीले पेश गरेको परिवारसम्बन्धी विवरणको सत्यताप्रति निज स्वयं जिम्मेवार हुनेछ।

(३) आवेदनमा स्थायी ठेगाना अनिवार्य रूपमा उल्लेख गर्नुपर्नेछ।

(४) प्रत्येक बिमित सदस्यले अस्थायी ठेगाना अनुसार प्रथम सेवा बिन्दु छनौट गर्नुपर्नेछ।

(५) प्रथम सेवा बिन्दु परिवर्तन नवीकरणको समयमा वा बोर्डले तोकेको विशेष अवस्थामा मात्र गर्न सकिनेछ।

(६) प्रत्येक आवेदनको प्रमाणीकरण स्थायी ठेगानाको आधारमा सम्बन्धित जिल्लाको दर्ता अधिकारीबाट हुनेछ।

स्पष्टीकरण: नियमावलीमा व्यवस्था भए बमोजिम नेपाल सरकारले योगदान रकम व्यहोर्ने लक्षित वर्गको हकमा प्रत्यक्ष प्रभावित व्यक्ति परिवारमूली रहनेछ।

१५. __योगदान रकम निर्धारण__ : (१) योगदान रकम नियमावलीमा तोकिए बमोजिम हुनेछ।

(२) यस प्रणालीमा एक परिवारमा बढीमा दश जना सदस्य प्रविष्ट गर्न सकिने छ।

(३) प्रणालीले परिवार सदस्य संख्या, लक्षित वर्ग, संगठित क्षेत्र, योगदान श्रेणी वा बोर्डले तोकेको आधारमा योगदान रकम स्वतः गणना गर्नेछ।

(४) प्रणालीमा देखिएको योगदान रकम भुक्तानी गरेपछि मात्र आवेदन प्रक्रिया सुरू हुनेछ।

(५) योगदान रकम नलाग्ने वा नेपाल सरकारबाट व्यहोरिने लक्षित वर्गको हकमा प्रणालीले subsidy flag कायम गर्नेछ।

१६. __आवेदन मिति__ : (१) योगदान रकम भुक्तानी गर्नुपर्ने आवेदनको हकमा भुक्तानी सफल भइ आवेदन पेश भएको मितिलाई आवेदन मिति मानिनेछ। तर योगदान रकम नलाग्ने लक्षित वर्गको हकमा प्रणालीमा आवेदन successfully submit भएको मिति आवेदन मिति मानिनेछ।

(२) आवेदकले आवेदन draft वा योगदान रकम भुक्तानी भई नसकेको अवस्थामा आवेदन पेश भएको मानिने छैन ।

(३) Payment gateway बाट भुक्तानी पुष्टि भएपछि मात्र आवेदन सम्बन्धित जिल्लाको दर्ता अधिकारीसमक्ष प्रमाणीकरण का लागि पुग्नेछ।

(४) भुक्तानी विवरण OpenIMIS तथा financial reconciliation module मा सुरक्षित रहनेछ।

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बबरमहल, काठमाडौं २०७४

नि. कार्यकारी निर्देशक

१७. <u>जिल्ला तह प्रमाणीकरणः</u> (१) भुक्तानी पुष्टि भएपछि पेश भएको आवेदन स्थायी ठेगानाको आधारमा सम्बन्धित जिल्लाको दर्ता अधिकारीसमक्ष स्वतः पुग्नेछ।

(२) दर्ता अधिकारीले आवेदन कागजात, KYC Update अवस्था, दोहोरो आवद्धता, परिवार विवरण, लक्षित वर्ग प्रमाण, प्रथम सेवा बिन्दु लगायतका अत्यावश्यक विवरण रुजु गर्नुपर्नेछ।

(३) काबु बाहिरको परिस्थिति बाहेक दर्ता अधिकारीले आवेदन प्राप्त भएको मितिले तीन कार्यदिनभित्र प्रमाणीकरण सम्पन्न गर्नुपर्नेछ।

(४) आवेदनमा कुनै त्रुटि देखिएमा दर्ता अधिकारीले आवेदन सुधारका लागि फिर्ता पठाउन, थप कागजात माग गर्न वा कारणसहित अस्वीकृत गर्न सक्नेछ।

