

कर्मचारी सञ्चय कोष

पुल्चोक, ललितपुर

सञ्चयकर्ता स्वास्थ्योपचार योजना सञ्चालन कार्यविधि, २०७७

कर्मचारी सञ्चय कोषमा आवद्ध सञ्चयकर्ता अस्पताल भर्ना भई स्वास्थ्य उपचार गराउँदा हुने वित्तीय दायित्वलाई बहन गरी सामाजिक सुरक्षा प्रदान गर्ने उद्देश्यले सञ्चालक समितिले नेपाल सरकारबाट स्वीकृत कर्मचारी सञ्चय कोषका जगेडा कोष, कल्याणकारी कोष, निवृत्तिभरण कोष र अन्य कोषहरू सञ्चालन नियमावली-२०६२ (तेस्रो संसोधन सहित) को परिच्छेद ४ को नियम ५(ग) बमोजिम यो कार्यविधि बनाई लागू गरेको छ ।

१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ:

- (क) यस कार्यविधिको नाम “सञ्चयकर्ता स्वास्थ्योपचार योजना सञ्चालन कार्यविधि (पहिलो संशोधन), २०७६” हुनेछ ।
- (ख) यो कार्यविधि सञ्चालक समितिबाट स्वीकृत भएको मिति देखि लागू हुनेछ ।

२. परिभाषा: विषय वा प्रसङ्गले अन्य अर्थ नलागेमा यस कार्यविधिमा:

- (क) “कोष” भन्नाले कर्मचारी सञ्चय कोष ऐन, २०१९ बमोजिम स्थापित कर्मचारी सञ्चय कोषलाई जनाउनेछ ।
- (ख) “कार्यविधि” भन्नाले “सञ्चयकर्ता स्वास्थ्योपचार योजना सञ्चालन कार्यविधि (पहिलो संशोधन), २०७७” लाई जनाउनेछ ।
- (ग) “घातक रोग” भन्नाले यस कार्यविधिको अनुसूची ३ मा उल्लेख गरिएका रोगहरूलाई जनाउनेछ ।
- (घ) “चिकित्सक” भन्नाले नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भई नेपालको प्रचलित कानून बमोजिम औषधोपचार गर्न अनुमति प्राप्त स्वास्थ्यकर्मीलाई जनाउनेछ ।
- (घ१) “सूचिकृत चिकित्सक” भन्नाले नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भई नेपालको प्रचलित कानून बमोजिम औषधोपचार गर्न अनुमति प्राप्त कोषमा सूचिकृत स्वास्थ्यकर्मीलाई जनाउनेछ ।
- (ङ) “दुर्घटना” भन्नाले युद्धमा परी वा भीरवाट लडी वा वाढी पहिरोमा परी वा यातायात दुर्घटनामा परी वा विपदमा परी वा हिंस्रक कारणबाट वा अन्य कुनै आकस्मिक वा भवितव्य रूपमा भएको घटनाबाट शारिरिक क्षति वा पूर्ण वा आंशिक रूपले अशक्त भए वा नभएको अवस्थालाई जनाउनेछ ।
- (च) “योजना” भन्नाले यस कार्यविधि बमोजिम सञ्चयकर्तालाई प्रदान गरिने स्वास्थ्योपचार सुविधा योजनालाई जनाउनेछ ।

