

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा थप एक लाख सम्मको सुविधा उपलब्ध गराउने सम्बन्धी

कार्यविधि, २०८२

बोर्ड बैठकबाट स्वीकृत मिति

२०८२।०३।२६

प्रस्तावना

स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ को नियम १७ को (२) को खण्ड (घ) सम्बन्धीको व्यवस्थालाई कार्यान्वयन गर्न स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ को दफा ४१ को अधिकार प्रयोग गरी 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 नियमावलीको अनुसूची-६ मा उल्लेखित रोगहरु मध्ये कुनै एक रोग निदान भएका स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्ध व्यक्ति 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 रोगहरुको उपचारको क्रममा नियमावलीको नियम १७ (घ) बमोजिम थप एक लाख रुपैया सम्मको सुविधा प्राप्त गर्नेछन्।
४. विवरण पेश गर्नु पर्ने: (१) बीमितले दफा ३ बमोजिमको थप सुविधा प्राप्त गर्न कार्यक्रममा आवद्ध हुँदा वा नविकरण गर्दा वा 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;

- (घ) नेपाली नगरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्रको प्रतिलिपि;
 (ङ) नाबालकको हकमा नाबालक परिचय पत्र।
 (२) बीमितले उपदफा (१) बमोजिमको विवरण निम्न माध्यमबाट पेश गर्न सक्नेछन्:-
 (क) दर्ता अधिकारी मार्फत; वा
 (ख) विद्युतीय 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।
 तर बीमित व्यक्ति परिवार सदस्यबाट एकलै भएको भनि स्थानीय तहबाट सिफारिस भएमा नियमावलीको नियम १७ को उपनियम (२) को खण्ड (ग) बमोजिम सुविधा प्रयोग गरी अपुग भए पश्चात यो कार्यविधि बमोजिमको सुविधा प्राप्त गर्न सकिनेछ।
 (३) यस कार्यविधि बमोजिमको सुविधा तथा सुविधाका दररेट बोर्डको “सुविधा थैली अन्तर्गतका सेवा सुविधाहरूको परिमार्जित दररेट, २०८१” 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।

अनुसूची-१

(दफा ४ को १ को (क) सँग सम्बन्धित)

थप सुविधा प्राप्त गर्न निवेदनको ढाँचा

मिति:.....

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:

अनुसूची-२

(दफा ४ को १ को (ख) सँग सम्बन्धित)

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

मिति:.....

श्रीगाउँपालिका/नगरपालिका/ उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका

विषय: प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा

उपरोक्त विषयमा गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका
वडा नं.....गाउँ/टोल स्थायी ठेगाना भएको वर्षको..... राष्ट्रिय
परिचयपत्र नं/नागरिकता प्रमाणपत्र नं / जन्मदर्ता प्रमाणपत्र नं (१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको हकमा)
श्री को सम्पर्क नं..... ,रोग निदान भएको भनि
..... अस्पतालको पुर्जी/कागजातहरुको विवरण जाँचबुझ गरी प्रमाणित गर्दछु।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको

दस्तखत:

पुरा नाम थर:

दर्जा:

नेपाल मेडिकल काउन्सिल नं:

संस्थाको छाप:

अनुसूची-३

(दफा ४ को १ को (ग) सँग सम्बन्धित)

स्थानीय तहले स्वास्थ्य बीमा बोर्डलाई गर्ने सिफारिसको ढाचा

मिति:.....

श्री स्वास्थ्य बीमा बोर्ड, जिल्ला सम्पर्क शाखा कार्यालय

..... ।

विषय: सिफारिस सम्बन्धमा ।

उपरोक्त विषयमा..... गाउँपालिका/नगरपालिका/उपमहानगरपालिका/महानगरपालिका वडा नं
.....टोल/गाँऊ.....मा स्थायी बसोबास भएका श्री ले
.....रोगको उपचार गराईरहेको चिकित्सकको सिफारिस समेतका आधारमा निवेदन प्राप्त
भएको हुँदा स्वास्थ्य बीमामा आवद्धता प्रयोजनका लागि सिफारिस गर्दछु ।

.....

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत
स्थानीय तहको नाम