(५) प्रमाणित आवेदन प्रदेश संयोजकको approval dashboard मा पठाइनेछ।

१८. <u>प्रदेश तह सामुहिक स्वीकृती</u> : (१) दर्ता अधिकारीबाट प्रमाणित भई पेश भएका आवेदनहरु रुजु गरी प्रदेश संयोजकले सामुहिक स्वीकृती गर्न सक्नेछ।

(२) प्रदेश संयोजकले नमूना परीक्षण, duplicate flag, subsidy flag तथा payment reconciliation हेरी आवेदन गर्नुपर्नेछ।

(३) गंभीर त्रुटि देखिएमा प्रदेश संयोजकले आवेदन पुनः दर्ता अधिकारीसमक्ष फिर्ता पठाउन सक्नेछ।

(४) प्रदेश संयोजकबाट आवेदन approval भएपछि बिमितको बीमालेख सिर्जना हुनेछ।

१९. <u>बीमालेख सिर्जना</u> : (१) प्रदेश संयोजकबाट approval भएपछि प्रणालीले बिमित परिवार र त्यसअन्तर्गतका सदस्यको बीमालेख नम्बर स्वतः सिर्जना गर्नेछ।

(२) सिर्जना भएको बीमालेख OpenIMIS मा active waiting status मा रहनेछ।

(३) बीमालेख सिर्जना भएको सूचना SMS, email, portal notification वा अन्य माध्यमबाट बीमित वा दर्ता सहयोगीलाई दिन सकिनेछ।

(४) बीमालेखको डिजिटल कार्ड, QR code वा policy certificate प्रणालीबाट डाउनलोड गर्न सकिने व्यवस्था बोर्डले मिलाउन सक्नेछ।

(५) आवेदन फारम र बीमालेख डिजिटल कार्ड डाउनलोड गरी सुरक्षित राख्ने जिम्मेवारी स्वयम बिमितको हुनेछ।

२०. <u>बीमालेख सक्रिय हुने मिति</u> : (१) नयाँ आबद्धताको हकमा आवेदन मितिको महिनालाई आधार महिना मानिनेछ।

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बबरमहल, काठमाडौं २०७४

नि. कार्यकारी निर्देशक

(२) आधार महिनापछिको एक पूरा महिना waiting period हुनेछ।

(३) Waiting period समाप्त भएपछि आउने महिनाको पहिलो दिन बीमालेख सक्रिय हुनेछ।

<u>स्पष्टीकरण:</u> उदाहरणका लागि, असार महिनामा भुक्तानी भई आवेदन भएको भए असार आधार महिना, साउन waiting period र भदौ १ गतेदेखि बीमालेख सक्रिय हुनेछ।

(४) बोर्डले ऐन, नियमावली वा नीतिगत निर्णयका आधारमा waiting period मा आवश्यक संशोधन गर्न सक्नेछ।

परिच्छेद-६

बीमालेख नवीकरण सम्बन्धी व्यवस्था

२१. <u>नवीकरण गर्न सकिने</u> : (१) स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध बीमित परिवारले स्वयं, दर्ता सहयोगी, कार्यालय वा संगठित क्षेत्रमार्फत बीमालेख नवीकरण गर्न सक्नेछ।

(२) कार्यविधि लागु भएपश्चात नवीकरण विद्युतीय प्रणालीमार्फत गरिनेछ।

(३) नवीकरण गर्दा बोर्डले अनिवार्य गरेका विवरण वा परिवार विवरण, परिवार सङ्ख्या, ठेगाना, सम्पर्क नम्बर, लक्षित वर्ग अवस्था, प्रथम सेवा बिन्दु तथा अन्य विवरण अद्यावधिक गर्नुपर्नेछ।

२२. <u>नियमित नवीकरण</u> : (१) बोर्डले बीमालेखको म्याद समाप्त हुनुभन्दा कम्तीमा एक महिना अगाडि SMS, email, portal notification वा दर्ता सहयोगीमार्फत नवीकरण सूचना दिन सक्नेछ।

(२) म्याद समाप्त हुनुअगावै बीमालेखको नियमित नवीकरण गरी निरन्तरता कायम राख्नु बिमितको दायित्व हुनेछ।