- (छ) “विभाग” भन्नाले कोषको सामाजिक सुरक्षाको व्यवस्थापन गर्ने जिम्मवारी भएको सम्बन्धित विभागलाई जनाउनेछ ।
- (ज) “विभागीय प्रमुख” भन्नाले विभागको प्रमुखलाई जनाउनेछ ।
- (झ) “विरामी” भन्नाले दुर्घटना, शारिरीक अस्वस्थता, सामान्य, घातक वा दिर्घ रोगका कारणबाट अस्पताल भर्ना भई उपचार गराउनुपर्ने अवस्था सिर्जना भएका सञ्चयकर्तालाई जनाउनेछ ।
- (ञ) “सञ्चयकर्ता” भन्नाले कोषमा नियमित रूपमा सञ्चय कोष रकम जम्मा गर्ने प्राकृतिक व्यक्तिलाई जनाउनेछ । यो शब्दले उमेर हद वा पदावधिका कारण अवकाश भई सो मितिले ६ वर्ष सम्म कोषबाट रकम भूक्तानी नलिएका सञ्चयकर्ता समेतलाई जनाउनेछ ।
- (ट) “सञ्चालक समिति” भन्नाले कोषको सञ्चालक समितिलाई जनाउनेछ ।
- (ठ) “सोधभर्ना समिति” भन्नाले प्रकरण ६.६ बमोजिमको समितिलाई जनाउनेछ ।
- (ड) “अस्पताल” भन्नाले विरामीको उपचारका लागि नेपाल सरकारबाट सञ्चालन अनुमति प्राप्त गरेका नेपाल भित्र सञ्चालित अस्पताल, नर्सिङ्ग होम, स्वास्थ्य केन्द्र वा यस्तै प्रकारका अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्थालाई जनाउनेछ । यस शब्दले नेपालमा उपचार हुन नसक्ने भनी सम्बन्धित चिकित्सकले गरेको सिफारिसको आधारमा उपचार गराईएको विदेशी अस्पताललाई समेत जनाउने छ ।
- (ढ) “अस्पताल भर्ना” भन्नाले विरामीले न्यूनतम २४ घण्टाको लागि अस्पताल भर्ना भई उपचार गरेको अवस्थालाई जनाउनेछ । सो शब्दले रोगको प्रकृतिका कारण वा अन्य विशेष अवस्थामा सम्बन्धित चिकित्सकको सिफारिसमा अस्पताल भर्ना भएको २४ घण्टा अगावै डिस्चार्ज भएको अवस्थालाई समेत जनाउनेछ ।

३. योजनामा सहभागी हुन सक्ने

- (क) कोषमा रकम जम्मा गरेको ६ महिना पूरा भई नियमित रूपमा रकम जम्मा गरिरहेका सञ्चयकर्ताहरूले योजनामा सहभागी भई सुविधा प्राप्त गर्न सक्नेछन् ।
- (ख) योजनाबाट सुविधा प्राप्त गर्न सञ्चयकर्ताले अस्पताल भर्ना भई उपचार गराएको हुनुपर्नेछ ।
- (ग) योजनाबाट सुविधा प्राप्त गर्न अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएको मितिले बढीमा ६० दिन भित्र कोषमा निवेदन दिनु पर्नेछ ।

४. प्रदान गरिने सुविधाहरु : यस योजना अन्तर्गत सञ्चयकर्तालाई देहायको सुविधा प्रदान गरिनेछ :

४.१ साधारण रोग औषधोपचार सोधभर्ना :

- (१) अस्पताल भर्ना भई उपचार गराएका सञ्चयकर्तालाई देहायको सीमाको अधिनमा रही एक आर्थिक वर्षमा अधिकतम रु. १ लाखमा नबढ्ने गरी दावी गरेको रकमसम्म औषधोपचार बापतको खर्च सोधभर्ना प्रदान गरिनेछ :

- (क) **अपरेशसन शुल्क** : एक वर्षमा (एकै पटकमा वा पटक पटक) गरी रु. ४०,००० (चालिस हजार) मा नबढ्ने गरी Surgeon वा Anaesthetist को दस्तुर तथा Operation Theatre को शुल्क बापतको खर्च ।
- (ख) **रोग परिक्षण शुल्क, औषधि तथा उपकरण खरिद खर्च** : एक पटकको उपचारमा रु.१५,००० (पन्ध्र हजार) मा नबढ्ने गरी अधिकतम रु.३०,००० (तीस हजार) सम्म चिकित्सकको जाँच, रोग परिक्षण (X-ray, USG, MRI, CT Scan etc), Pathology वा चिकित्सकको सिफारिस बमोजिमको रोग निदान (Diagnosis) शुल्क ।
- (ग) **अस्पताल वेड शुल्क** : भर्ना भई अस्पताल बसेको हकमा प्रति दिन रु.२,००० (दुई हजार) दरले एक पटकमा रु.१५,००० (पन्ध्र हजार) मा नबढ्ने गरी अधिकतम रु.३०,००० (तीस हजार) सम्मको खर्च ।
- (२) यस प्रकरण अनुरूप रु. १०,००० (दश हजार) भन्दा घटी खर्चको सोधभर्ना हुने छैन ।
- (३) सञ्चयकर्ताले एक आर्थिक वर्ष वढीमा २ पटकसम्म यो सुविधाको उपभोग गर्न सक्नेछन् । यो सुविधाका लागि पटक गणना गर्दा सञ्चयकर्ता उपचारको लागि अस्पतालमा भर्ना तथा डिस्चार्ज भएको मितिको आधारमा गरिनेछ ।
- (४) सञ्चयकर्ताले अस्पताल भर्ना भई उपचार गराउँदाको अवधिको उपचार खर्च मात्र सोधभर्ना पाउनेछन् ।
- ४.२ घातक रोग औषधोपचार सोधभर्ना :
- (१) घातक रोगको लागि उपचार गराएका सञ्चयकर्तालाई देहायको सीमाको अधिनमा रही रु. १० लाखसम्म सोधभर्ना प्रदान गरिनेछ :
- (क) घातक रोग पहिचानको क्रममा भएको खर्च मध्ये वढीमा रु. १ लाख,
- (ख) अस्पताल भर्ना भई उपचारको क्रममा भएको खर्च मध्ये वढीमा रु.७ लाख,
- (ग) अस्पतालबाट Discharge भए पश्चात Follow-up को क्रममा भएको खर्च मध्ये वढीमा रु.२ लाख ।
- तर, Cancer रोग लागि तथा Kidney Failure भई नियमित Dialysis तथा Chemotherapy पद्धतिबाट उपचार गराईरहेका सञ्चयकर्ताको हकमा Follow-up को क्रममा प्रदान गर्न सकिने सुविधाको रकमलाई उपचार खर्चको सिमामा नै समावेश गरी रु. ९ लाख सम्मको सिमामा सुविधा उपलब्ध गराउन सकिनेछ ।
- (२) यस प्रकरण अनुरूप सोधभर्नाको न्यूनतम रकम रु.२५ हजार हुनेछ ।
- (३) सञ्चयकर्ताले यो सुविधाको रकम कूल नोकरी अवधिमा एकै पटक वा पटक पटक गरी उपभोग गर्न सक्नेछन् ।

