# टीकापुर नगरपालिका

# स्थानीय राजपत्र

खण्ड : ६ संख्या : ६८ मितिः २०८२/०९/०७

## भाग - ३

## सिकलसेल तथा थालेसेमिया रोग भएका बिरामी घरपरिवारको निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा गर्ने कार्यविधि, २०८२

स्वीकृत मितिः २०८२/०८/२५
प्रमाणित मितिः २०८२/०९/०७

**प्रस्तावना :** टीकापुर नगरपालिका अन्तर्गतका सिकलसेल, थालेसेमिया रोग प्रभावित बिरामीहरूका परिवारका सदस्यहरूलाई स्वास्थ्य बीमाद्धारा पूर्व भुक्तानीको माध्यमबाट बीमितको उपचार तथा अन्य चिकित्सकीय स्वास्थ्य सेवा प्राप्ति लगायतका व्यवस्थापन गर्न, उपचारमा पहुँच सुनिश्चित गर्न, सिकलसेल तथा थालेसेमिया रोग लागेका व्यक्तिहरूलाई

स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गरी उनीहरूको पारिवारिक आर्थिक भार न्युनिकरण एवं जोखिम घटाउन तथा सामाजिक स्वास्थ्य सुरक्षा व्यवस्था गर्न र उपचार सहयोग पुऱ्याउने कार्यलाई व्यवस्थित गर्न, टीकापुर नगरपालिका क्षेत्र भित्र बसोबास गर्ने सिकलसेल, थालेसेमिया रोग प्रभावित बिरामीका लागि निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा गर्न वाञ्छनीय भएकोले,

टीकापुर नगरपालिका स्वास्थ्य तथा सरसफाई ऐन,२०७६ को दफा ४९ बमोजिम दफा ५१ ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी टीकापुर नगरपालिकाको नगर कार्यपालिकाले यो कार्यविधि बनाएको छ।

## परिच्छेद-१
## प्रारम्भिक

**१. संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ :**

(१) यो कार्यविधिको नाम "सिकलसेल तथा थालेसेमिया रोग भएका बिरामी घरपरिवारको निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा गर्ने कार्यविधि, २०८२" रहेको छ।

(२) यो कार्यविधि नगर कार्यपालिकाबाट स्वीकृत भै स्थानिय राजपत्रमा प्रकाशन भएको मितिबाट प्रारम्भ हुनेछ।

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

(क) "कार्यक्रम" भन्नाले टीकापुर नगरपालिकाको वार्षिक स्वीकृत कार्यक्रम अन्तर्गत नगरपालिका अन्तर्गतका सिकलसेल तथा थालेसिमिया रोग भएका बिरामी घरपरिवारको निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा गर्ने भन्ने कार्यक्रम सम्झनु पर्छ।

(ख) "बीमा शुल्क" भन्नाले नेपाल सरकारको तोकेको स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध हुँदा लाग्ने रकमलाई सम्झनु पर्छ।

(ग) "नगरपालिका" भन्नाले टीकापुर नगरपालिकालाई सम्झनु पर्छ।

(घ) "स्वास्थ्य संस्था" भन्नाले नेपाल सरकार, प्रदेश सरकार वा स्थानीय तहको मातहतमा रहेका तथा अन्य प्रचलित कानुन अनुसार मान्यता प्राप्त स्वास्थ्य संस्थाहरू समेत सम्झनु पर्छ।

(ङ) "स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा ऐन २०७४ बमोजिम नेपाल सरकार स्वास्थ्य बीमा बोर्ड अन्तर्गत सञ्चालित स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमलाई सम्झनु पर्छ।

(च) "स्थानीय बीमा दर्ता सहयोगी" भन्नाले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम अन्तर्गत टीकापुर नगरपालिका भित्र परिचालन भएका बीमा दर्ता सहयोगी सम्झनु पर्छ।

(छ) "समिति" भनाले दफा ७ को उपदफा (२) बमोजिमको सिफारिस समिति सम्झनु पर्छ।

३. **नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा गर्ने:** नगरपालिका कार्यालयले टीकापुर नगरपालिका क्षेत्र भित्र बसोबास गर्ने सिकलसेल, थालेसेमिया रोग प्रभावित बिरामी घरपरिवारका लागि निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा गर्नेछ।

४. **वडा कार्यालयबाट सिफारिस लिनुपर्ने:** दफा ३ बमोजिम नि:शुल्क बीमा कार्यक्रममा आबद्ध हुनको लागि आफू बसोबास रहेको वडाबाट अनुसूची-३ बमोजिमको फारम भरी सिफारिसपत्र लिनुपर्नेछ।