(३) नियमित नवीकरणमा नयाँ waiting period लागू हुने छैन।

(४) नियमित नवीकरण भएको सूचना प्रणालीमार्फत बीमितलाई उपलब्ध गराइनेछ।

२३. <u>म्याद समाप्त भएपछि नवीकरण</u> : (१) बीमालेखको म्याद समाप्त भएपछि नवीकरण गरेमा त्यस्तो नवीकरणलाई विलम्ब नवीकरण मानिनेछ।

(२) विलम्ब नवीकरणमा बोर्डले तोकेबमोजिम विलम्ब शुल्क वा अतिरिक्त योगदान रकम लगाउन सक्नेछ।

नि. कार्यकारी निर्देशक

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बबरमहल, काठमाडौं २०७४

(३) म्याद समाप्त भएको बीमालेख पुन: सक्रिय हुने मिति नयाँ आबद्धताको सक्रियता नियमअनुसार वा बोर्डले तोकेको नवीकरण नियमअनुसार हुनेछ।

(४) विलम्ब नवीकरण गर्दा योगदान गर्ने परिवारको हकमा भुक्तानी भएको मिति र लक्षित वर्गको हकमा successfully submit भएको मितिलाई आवेदन मिति मानिने छ।

(५) बोर्डले नवीकरणलाई नियमित बनाउन विलम्ब शुल्क लगाउन सक्नेछ।

(६) नियमित रूपमा नवीकरण गर्ने बीमितलाई बोर्डले योगदान रकम सहुलियत, वा सह-भुक्तानीमा छुट दिन सक्नेछ।

(७) अनावश्यक परीक्षण रोक्न नियमित रूपमा नवीकरण गर्ने बीमितका लागि बोर्डले तोकेबमोजिमको बीमा सुविधा रकम सञ्चित हुने व्यवस्था मिलाउन सक्नेछ।

परिच्छेद-७

सामुहिक आवद्धतार सामुहिक नवीकरण सम्बन्धी व्यवस्था

२४. सामुहिक आवद्धता गर्न सकिने : (१) दर्ता सहयोगी वा कुनै कार्यालय / संगठित क्षेत्रले आफ्ना क्षेत्रका नागरिक, कर्मचारी र निजका आश्रित परिवारलाई प्रणालीमार्फत एकिकृत रूपमा सामुहिक आवद्धता गर्न सक्नेछ।

(२) योगदान रकम सङ्कलन पश्चात सामुहिक आवद्धता कार्य सुरू गरेको हकमा ७ (सात) दिनभित्र भुक्तानी तथा आवेदन प्रक्रिया सम्पन्न गरीसक्नु पर्नेछ।

(३) सामुहिक आवद्धताका लागि कार्यालय / संगठित क्षेत्रका प्रतिनिधिले प्रणालीमा authorized user का रूपमा दर्ता हुनुपर्नेछ।

(४) सामुहिक आवद्धताको हकमा एकमुष्ट योगदान रकम भुक्तानी गर्नुपर्नेछ र सो पश्चात मात्र आवेदन प्रमाणीकरणका लागि पठांइनेछ र सोही भुक्तानी मितिलाई आवेदन मिति मानिनेछ।

२५. सामुहिक नवीकरण : (१) दर्ता सहयोगी वा कुनै कार्यालय / संगठित क्षेत्रले कर्मचारी तथा परिवारको बीमालेख सामुहिक नवीकरण गर्न सक्नेछ।

(३) योगदान रकम सङ्कलन पश्चात सामुहिक नवीकरण कार्य सुरू गरेको हकमा ३ (तीन) दिनभित्र भुक्तानी तथा आवेदन प्रक्रिया सम्पन्न गरीसक्नु पर्नेछ।

२६. कर्मचारी आबद्धता : (१) सरकारी निकाय, सार्वजनिक संस्था, प्रतिष्ठान, संगठित क्षेत्रका रोजगारदाता, निजी कम्पनी, सहकारी संस्था, गैरसरकारी संस्था वा अन्य कुनै संस्थामा कार्यरत