(४) यस प्रकरण अन्तर्गत अस्पताल भर्ना भई डिस्चार्ज नभएसम्मको अवधिको उपचार खर्च रकम मात्र भुक्तानी गरिनेछ ।

५. दावी भूक्तानी प्रकृया:

(क) सञ्चयकर्ता वा हकवालाले अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएको मितिले बढीमा ६० दिन भित्र आवश्यक सम्पूर्ण कागजपत्र सहित दावीको लागि कार्यरत कार्यालयको प्रमुखको सिफारिस सहित कोषमा निवेदन पेश गरी सक्नु पर्नेछ । आवश्यक कागजात नपुग भएको अवस्थामा उक्त कागजातहरु कोषलाई उपलब्ध गराउने दायित्व दावीकर्ता/सञ्चयकर्ताको हुनेछ ।

(ख) यस प्रकरण अनुरूप सम्पूर्ण कागजातहरु प्राप्त भएपश्चात मात्र प्रक्रिया अधि बढाईने छ ।

(ग) सोधभर्ना दावीको लागि निम्न कागजातहरु संलग्न गर्नुपर्नेछ :

- (१) अनुसूची १ बमोजिमको ढाँचामा सञ्चयकर्ताको निवेदन,
- (२) अनुसूची २ बमोजिमको ढाँचामा दावी फाराम (अस्पतालको सम्बन्धित चिकित्सकको दस्तखत र नेपाल मेडिकल काउन्सिलको NMC दर्ता नम्वर सहित),
- (३) Discharge Slip र Prescription को सक्कल प्रति,
- (४) औषधि खरिद गरेको तथा अस्पतालको खर्चका सक्कल बिलहरु,
- (५) Prescription बमोजिमका रोग परिक्षण, Pathology र चिकित्सकको सिफारिस बमोजिमको रोग निदान (Diagnosis) का सक्कल रिपोर्टहरु,
- (६) अवकाश भएका सञ्चयकर्ताको हकमा अवकासको पत्र,
- (७) मृत्यु भएका सञ्चयकर्ताको हकमा मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र, नाता प्रमाणित कागजात वा सम्बन्धित अन्य कागजात,
- (८) सञ्चयकोष परिचय पत्र, नागरिकता वा परिचय खुल्ने फोटो सहितको परिचयपत्रको प्रतिलिपी,
- (९) दुर्घटना भई उपचार गराएकोमा दुर्घटना प्रतिवेदन वा मिलापत्र ।

(घ) सञ्चयकर्ताले पेश गरेका बिलहरु देहाय अनुरूप हुनु पर्ने छ :