५. **प्रचारप्रसार गर्नुपर्ने:** नगरपालिका कार्यालयले यस कार्यविधि बमोजिम सिकलसेल तथा थालेसेमिया रोग लागेका बिरामीका घरपरिवारलाइ नि:शुल्क रुपमा बीमा गरिने व्यहोरोको सूचना उपयुक्त सञ्चार माध्यम मार्फत सूचनाको प्रकाशन वा प्रसारण गर्नुपर्नेछ।

६. **रोग निदान भएको हुनुपर्ने:** यस कार्यविधि बमोजिम बीमा सुविधा प्राप्त गर्ने परिवारका कम्तिमा कुनै एक सदस्यमा अनुसूची -२ बमोजिमको ढाँचामा चिकित्सकले सिकलसेल वा थालेसेमिया रोग निदान भएको भनी प्रमाणित गरेको पत्रको प्रतिलिपि पेश गर्नुपर्नेछ।

७. **निवेदन तथा सिफारिस सम्बन्धी व्यवस्था :**

(१) यस कार्यविधि बमोजिम बीमा सुविधा प्राप्त गर्न चाहने परिवारका मुख्य सदस्यले नगरपालिकामा अनुसूची-१ बमोजिमको ढाँचामा नयाँ बीमा गर्न वा बीमा नविकरण गर्नका लागि निवेदन दिनु पर्नेछ र त्यस्तो निवेदन साथ चिकित्सकले सिकलसेल वा थालेसेमिया रोग निदान भएको भनी प्रमाणित गरेको पत्रको प्रतिलिपि संगलग्न गर्नुपर्नेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम नगरपालिकामा पेश हुन आएको निवेदन माथि अध्ययन गरी बिमा भुक्तानी सिफारिस गर्नका लागि नगरपालिकामा देहाय बमोजिमको एक सिफारिस समिति रहनेछ :-

(क) नगर प्रमुख - संयोजक

(ख) प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत - सदस्य

(घ ) स्वास्थ्य शाखा प्रमुख - सदस्य-सचिव

(३) उपदफा (२) बमोजिमको समितिले निवेदनसाथ प्राप्त भएका कागजात, नागरिकता प्रमाण पत्र वा राष्टिय परिचयपत्र र नाबालकको हकमा जन्मदर्ता प्रमाणपत्रको कागजात र अनुसूची-१, अनुसूची-२, अनुसूची-३, र अनुसूची-४ बमोजिमको कागजातको आधारमा बिमाको भुक्तानी लागि सिफारिस गर्नेछ।

**८. स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धता गर्ने आधारहरू :-**

(१) सिकलसेल तथा थालेसेमिया रोग प्रभावित परिवारलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्धता गर्दा निम्न बमोजिमका आधारहरूमा गरिनेछ :-

(क) निवेदक नेपाली नागरिक हुनुपर्ने,

(ख) निवेदक सिकलसेल तथा थालासेमिया रोग प्रभावित हुनुपर्ने,

(ग) निवेदक टीकापुर नगरपालिका भित्रको स्थायी बासिन्दा हुनुपर्ने,

(घ) यो कार्यक्रम लागु हुनु भन्दा अघि बिमित नभएको हुनुपर्ने,

(ङ) अनुसूची -१ अनुसार नियमानुसार निवेदन पेश गरेको हुनुपर्ने,

(च) अनुसूची -२ बमोजिम चिकित्सकले सिकलसेल तथा थालासेमिया रोग प्रमाणित गरेको हुनुपर्ने,

(छ) अनुसूची -३ बमोजिम वडा कार्यालयले सिफारिस गरेको हुनुपर्ने।

नोट: खण्ड (घ) मा जुनसुकै कुरा लेखिएको भएता पनि यो कार्यक्रम लागु हुनुभन्दा अघि विमित भएका परिवारले यस कार्यक्रममा आवद्ध भइ नवीकरण गर्दा यसै बमोजिम गर्नुपर्नेछ।

**९. नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आवद्धता र भुक्तानी प्रक्रिया:** नगरपालिकाले सिकलसेल तथा थालेसेमिया रोग प्रभावित व्यक्तिलाई नि:शुल्क स्वास्थ्य वीमामा आवद्ध गराउँदा देहाय बमोजिमको प्रक्रिया अवलम्वन गर्नेछ।

(क) नगरपालिका भित्र रहेका सिकलसेल तथा थालेसेमिया रोग प्रभावित व्यक्तिहरूलाई सूचना जारी गरी, सूचना बमोजिम प्राप्त निवेदन अनुसार दर्ता सहयोगी मार्फत प्राप्त स्वास्थ्य बीमा दर्ता र नविकरण गरेको अनुसूची -४ बमोजिमको विवरण एंव प्रतिवेदनको आधारमा सिफरिस समितिले निर्णय गरी नगरपलिकाले बीमा सुविधा रकम स्वास्थ्य बीमा बोर्डको खातामा रकम भुक्तानी दिने व्यवस्था गर्नु पर्नेछ।