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड टेकु, काठमाडौं २०७४

नि. कार्यकारी निर्देशक

कर्मचारी तथा निजका परिवार सदस्यलाई सम्बन्धित संस्थाको अभिलेख वा विद्युतीय प्रणालीमा अन्तरआवद्ध गरी स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गर्न सकिनेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम अन्तरआवद्धता गर्दा बोर्डले सम्बन्धित संस्था वा त्यसको सूचना प्रणालीसँग आवश्यक सम्झौता वा अन्य कानुनी व्यवस्था गर्न सक्नेछ।

(३) आबद्ध भएका कर्मचारीहरुको हकमा सम्बन्धित कार्यालयले नियमावलीको नियम (३) को उपनियम (३) बमोजिम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गराउन सक्नेछ।

(४) उपदफा (३) बमोजिमको परिवारका सदस्यको विवरण, नाता सम्बन्ध, परिचय विवरण तथा अन्य आवश्यक जानकारी कर्मचारीबाट उपलब्ध गराइएको विवरणका आधारमा प्रणालीमा प्रविष्ट गर्नुपर्नेछ।

(५) कर्मचारी तथा निजको परिवारको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमको योगदान रकम सम्बन्धित रोजगारदाता संस्था, कार्यालय वा निकायले तोकिए बमोजिम व्यहोर्ने छ।

(६) पेशागत विवरण, पारिश्रमिक वा योगदान रकम निर्धारणसँग सम्बन्धित आधारभूत विवरण सम्बन्धित संस्था वा कार्यालयले एकिन गर्नुपर्नेछ।

(७) बोर्डले अन्तरआबद्धता सम्बन्धी प्राविधिक मापदण्ड, डेटा सुरक्षा, गोपनीयता, प्रमाणीकरण तथा अभिलेख व्यवस्थापन सम्बन्धी आवश्यक व्यवस्था तोक्न सक्नेछ।

परिच्छेद-८

लक्षित वर्ग तथा योगदान रकम सरकारबाट व्यहोरिने व्यवस्था

२७. **लक्षित वर्गको आबद्धता**: (१) ऐन, नियमावली वा नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार, स्थानीय तह वा बोर्डले तोकेको लक्षित वर्गका व्यक्ति तथा परिवार विद्युतीय माध्यमबाट आबद्ध वा नवीकरण हुन सक्नेछन्।

(२) लक्षित वर्गको हकमा स्थानीय तह, आवेदक स्वयं वा बोर्डले तोकेको निकाय वा व्यक्तिमार्फत गर्न सकिनेछ।

(३) लक्षित वर्गको विवरण प्रणालीमा subsidy category का रूपमा कायम हुनेछ।

२८. **आवश्यक कागजात**: (१) लक्षित वर्गको हकमा देहायका कागजात आवश्यक पर्न सक्नेछ:

(क) राष्ट्रिय परिचयपत्र वा नागरिकता प्रमाणपत्र,

(ख) जन्मदर्ता प्रमाणपत्र,

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बबरमहल, काठमाडौं २०७४

नि. कार्यकारी निर्देशक

(ग) स्थानीय तहबाट परिवार संख्या खुल्ने प्रमाण,

(घ) अति गरिब परिचयपत्र,

(ङ) अपाङ्गता परिचयपत्र,

(च) रोग पुष्टि हुने प्रमाणपत्र,

(छ) ज्येष्ठ नागरिकको उमेर खुल्ने प्रमाण,

(ज) महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका परिचयपत्र,

(झ) बोर्डले तोकेको अन्य प्रमाण।

(२) प्रणालीमा आवद्ध हुन लक्षित वर्गसँग सम्बन्धित आवश्यक कागजात अपलोड गर्नुपर्नेछ।

परिच्छेद-९

परिवार सदस्य थपघट तथा परिवर्तन

२९. **परिवार सदस्य थपघट** : (१) विवाह, जन्म, मृत्यु, अंशबन्डा, बसाइँसराइ, सम्बन्ध विच्छेद, परिवार छुट्टिने वा अन्य कानूनी कारणले परिवार सदस्य थपघट गर्न सकिनेछ।