- (१) औषधि खरिद गरेको तथा अस्पतालको खर्चका बिलहरुको सक्कल प्रति हुनुपर्ने,
- (२) बिलहरु चिकित्सकको Prescription र Discharge Slip अनुरूपको विरामीको नाममा खरिद गरिएको हुनुपर्ने,
- (३) औषधि खरिदको बिलहरुमा औषधि विक्रेताको नाम, स्थाई लेखा न., विक्रेताको स्पष्ट दस्तखत र छाप हुनुपर्ने,
- (४) बिलहरु सामान्यतया अस्पताल वा फार्मसिको System बाट जारी गरिएको Printed कर बिल हुनुपर्ने,
- (५) सोधभर्नाका लागि पेश गरिएको औषधि खरिद वा अन्य बिलहरु अस्पताल भर्ना भएको मिति र Discharge भएको मिति भित्रको हुनुपर्ने,

६. सोधभर्ना निर्णय तथा भुक्तानी प्रकृया :

६.१ सञ्चयकर्ताले उपचार खर्चको सोधभर्नाका लागि कोषमा दिएको निवेदन उपर कोषको विभाग वा शाखा कार्यालयले परीक्षण गर्नु पर्नेछ । कागजात परीक्षणको सिलसिलामा आवश्यक भएमा सम्बन्धित सञ्चयकर्ता, सञ्चयकर्ताको कार्यालय वा सम्बन्धित अस्पतालसाग थप कागजात तथा सूचना माग गर्न सकिनेछ ।

६.२ सञ्चयकर्ताले पेश गरेका कागजातहरूको प्रकरण ६.१ अनुरूप परीक्षण पश्चातसाधारण रोगको औषधोपचार सोधभर्ना दावीगर्ने सञ्चयकर्ताले पेश गरेका सम्पूर्ण कागजातहरू कोषमा सुचीकृत चिकित्सकहरू मध्येवाट परीक्षण गराउनु पर्नेछ ।

६.३ प्रकरण ६.२ अनुरूप कोषमा सुचीकृत चिकित्सकवाट रोग, रोग पहिचान, रोग निदानका प्रक्रिया र रोग परिक्षणका रिपोर्टहरू र सोसाग सम्बन्धित खर्च बिलहरूको यकिन गरी सिफारिस भए पश्चात देहाय अनुरूप निर्णय गराई सम्बन्धित सञ्चयकर्तालाई भुक्तान गर्नु पर्नेछ ।

(क) रु. २५ हजार सम्मको शाखा कार्यालय प्रमुखवाट,

(ख) रु. ५० हजार सम्मको भुक्तानी विभागीय प्रमुखवाट,

(ग) रु. १ लाख सम्मको भुक्तानी सम्बन्धित सह-प्रशासकवाट,

तर, सञ्चयकर्तालाई सोधभर्ना गरिने रकमको सम्बन्धमा कुनै दुविधा उत्पन्न भएमा प्रकरण ६.६ वमोजिमको समितिमा पेश गर्नुपर्नेछ ।

६.४ सञ्चयकर्ताले पेश गरेका कागजातहरूको प्रकरण ६.१ अनुरूप परीक्षण पश्चात घातक रोगको औषधोपचार सोधभर्ना दावी गर्ने सञ्चयकर्ताको सम्पूर्ण कागजातहरू कोषमा सुचीकृत चिकित्सकहरू मध्येवाट परिक्षण गराउनु पर्नेछ ।

६.५ प्रकरण ६.४ अनुरूप चिकित्सकवाट रोग, रोग पहिचान, रोग निदानका प्रक्रिया र रोग परिक्षणका रिपोर्टहरू र सोसंग सम्बन्धित खर्च बिलहरूको यकिन गरी प्रकरण ६.६ अनुरूपको सोधभर्ना समितिको निर्णयवाट सम्बन्धित सञ्चयकर्तालाई भुक्तानी गर्नु पर्नेछ ।

६.६ सोधभर्ना समितिको गठन, काम, कर्तव्य र अधिकार :

१) सञ्चयकर्ता औषधोपचार सोधभर्ना समितिको गठन देहाय अनुरूपहुनेछ :

क) प्रशासक	संयोजक
ख) सम्बन्धित सह-प्रशासक	सदस्य
ग) प्रशासकले तोकको चिकित्सक	सदस्य
घ) विभागीय प्रमुख	सदस्य सचिव

२) सोधभर्ना समितिको काम कर्तव्य देहाय अनुरूप हुनेछन् :

