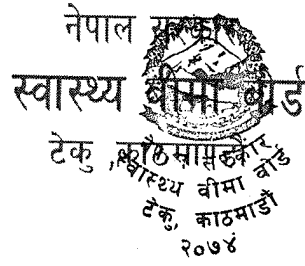




पत्र संख्या: ०७७/०७८
च.न. ८६५



०१-४१००२२३

मिति: २०७७/१२/१३

श्री सम्पूर्ण स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरु ।

विषय : विवरण उपलब्ध गराउने सम्बन्धमा ।

प्रस्तुत सम्बन्धमा तहाँ सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरु र यस बोर्ड विच विभिन्न मितिमा सेवा सम्भौता भए बमोजिम स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा वीमितहरुलाई आवश्यक पर्ने सेवा उपलब्ध गराई सहयोग गर्नु भएकोमा धन्यवाद दिदै सेवालाई अझ सहज प्रभावकारी, गुणस्तरीय तथा गुनासो रहित बनाउन अनुरोध गरिन्छ । साथै तहाँ अस्पताल/प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रमा यस आ.व.२०७७/०७८ को फाल्गुन महिना सम्मको विवरण पछि फरक नपर्ने गरी तपसिल बमोजिमको ढाँचामा सान दिन भित्र उपलब्ध गराईदिनुहुन अनुरोध छ । उक्त विवरण सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाहरुको आधिकारिक पत्र मार्फत उपलब्ध भए पश्चात मात्रै भुक्तानी प्रकृया अगाडि बढाईने व्यहोरा समेत निर्णायानुसार सूचित गरिन्छ ।

तपसिल :

आ.व.२०७६/०७७ को			चालु आ.व.२०७७/०७८ को फाल्गुन मसान्त सम्मको			कैफियत
जम्मा संख्या	दावी रकम	जम्मा दावी रकम	खुद भुक्तानी हुन बाँकी रकम	जम्मा दावी संख्या	जम्मा दावी रकम	खुद भुक्तानी हुन बाँकी रकम

नोट :

१) माथि उल्लेखित विवरण अनुसार आ.व.२०७६/०७७ सम्मको जम्मा रु..... र यस चालु आ.व.२०७७/०७८को फाल्गुन मसान्त सम्मको जम्मा रु..... गरी कुल जम्मा रु..... बाहेक थप दावी नभएको व्यहोरा समेत प्रमाणित गरिन्छ भनी सम्बन्धित सेवा प्रदायक स्वास्थ्य संस्थाको प्रमुखको नाम, दस्तखत र मिति समेत स्पष्ट खुलाउनुपर्नेछ ।

२) आ.व.२०७६/०७७ भन्दा अघिल्ला आ.व.को पनि विवरण बाँकी रहेमा सो समेत आ.व. अनुसार माथिकै ढाँचामा खुलाई पठाउनुपर्नेछ ।

.....
डा. माधव प्रसाद लम्साल
(बरिष्ठ स्वास्थ्य प्रशासक)

“तपाईंको स्वास्थ्य हाम्रो अठोट”