(२) परिवार सदस्य थपघट गर्दा आवश्यक प्रमाण प्रणालीमा अपलोड गर्नुपर्नेछ।

(३) दर्ता अधिकारीले प्रमाण रुजु गरी उपयुक्त देखिएमा विवरण अद्यावधिक गर्नेछ।

(४) परिवार सदस्य थप हुँदा योगदान रकम थप लाग्ने भए प्रणालीले स्वतः गणना गर्नेछ।

(५) परिवारमूलीले सदस्य निष्कृय गर्न आवश्यक ठानेमा प्रणालीमार्फत अनुरोध गर्न सक्नेछ।

(६) विवाह, अंशबन्डा, सम्बन्ध विच्छेद वा अन्य कानूनी कारणले परिवार संरचना/सङ्ख्या परिवर्तन गर्न आवश्यक भएमा सम्बन्धित जिल्ला सम्पर्क कार्यालयमा निवेदन दिनुपर्नेछ।

(७) नवजात शिशुको हकमा जन्मेको तीन महिनाभित्र नवजात शिशुको जन्मदर्ता र अन्य विवरण प्रणालीमा अद्यावधिक गर्नुपर्नेछ र निजले नियमावलीमा तोकिए बमोजिम सेवा प्राप्त गर्नेछ।

३०. **विवरण सच्याउने** : (१) प्रणालीमा एकपटक प्रमाणित भएको विवरण मनोमानी रूपमा परिवर्तन गर्न पाइने छैन।

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बबरमहल, काठमाडौं २०७४

नि. कार्यकारी निर्देशक

(२) नामको ह्रस्व-दीर्घ, जन्ममिति, ठेगाना, सम्पर्क नम्बर, परिवार सम्बन्ध वा अन्य सामान्य त्रुटि प्रमाणका आधारमा सच्याउन सकिनेछ।

(३) विवरण सच्याउन बीमित स्वयं वा दर्ता सहयोगीमार्फत निवेदन दिन सक्नेछ।

(४) विवरण परिवर्तनबाट अनुचित लाभ, सेवा दुरुपयोग वा योगदान रकममा प्रभाव पार्ने अवस्था देखिएमा दर्ता अधिकारीले आवेदन अस्वीकार गर्न सक्नेछ।

३१. **प्रथम सेवा बिन्दु परिवर्तन** : (१) प्रथम सेवा बिन्दु सामान्यतया नवीकरणको समयमा परिवर्तन गर्न सकिनेछ।

(२) प्रथम सेवा विन्दु सम्बन्धी अन्य व्यवस्था बोर्डले तोके बमोजिम हुनेछ।

परिच्छेद-१०

योगदान रकम, विद्युतीय भुक्तानी, लेखा रुजु तथा प्रोत्साहन भत्ता

३२. **योगदान रकम** : (१) स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धता तथा नवीकरण गर्दा लाग्ने योगदान रकम ऐन, नियमावली वा बोर्डले तोकेबमोजिम हुनेछ।

(२) प्रणालीले परिवार सदस्य संख्या, लक्षित वर्ग, कार्यालयगत योगदान, संगठित क्षेत्र, विलम्ब शुल्क वा अन्य आधारमा योगदान रकम गणना गर्नेछ।

(३) योगदान रकम गणना सम्बन्धी विवाद भएमा बोर्डको निर्णय अन्तिम हुनेछ।

३३. **विद्युतीय भुक्तानी** : (१) योगदान रकम बोर्डले स्वीकृत गरेको विद्युतीय भुक्तानी माध्यमबाट बुझाउनुपर्नेछ।

(२) प्रत्येक भुक्तानीका लागि unique transaction ID, application ID वा receipt number सिर्जना हुनेछ।

(३) भुक्तानी सफल भएको सूचना बीमा आवद्दता तथा नवीकरण प्रणालीमा प्राप्त भएपछि आवेदन processing मा जानेछ।

(४) भुक्तानी असफल, pending वा reversed भएको अवस्थामा आवेदन unpaid वा failed status मा रहनेछ।

(५) भुक्तानीसँग सम्बन्धित विवरण लेखा शाखा, बैंक statement र OpenIMIS payment module सँग मिलान गरिनेछ।

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बबरमहल, काठमाडौं २०७४

नि. कार्यकारी निर्देशक

(६) दोहोरो भुक्तानी वा payment gateway error भएको अवस्थामा दोहोरो परेको रकम फिर्ता पाउन बीमित वा कार्यालयले प्रमाणसहित निवेदन दिन सक्नेछ।