- (क) सञ्चयकर्ताले घातक रोगको उपचार गर्दा लागेको खर्च रकमको सोधभर्ना सम्बन्धि निर्णय गर्ने,
- (ख) साधारण रोगको सोधभर्ना सम्बन्धमा कुनै द्विविधा उत्पन्न भएमा आवश्यक निर्णय गर्ने,
- (ग) योजना अर्न्तगतका सुविधाहरु उपलब्ध गराउन आवश्यकता अनुसार विशेषज्ञ चिकित्सकको राय लिने,
- (घ) योजनालाई थप प्रभावकारी बनाउन अन्य आवश्यक व्यवस्था गर्ने,
- (ङ) योजनाको दीगोपनाका सम्बन्धमा आवश्यक अध्ययन गर्ने गराउने ।

६.७ सञ्चयकर्ताले यस प्रकरण अनुरूप प्राप्त गर्ने सोधभर्ना रकमको भुक्तानी सामान्यतया बैंक खाता मार्फत गर्नुपर्नेछ ।

६.८ दावी भुक्तानीको लागि आवश्यक सम्पूर्ण कागजात प्राप्त भएको मितिले देहायको समयभित्र दावी एकिन गरी सञ्चयकर्तालाई सोधभर्ना रकम भुक्तानी गर्नु पर्नेछ :

- (क) रु. २५ हजार सम्मको दावी रकमको भुक्तानी १५ दिन भित्र,
- (ख) रु. २५ हजार देखि रु.१ लाख सम्मको दावी रकमको भुक्तानी २१ दिन भित्र,
- (ग) घातक रोगको दावी भुक्तानी ३० दिन भित्र ।

६.९ सञ्चयकर्ताले उपचार खर्चको सोधभर्नाका लागि कोषमा दिएको निवेदन उपर आवश्यक निर्णयका लागि शाखा कार्यालयहरुले वढीमा ७ दिनभित्र विभागमा पठाउनु पर्नेछ ।

६.१० दावी सम्बन्धी अन्तिम निर्णय गर्ने अधिकार कोषमा सुरक्षित रहनेछ । दावी भुक्तानी गर्नु नपर्ने अवस्था उत्पन्न भएमा वा गलत दावी परेको भन्ने कोषलाई लागेमा भुक्तानी दिइने छैन ।

७. **सोधभर्ना नहुने खर्चहरु** : निम्नानुसारका खर्चहरु सोधभर्ना गरिने छैन :

- (क) अनुसूची ४ मा उल्लेख भएका देहायका रोग तथा अवस्थाहरुमा भएको खर्चहरु,
- (ख) निवेदन दर्ता गराएको मितिले २ महिना नाघेपछि पेश गरेका कागजात अनुरूपको खर्चहरु,
- (ग) सम्बन्धित रोजगारदाता वा अस्पतालले उपचारमा दिएको सुविधा वा छुट रकमहरु,
- (घ) विरामीको नाम उल्लेख नभएका वा विवरण सञ्चाएका वा स्थाई लेखा नम्बर वा मुल्य अभिवृद्धिमा दर्ता नभएका औषधि पसलहरुवाट खरिद गरिएका औषधिको विल अनुरूपका खर्चहरु,
- (ङ) प्रतिलिपी विल (Copy of original or Re-print) अनुरूपको खर्चहरु,
- (च) अस्पताल भर्ना हुनु अघि र Discharge पश्चातका मितिमा जारी गरिएका विल अनुरूपको खर्चहरु,

- (छ) सम्बन्धित अस्पताल वा चिकित्सकको सिफारिस विना आफुखुशी खरिद गरिएका औषधि तथा अन्य उपचार खर्चहरू,
- (ज) Emergency मा मात्र उपचार गराई सोही दिन घर फर्केको हकमा त्यस्तो उपचारमा भएको खर्चहरू,
- (झ) चिकित्सकको निजी क्लिनिकमा उपचार गरेको खर्चहरू ।

८. गलत नियतबाट सुविधा लिने उपर कारवाही :

