



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड



पत्र संख्या : २०६०/०६८

चलानी नं.: ११६२

फोन नं. : ०१-४१००२२३

टोल फ्री : १६६००११२२४

टेकु, काठमाडौं

मिति: २०७९/०९/२२

विषय:- दावी गर्दा आवश्यक पर्ने कागजात तथा प्रक्रिया सम्बन्धमा ।

श्री सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरु, सबै ।

उपरोक्त सम्बन्धमा सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुले वीमितहरुलाई सहज रुपमा सेवा प्रदान गरी रहनुका साथै सेवा प्रदान गर्दा आवश्यक पर्ने कागजातहरु संलग्न राखी दावी गरी रहनु भएकोमा यस वीमा बोर्डको तर्फबाट धन्यवाद दिन चाहन्छु । तथापि कतिपय सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुले वीमितलाई सेवा उपलब्ध गराउँदा लाग्ने खर्च अनुसारको वील नदिने गरेको भन्ने जनगुनासो आउनुका साथै स्वास्थ्य बीमा बोर्डमा भुक्तानीको लागि वीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (open IMIS) मा पेश गर्नु पर्ने कागजातहरु नपुग भई दावी पुनरावलोकन गर्दा दावी अनुसारको रकममा अन्यथा हुन सक्ने भएकोले तपसिल बमोजिमका आवश्यक कागजातका साथै अन्य विषयवस्तुहरुको उचित व्यवस्थापन गरी दावी पुनरावलोकन प्रक्रियालाई सहजीकरण गरिदिनका लागि सम्बन्धित सबैमा हार्दिक अपिल गर्दछु । अन्यथा दावी अनुसार पूर्ण भुक्तानीमा बाधा पर्ने व्यहोरा यस बोर्डको मिति २०७९/०९/२२ को निर्णय अनुसार अनुरोध छ ।

तपसिल

१. विरामीको रजिष्ट्रेसन गर्दा नाम, थर, उमेर, ठेगाना, क्लेम कोड, वीमा नंबर (NSHI) र वीमितको मोबाइल नंबर अनिवार्य रुपमा उल्लेख हुनुपर्ने ।
२. पुरा विवरण सहितको ओ.पि.डि. टिकट अनिवार्य समावेश गर्नुपर्ने ।
३. अन्तरंग सेवाको हकमा ओ.पि.डि. र इमरजेन्सी टिकट र भर्ना फारम अनिवार्य समावेश गर्नुपर्ने ।
४. रेफरको हकमा अनिवार्य रेफरल सीट समावेश हुनुपर्ने र आधिकारिकता खुल्ने गरी रेफरल सिटमा दस्तखत र काउन्सिल नंबर लेख्नु पर्ने ।
५. प्रेषण सेवा अन्तर्गत उपचार दिइएका वीमितहरुको अनिवार्य रेफरल कार्ड समावेश गर्नुपर्ने । फलो-अप भएमा अधिल्लो क्लेम कोड नंबर समावेश गरी विवरण उल्लेख गर्नुपर्ने र यस अघिको रेफरल सिट पनि समावेश गर्नुपर्ने ।
६. फार्मसी र प्रयोगशाला, सेवा लगायतका अन्य सेवाहरुको अनिवार्य विल समावेश गर्नुपर्ने र परिमाण र मूल्य खुलेको आधिकारिक वील (सहीछाप भएको) वा डिजिटल वील समावेश गर्नुपर्ने ।
७. Procedure को क्लेम गर्दा Procedure note, अप्रेसन: Minor /Major के हो ? स्पस्ट छुट्याई दावी गर्नुपर्ने ।

(रूपमा)



नेपाल सरकार

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड



पत्र संख्या :

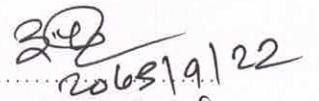
चलानी नं.:

फोन नं. : ०१-४१००२२३

टोल फ्री : १६६००१११२२४

टेकु, काठमाडौं

८. विरामी जाँच गरेको कागजमा चिकित्सक/स्वास्थ्यकर्मीको दस्तखत र काउन्सिल नं. अनिवार्य रूपमा उल्लेख हुनुपर्ने।
९. केही स्वास्थ्य सेवा प्रदायकबाट दावी गर्दा On request, proxy visit र General checkup जस्ता विषय उल्लेख भएको विवरणको आधारमा स्वास्थ्य बीमा बोर्डबाट भुक्तानी गर्न नमिल्ने।
१०. क्यान्सर र डाइलासिस सेवा उपलब्ध गराउने अस्पतालबाट उक्त सेवाहरूको हकमा प्रथम पटक प्रेषण भए पश्चात सोही रोगको उपचारका लागि पटक-पटक प्रेषण पुर्जा आवश्यक नपर्ने।
११. नेपाल सरकारद्वारा निःशुल्क सेवा सञ्चालनका लागि स्वीकृत स्वास्थ्य संस्थाबाट त्यस्ता सेवा वापतको रकम यस बोर्डमा दावी नगर्ने (जस्तै: आमा सुरक्षा कार्यक्रम, नवजात शिशु उपचार कार्यक्रमको लागि NICU र SNCU लागू भएका संस्थाहरू)
१२. ICU/NICU/CCU मा भर्ना भएमा complete nursing chart प्रत्येक दिनको समावेश गरेको हुनुपर्ने।
१३. अपरेसन गरेको खण्डमा अनिवार्य OT note र discharge summary अनिवार्य समावेश हुनुपर्ने।
१४. Discharge भएपछि Discharge Summary Sheet समावेस गर्नुपर्ने।
१५. भर्ना हुँदा लागेको खर्चको वील अनिवार्य रूपमा समावेश गर्नुपर्ने। साथै डिस्चार्ज हुँदाका वखतको औषधीको वील छुट्टै राख्नुपर्ने।
१६. अप्रेसनको हकमा Pre Operative Investigation सर्जरीले कभर गर्ने हुँदा छुट्टै प्याकेज बनाई दावी नगर्ने।
१७. विरामी LAMA केसको हकमा मिति प्रमाणित गरी समावेश गर्ने।
१८. आँखा सेवाको हकमा OPD र Emergency को लागि क्रमशः रु. १४०/- र रु. १७५/- मात्र दावी गर्नुपर्ने।
१९. API बाट Documents पठाउँदा अनिवार्य रूपमा प्रेस्क्रिप्सन गरेको ओ.पि.डि., इमरजेन्सी टिकट र रेफरल कार्ड समावेश गर्नुपर्ने।
२०. PDF माफत पठाइएका Documents एउटै file मा Scroll गर्दा सबै आवश्यक कागजात आउने गरी समावेस गर्नुपर्ने।


2065/9/22

शम्भु प्रसाद जवाली

वरिष्ठ जनस्वास्थ्य प्रशासक

बोधार्थः

१. श्री सवै प्रदेश शाखा कार्यालयहरू, स्वास्थ्य बीमा बोर्ड:- माथि उल्लेख भए अनुसार आवश्यक समन्वय गर्नुहुन।
२. श्री सवै (७७) जिल्ला सम्पर्क शाखा कार्यालयहरू, स्वास्थ्य बीमा बोर्ड:- माथि उल्लेख भए अनुसार आवश्यक समन्वय गर्नुहुन।