(७) उपदफा (६) बमोजिमको निवेदन भुक्तानी मितिले पैंतीस दिनभित्र दिनुपर्नेछ।

(८) लेखा शाखाले बैंक, payment gateway र प्रणाली विवरण रुजु गरी दोहोरो परेको रकम फिर्ता गर्नुपर्ने वा नपर्ने सिफारिस गर्नेछ।

(९) दोहोरो परेको रकम फिर्ता गर्ने निर्णय कार्यकारी निर्देशक वा निजले तोकेको अधिकारीबाट हुनेछ।

३४. **दर्ता सहयोगीको प्रोत्साहन भत्ता :** (१) दर्ता सहयोगीमार्फत भएको बीमालेख सम्बन्धी आवद्धता वा नवीकरणको विवरण प्रणालीमा अभिलेख हुनेछ।

(२) दर्ता सहयोगीको प्रोत्साहन भत्ता प्रणालीबाट तयार भएको report का आधारमा गणना गर्न सकिनेछ।

(३) सम्बन्धित दर्ता अधिकारीले report रुजु गरी प्रदेश कार्यालयमार्फत बोर्डको आर्थिक प्रशासन शाखामा पठाउनेछ।

(४) आर्थिक प्रशासन शाखाले प्राप्त विवरण रुजु गरी नियमानुसारको प्रोत्साहन भत्ता भुक्तानी प्रक्रिया अघि बढाउनेछ।

(५) झुट्टा वा duplicate enrollment मार्फत प्रोत्साहन भत्ता दाबी गरेको पाइएमा भत्ता रोक्का, असुलउपर तथा कारबाही हुनेछ।

परिच्छेद-११

प्रमाणीकरण, Approval तथा कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन

३५. **प्रमाणीकरण समयसीमा :** (१) दर्ता अधिकारीले प्राप्त आवेदन काबु बाहिरको परिस्थिति बाहेक तीन कार्यदिनभित्र verify गर्नुपर्नेछ।

(२) थप कागजात माग गरि आवेदन फिर्ता पठाईएको अवस्थामा आवेदकले कागजात पेश गरेको मितिबाट पुनः समयसीमा गणना हुनेछ।

(३) प्रणालीले pending, returned, प्रमाणित, rejected र approved status स्पष्ट देखाउनेछ।

(४) प्रदेश संयोजकले दर्ता अधिकारीबाट प्रमाणित भएका आवेदन दैनिक नियमित रूपमा review गरी सामुहिक स्वीकृती गर्नुपर्नेछ।

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड ... काठमाडौं २०७८

नि. कार्यकारी निर्देशक

(५) प्रदेश संयोजकले अस्वीकृत वा फिर्ता पठाएको आवेदनमा कारण खुलाउनुपर्नेछ।

३६. **कार्यसम्पादन मूल्याङ्कन**: (१) बोर्डले दर्ता अधिकारी र प्रदेश संयोजकको कामलाई कार्यसम्पादन मूल्याङ्कनसँग आवद्ध गर्न सक्नेछ।

(२) बोर्डले उत्कृष्ट कार्यसम्पादन गर्ने कार्यालय, दर्ता अधिकारी वा प्रदेश संयोजकलाई प्रोत्साहन वा पुरस्कार प्रदान गर्न सक्नेछ।

(३) लगातार लापरवाही गर्ने वा गलत प्रमाणीकरण गर्ने अधिकारीमाथि प्रचलित कानूनबमोजिम कारबाही गर्न सकिनेछ।

परिच्छेद-१२
निकायगत भूमिका तथा डाटा सुरक्षा मापदण्ड

३७. **सेवा प्रदायक संस्थाको भूमिका**: सेवा प्रदायक संस्थाको भूमिका देहायबमोजिम हुनेछः