- (क) कुनै सञ्चयकर्ताले गलत विल भर्पाइ पेश गरी उपचार रकम शोधभर्ना लिएमा वा लिने प्रयास गरेमा त्यस्ता सञ्चयकर्तालाई भविष्यमा यस योजनाको सुविधाबाट वञ्चित गरिनेछ ।
- (ख) सञ्चयकर्ताले गलत विल भर्पाइ पेश गरी यस योजना अर्न्तगतको सुविधाको रकम शोधभर्ना लिएको प्रमाणित भएमा त्यस्तो रकममा विशेष सापटीमा कायम रहेको व्याजदरले हुन आउने व्याज रकम सहित सम्बन्धित सञ्चयकर्ताबाट असुल उपर गरिनेछ ।
- (ग) अस्पतालका कर्मचारीले दुरुत्साहन गरी गलत विवरण जारी गरी कुनै सञ्चयकर्ताले सुविधाको रकम लिएमा वा लिने प्रयास गरेमा त्यस्ता अस्पतालका कर्मचारीलाई समेत आवश्यक कारवाहीका लागि सम्बन्धित निकायमा लेखी पठाउन सक्नेछ ।
- (घ) गलत नियतले भुक्तानी दिने वा नियमानुसारको सोधभर्ना दिन आलटाल गर्ने कोषका कर्मचारीलाई विभागीय कारवाही गरिनेछ ।

९. योजनाको वित्तीय स्रोत :

- (क) योजना सञ्चालनका लागि आवश्यक पर्ने रकम सञ्चयकर्ता कल्याणकारी कोषबाट व्योहोरिने छ ।
- (ख) योजना अर्न्तगत भएको खर्च, सञ्चयकर्ता कल्याणकारी कोषमा रहेको मौज्दात रकम, कोषको सम्बन्धित आर्थिक वर्षको आयका आधारमा योजनाको दीगोपनका सम्बन्धमा कोषले प्रत्येक आर्थिक वर्ष पुनरावलोकन गर्नेछ ।

१०. विविध व्यवस्था:

- (क) यो योजना कोषले विगतमा सञ्चालन गरेको सञ्चयकर्ता औषधोपचार सहयोग कार्यक्रम, २०७० र सञ्चयकर्ता औषधोपचार तथा घातक रोग वीमा योजना बमोजिमको सुविधाको यसै योजनाबाट सञ्चालन गरिनेछ ।
- (ख) सञ्चयकर्तालाई सञ्चयकर्ता औषधोपचार सहयोग कार्यक्रम, २०७० वा सञ्चयकर्ता औषधोपचार तथा घातक रोग वीमा योजना अर्न्तगत भुक्तान गरिएको सुविधाको रकम यस योजना अर्न्तगत नै भुक्तानी गरिएको मानिनेछ ।
- (ग) योजनालाई सञ्चालक समितिले समयानुकुल परिमार्जन, संशोधन तथा स्थगन गर्न सक्नेछ ।
- (घ) यस योजनामा भएको खर्च सञ्चयकर्ताको कोषकट्टी खाताबाट व्योहोरिने छैन ।

- (ड) यस योजना मार्फत गरिने भुक्तानी नेपाल सरकारका वा अन्य कुनै निकायबाट प्रदान गरिने सोधभर्नासँग दोहोरो नपर्ने गरी भुक्तानी गरिनेछ ।
- (च) यस कार्यविधीमा रहने अनुसूचीहरू आवश्यकता अनुसार प्रशासकबाट थपघट, संशोधन तथा परिमार्जन हुन सक्नेछन् ।
- (छ) यो योजना अन्तर्गत सञ्चयकर्तालाई भुक्तानी गरिएको उपचार खर्चको सोधभर्नाको अभिलेख विभागले अद्यावधिक वनाई राख्नुपर्नेछ ।
- (ज) यस कार्यविधिको कार्यान्वयनका सिलसिलामा कुनै अस्पष्टता भएमा सोको व्याख्या सञ्चालक समितिबाट हुनेछ ।

**कर्मचारी सञ्चय कोष
सञ्चयकर्ता स्वास्थ्योपचार सुविधा योजना
सोधभर्ना दावी फाराम**

श्री कर्मचारी सञ्चय कोष,

.....।

विषय : स्वास्थ्योपचार सोधभना रकम पाउँ ।

म मिति मा अस्पताल भर्ना भई मिति..... मा.....अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएकाले कोषको नियमानुसार संलग्न विल तथा विवरण अनुरूपको रकम सोधभर्ना पाउनका लागि देहाय बमोजिमका प्रमाणहरू संलग्न गरी यो दावी फाराम पेश गरेको छु । यसमा संलग्न गरिएका औषधि उपचार सम्बन्धी कागजात र विवरण ठीक छन् पछि कुनै कुरा भुठो सावित भएमा कानून बमोजिम सहूला बुझाउँला । मैले नियमानुसार प्राप्त गर्ने सोधभर्नाको रकम मेरो नाममा रहेको बैंक खाता मार्फत भुक्तानी लिन मञ्जुर रहेको व्यहोरा अनुरोध छ ।

आवेदक
दस्तखत :
सञ्चयकर्ताको नामथर :
हकवालाको नामथर :
सञ्चयकर्ताको परिचयपत्र नं.:
सञ्चयकर्ताको UCIN :
सञ्चयकर्ताको खाता रहेको बैंकको नाम :
सञ्चयकर्ताको बैंक खाता नम्बर :
सञ्चयकर्ताको ठेगाना :
कार्यालयको नाम :

औलाको छाप

दायाँ	बायाँ

संलग्न कागजातहरू	चिन्ह लगाउने
१. अनुसूची २ अनुरूपको Claim Form	
२. अस्पताल भर्ना र Discharge को सक्कल पत्र	
३. परिक्षण शुल्क तथा अस्पतालबाट जारी भएका सक्कल विलहरू	
४. औषधि खरिद गर्दाका सक्कल विलहरू	
५. Doctors Prescription/ Diagnosis Reports	
६. सञ्चयकोष परिचय पत्र, नागरिकता वा परिचय खुल्ने परिचयपत्रको प्रतिलिप	
७. अन्य :अवकाश भएका सञ्चयकर्ताको हकमा अवकाशको पत्र वा मृत्यु भएका सञ्चयकर्ताको हकमा मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र, नाता प्रमाणित कागजात वा सम्बन्धित अन्य कागजात	

कार्यालयको सिफारिश :

यस कार्यालयकादर्जाका प.प.नं.....का कर्मचारी श्रीविरामी भईअस्पतालमा उपचार गराएको व्यहोरा प्रमाणित गर्दै कोषको नियमानुसार निजले पाउने औषधोपचार सुविधाको रकम सोधभर्नाका लागि सिफारिस गर्दछु । निजको हाल यस कार्यालयबाट नियमित रुपले कोषकट्टी भईरहेको छ । निजले सोधभर्ना रकम भुक्तानी पाउन दावी फाराममा हाम्रो रोहवरमा रेखात्मक र लेखात्मक सहिछाप गर्नुभएको निजलाई सोधभर्ना रकम उपलब्ध गराई दिनुहुन अनुरोध छ ।

कार्यालय प्रमुख वा अख्तियार प्राप्त अधिकारी :
दस्तखत:
नामथर:
दर्जा:
परिचय पत्र नं.:
कार्यालयको नाम:
मिति:

कार्यालयको छाप

--

- अवकाश प्राप्त सञ्चयकर्ताले कार्यालयको सिफारिसको सट्टामा अवकाशको पत्र समावेस गर्नुपर्दछ ।

द्रष्टव्य :

दावी फाराममा कसैले जानीजानी भुठो व्यहोरा पारेमा वा पार्न लगाएमा सो व्यक्तिलाई कर्मचारी सञ्चय कोष ऐन, नियम तथा कार्यविधि बमोजिम सजाय हुनेछ र सो व्यक्तिले कोषलाई हानी नोक्सानी पु-याएको रहेछ भने त्यस्तो हानी नोक्सानी वरावरको रकम समेत निजबाट सापटी सरह असुल गरिनेछ ।

**EMPLOYEES PROVIDENT FUND**

Pulchowk, Lalitpur, Nepal

Medical Treatment Reimbursement Claim Form

सञ्चयकर्ताको फोटो

अस्पतालको छाप
(फोटोमा पर्ने गरी)

Claim No.	
-----------	--

This form is issued without admission of liability and should be completed and returned to Employees Provident Fund as soon as possible and in any event within 60 days of the discharge from the hospital.

1. MEDICAL CERTIFICATE TO BE COMPLETED BY ATTENDING DOCTOR**Patient Information**

Patient's Name	
Age/Gender	
Hospital's Name	
Admission Date	
Discharge Date	
Medical Examiner's Name	

Illness/ Injury

Details of illness :	
Date of diagnosis :	

Certify By Attending Doctor:

Signature of Doctor	
Name of Doctor	
NMC No. of Doctor	
Qualification of Doctor	
Seal of Hospital (अस्पतालको छाप)	

2. COMPLETED BY CLAIMANT (दाविकर्ताले भर्ने विवरण) :**Personal Information**

Name of Contributor			
PF Number		Age/Gender	
UCIN No			
Name of the Office			
Permanent Address			
Contact Number			