(क) वीमितको policy status प्रणालीबाट रुजु गर्ने,

(ख) सक्रिय बीमितलाई तोकिएबमोजिम सेवा दिने,

(ग) दाबी विवरण OpenIMIS वा बोर्डले तोकेको प्रणालीमा प्रविष्ट गर्ने,

(घ) नवजात शिशु सम्बन्धी सेवा प्रदान गर्दा policy status रुजु गर्ने,

(ङ) बीमितको वैयक्तिक विवरण गोप्य राख्ने।

३८. **बोर्डको भूमिका**: विद्युतीय माध्यमवाट स्वास्थ्य बीमा आवद्दता तथा नवीकरण प्रणाली सञ्चालनका लागि विभिन्न प्रयोगकर्ताको काम कर्तव्य र अधिकार बोर्डले तोकेबमोजिम हुनेछ।

३९. **डेटा गोपनीयता**: (१) प्रणालीमा रहेको वैयक्तिक, जैविक, स्वास्थ्य, आर्थिक, पेशागत वा पारिवारिक विवरण गोप्य रहनेछ।

(२) सम्बन्धित व्यक्तिको मञ्जुरी वा प्रचलित कानूनबमोजिम बाहेक कुनै पनि विवरण तेस्रो पक्षलाई उपलब्ध गराइने छैन।

(३) बोर्ड, कर्मचारी, दर्ता सहयोगी, कार्यालय प्रतिनिधि वा सेवा प्रदायकले प्राप्त विवरण स्वास्थ्य बीमा प्रयोजनवाहेक प्रयोग गर्न पाउने छैन।

४०. **सुरक्षा मापदण्ड**: (१) प्रणाली सञ्चालन गर्दा देहायका सुरक्षा मापदण्ड पालना गर्नुपर्नेछः

(क) SSL वा encryption, secure login, र role-based access control,

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड काठमाडौं

नि. कार्यकारी निर्देशक

(ख) firewall, antivirus र server hardening,

(ग) regular backup र disaster recovery plan,

(घ) log monitoring र periodic security audit,

(ङ) अन्य आवश्यक मापदण्ड।

(२) प्रणालीको कम्तिमा प्रत्येक दुई वर्षमा security audit वा system audit गरिनेछ।

(३) गम्भीर सुरक्षा जोखिम देखिएमा बोर्डले प्राथमिकताका साथ आवश्यक कार्य गर्नुपर्नेछ।

४१. **Audit Trail :** (१) प्रणालीमा हुने प्रत्येक महत्वपूर्ण कार्यको audit trail रहनेछ।

(२) Audit trail मा कम्तीमा user ID, role, IP address, date, time, action type, old value, new value र reason log जस्ता विषय समावेश हुनुपर्नेछ।

(३) Audit trail हटाउन, परिवर्तन गर्न वा नष्ट गर्न पाइने छैन।

(४) Audit trail गुनासो, अनुसन्धान, असुलउपर वा अनुशासन कारबाहीमा प्रमाणका रूपमा प्रयोग गर्न सकिनेछ।

परिच्छेद-१४

उजुरी, कसूर, कारबाही तथा असुलउपर

४२. **उजुरी व्यवस्था :** (१) बीमित, कार्यालय, दर्ता सहयोगी वा सेवा प्रदायकले प्रणाली, भुक्तानी, प्रमाणीकरण, policy generation, service activation वा विवरण त्रुटिसम्बन्धी उजुरी दिन सक्नेछ।

(२) उजुरी online portal, हेल्पडेस्क, जिल्ला कार्यालय, प्रदेश कार्यालय वा बोर्डमा दिन सकिनेछ।

(३) उजुरी प्राप्त भएको मितिले सात कार्यदिनभित्र प्रारम्भिक सम्बोधन गर्नुपर्नेछ।

(४) जटिल उजुरीको हकमा कारण जनाई थप समय लिन सकिनेछ।

४३. **गलत विवरण वा दुरुपयोग :** (१) कसैले झुट्टा विवरण, नक्कली कागजात, गलत राष्ट्रिय परिचयपत्र नम्बर, गलत नागरिकता वा जन्मदर्ता विवरण, गलत परिवार सदस्य, झुट्टा लक्षित वर्ग विवरण वा duplicate identity प्रयोग गरी स्वास्थ्य बीमा सुविधा लिन खोजेमा वा लिएमा त्यस्तो कार्य कसूर मानिनेछ।