Illness

Details of illness	
Date of diagnosis	

If injured in an accident

Date and time of accident	
Where did it occur	
Details of the cause	
Injuries Sustained	
Name of Doctor/s Attending Member	

Details of Claim

Please fill up the items under which the benefits are claimed in respect of the above illness / accident giving amount claimed and enclosing receipt, bills, prescription and have the certificate completed by the Doctor giving the medical attention in respect of which a claim is made:

Description of treatment received	Total No. of Bills	Amount NRs
Hospital Expenses : • Operation Theatre Charge, Surgeon, Anaesthetist Fees • Charges for Beds/Cabin, Hospitalization etc.		
Pathology and medical expenses: X-ray, USG, MRI, CT Scan etc, Charge, Doctors Fees and Cost of Medicines & drugs, surgical appliances		
• Bed Charge: Charges for Beds/Cabin, Hospitalization etc		
Total		

I declare that I had suffered the above described injuries/ illness and that to the best of my knowledge and belief the foregoing particulars are in every aspect true. I also declare that there is no other insurance or other source to cover the items claimed.

Signature of Claimant:
(दाविकर्ताको दस्तखत)

Date:

कर्मचारी सञ्चय कोष
सञ्चयकर्ता स्वास्थ्योपचार सुविधा योजना
घातक रोग विवरण

1. Heart Attack- Including NGO graph, Stent
2. Kidney Failure- Including Treatment
3. Cancer
4. Alzheimer
5. Parkinson
6. Head Injury
7. Spinal Injury
8. Sickle cell anemia
9. Liver damage
10. Paralysis
11. Brain Hemorrhage
12. Lungs Transplant

कर्मचारी सञ्चय कोष
सञ्चयकर्ता स्वास्थ्योपचार सुविधा योजना
योजनाले नसमेट्ने रोग र अवस्थाहरुको विवरण

- (क) दुर्घटनाबाट उपचार गर्नुपर्ने अवस्था सिर्जना भएको अवस्थामा बाहेकको दाँतको उपचार वा अपरेशन, आखाको सामान्य जाँच वा चस्मा खरिद, श्रवण उपकरण खरिद र Cosmetic Surgery को खर्चहरु
- (ख) सिजरियन (Caesarian) वा प्रसूति सम्बन्धि खर्चहरु,
- (ग) मादक पदार्थ वा लागूपदार्थ सेवन तथा अनधिकृत तवरबाट अन्य औषधिको सेवनका कारण सिर्जित रोगहरु तथा चोटपटकको उपचार ।
- (घ) दुई मुलुक बीच भएको घोषित वा अघोषित लडाईँ, आम हड्ताल, हुलदंगामा सहभागी भएको अवस्थामा भएको चोट पटक वा उपचार खर्च ।
- (ङ) योजनामा उल्लेख भएका सीमा बाहेकका अन्य खर्चहरु ।
- (च) योजना प्रारम्भ हुनुभन्दा अगाडि भएका उपचार खर्चहरु।
- (छ) आयुर्वेदिक औषधिका खर्च तथा उपचार उपकरणहरुको प्रयोग ।
तर, जण्डिसको उपचारको लागि योजनाको सीमाको अधिनमा रहीभुक्तानी गरिने ।
- (ज) देशको सिमा भन्दा बाहिर गरेका उपचार तथा खर्चहरु ।
तर, नेपाल भित्र उपचार सम्भव नभएको खण्डमा चिकित्सकको सिफारिश बमोजिमको खर्च योजनाको सीमाको अधिनमा रहीभुक्तानी गरिने ।
- (झ) साधारण मेडिकल अन्तर्गत पूनः बल्भिन सक्ने रोगहरुको सम्बन्धमा पूनः उपचार गराउदा भएको औषधि खरिदका खर्च ।
- (ञ) मानसिक रोग, तौल घटाउन वा बढाउन प्रयोग हुने औषधि, सौन्दर्य बढाउन गरिने उपचार, प्लाष्टिक सर्जरी आदि ।
- (ट) चिकित्सकले आफ्नो व्यक्तिगत ल्याव वा क्लिनिकमा गरेका सर्जरी तथा अन्य खर्चहरु ।
- (ठ) साधारण मेडिकल चेकअप ।
- (ड) छाला सम्बन्धी एलर्जी, सावुनको प्रयोग, लोशन आदिको प्रयोग ।
- (ढ) माहामारी प्रकृतिका रोगमा भएका उपचार खर्चहरु ।