(२) त्यस्तो अवस्थामा बीमालेख रोक्का, निष्क्रिय, रद्द वा सेवा स्थगन गर्न सकिनेछ।

नि. कार्यकारी निर्देशक

(३) गलत विवरणका आधारमा सेवा उपयोग भएको पाइएमा बोर्डले सेवा प्रदायकलाई भुक्तानी गरेको रकम बिगो कायम गरी सम्बन्धित व्यक्ति वा परिवारबाट प्रचलित कानून बमोजिम असुलउपर गर्न सक्नेछ।

(४) बोर्डले आवश्यक ठानेमा प्रचलित कानूनबमोजिम थप कारवाही गर्न सक्नेछ।

४४. अनधिकृत पहुँच वा डेटा दुरुपयोग : (१) कुनै प्रयोगकर्ताले अनधिकृत रूपमा प्रणालीमा प्रवेश गरेमा, विवरण हेरेमा, परिवर्तन गरेमा, डाउनलोड गरेमा, सार्वजनिक गरेमा वा दुरुपयोग गरेमा प्रचलित कानूनबमोजिम कारबाही हुनेछ।

(२) दर्ता सहयोगी, कर्मचारी वा कार्यालय प्रतिनिधिले user ID अरूलाई प्रयोग गर्न दिएमा निज जिम्मेवार हुनेछ।

(३) बोर्डले आवश्यक परेमा user access तत्काल निलम्बन गर्न सक्नेछ।

परिच्छेद-१५
विविध

४५. प्रणाली अवरुद्ध भएमा : (१) प्रणाली अवरुद्ध भएमा बोर्डले वैकल्पिक व्यवस्था गर्न सक्नेछ।
(२) यस्तो अवस्थामा अस्थायी रूपमा offline data collection गर्न सकिनेछ, तर प्रणाली सञ्चालनमा आएपछि अनिवार्य रूपमा OpenIMIS मा data entry गर्नुपर्नेछ।
(३) प्रणाली अवरुद्ध भएको अवधि काबु बाहिरको परिस्थिति मानिने वा नमानिने निर्णय बोर्डले गर्नेछ।

४६. निर्देशिका, SOP वा Manual जारी गर्न सक्ने : (१) यो कार्यविधि कार्यान्वयन गर्न बोर्डले आवश्यक निर्देशिका, SOP, User Manual, Technical Standard, API Guideline, Payment Reconciliation Guideline वा Data Security Guideline जारी गर्न सक्नेछ।

(२) त्यस्ता निर्देशिका यस कार्यविधिसँग नबाझिने गरी लागू हुनेछन्।

४७. बाधा अड्काउ फुकाउने : यस कार्यविधि कार्यान्वयन गर्दा कुनै बाधा अड्काउ परेमा बोर्डले ऐन, नियमावली र यस कार्यविधिको उद्देश्यसँग नबाझिने गरी आवश्यक निर्णय गर्न सक्नेछ।

४८. संशोधन : बोर्डले आवश्यकता अनुसार यो कार्यविधि संशोधन गर्न सक्नेछ।

४९. प्रचलित कानूनबमोजिम हुने : यस कार्यविधिमा उल्लेख नभएका विषयहरू ऐन, नियमावली, बोर्डका निर्णय तथा प्रचलित कानूनबमोजिम हुनेछन्।

नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड बबरमहल, काठमाडौं २०६४

नि. कार्यकारी निर्देशक

५०. <u>खारेजी तथा बचाउ</u> : (१) यसअघि विद्युतीय आबद्धता, नवीकरण, सूचना प्रविधि सञ्चालन वा संगठित क्षेत्र आबद्धतासम्बन्धी जारी भएका व्यवस्था यस कार्यविधिसँग बाझिएको हदसम्म स्वतः निष्क्रिय हुनेछन्।

(२) विद्युतीय माध्यमबाट स्वास्थ्य बीमामा आबद्दता सम्बन्धी कार्यविधि, २०८१ खारेज गरिएको छ।

(३) विद्युतीय माध्यमबाट स्वास्थ्य बीमामा आबद्दता सम्बन्धी कार्यविधि, २०८१ भए गरेका काम कारवाही यसै कार्यविधि बमोजिम भए गरेको मानिने छ।

नि. कार्यकारी निर्देशक