(ख) नगरपालिकाले यस कार्यविधि बमोजिम बीमा सुविधा भुक्तानी गर्ने वा प्रिमियमको रकम संघीय स्वास्थ्य बिमा ऐन, २०७४ र स्वास्थ्य बीमा नियमावली,२०७५ मा भएको व्यवस्था बमोजिमको न्यूनतम ५ जना परिवारको सङ्ख्याको बीमा गर्दा लाग्ने शुल्क रकम बमोजिम रकम व्यवस्था गर्नुपर्नेछ।

(ग) सिकलसेल तथा थालेसेमिया रोग प्रभावित व्यक्तिहरूको बीमा नवीकरण तथा नयाँ बिमा गर्न नगरपालिकाले हरेक वर्ष बजेटको सुनिश्चितता गर्नेछ ।

(घ) बीमा नवीकरण गर्ने सम्बन्धमा नगरपालिकाको निर्णय बमोजिम हुनेछ।

(ङ ) दर्ता सहयोगीले बीमा गरेका व्यक्तिको दर्ता फारम, नगदी रसिद बिल, घरमुलीको सूची, लक्षित वर्गको प्रमाण पत्र, परिचयपत्रको प्रतिलिपि नगरपालिकामा पेश गर्न पर्नेछ ।

(च) नेपाल सरकारबाट विपन्न नागरिकले पाउने कडा रोग वापत विपन्न नागरिक औषधि उपचार कार्यक्रम सञ्चालन निर्देशिका, २०८० (पहिलो संसोधन २०८२) अनुसार खर्च प्रदान गरिएको भएता पनि यस कार्यविधि अनुसार स्वास्थ्य बीमा गर्न बाधा पर्ने छैन।

**१०. संशोधन गर्न सक्ने :** नगरपालिकाको नगर कार्यपालिकाले यस कार्यविधि र अनुसूचीमा आवश्यक संशोधन तथा हेरफेर गर्न सक्नेछ।

**११. बाझिएमा अमान्य हुने** : यस कार्यविधिमा उल्लेख भएका प्रावधान र प्रक्रियाहरु स्थानीय सरकार संचालन ऐन, २०७४ र अन्य प्रचलित कानून संग बाझिएमा बाझिएको हद सम्म अमान्य हुनेछ।

**१२. कारबाही हुने** :

(१) यस कार्यविधि विपरित कुनै कर्मचारी वा पदाधिकारीहरुले स्वास्थ्य बीमा सहयोग वितरण गर्न, गराउन वा त्यस्तो निर्णय वा आदेश दिन वा सिफारिस तथा सहयोग गरेको वा यस कार्यविधिको दुरुपयोग गरेको पाइएमा प्रचलित कानून बमोजिम कारवाही हुनेछ।

(२) उपदफा (१) बमोजिम दुरुपयोग भएको पाइएमा दुरुपयोगमा संलग्न व्यक्तिबाट रकम असुलउपर गरिनेछ।

**१३. अभिलेख तथा प्रतिवेदन:** स्वास्थ्य शाखाले यस कार्यविधि बमोजिम स्वास्थ्य बीमामा आवद्ध हुने परिवार र सो सम्बन्धी विवरणको अभिलेख बनाइ राख्नेछ।

स्थानीय राजपत्र

## अनुसूची-१

(दफा ७ र दफा ८ को उपदफा (१) को खण्ड (ङ) संग सम्बन्धित)

सिकलसेल तथा थालेसेमिया रोग भएका बिरामी घरपरिवारको नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमाका लागि आवेदन फारम

मिति:-.................................

श्रीमान् प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत ज्यू,
टीकापुर नगरपालिका,
नगरकार्यपालिकाको कार्यालय, टीकापुर, कैलाली ।

विषय : नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमाका लागि आवेदन पेश गरेको बारे ।

उपरोक्त सम्बन्धमा म टीकापुर नगरपालिका अन्तर्गत वडा नं. ........मा स्थायी बसोबास गर्दै आईरहेको र मलाई मिति २०.......... /......./...   को ............................................. अस्पतालको मेडिकल रिपोर्ट बमोजिम मलाई सिकलसेल एनेमिया /थालासेमिया रोग भएको प्रमाणित भएकोले टीकापुर नगरपालिका मार्फत प्रदान हुने सिकलसेल तथा  थालेसेमिया रोग भएका बिरामी घरपरिवारको नि:शुल्क  स्वास्थ्य बीमा गर्ने कार्यविधि, २०८२ अनुसार स्वास्थ्य बीमा गरी दिनुहुन तपसिलका कागजात संलग्न राखी यो निवेदन पेश गरेको छु ।

निवेदक
नाम थर :-
उमेर :-
ठेगाना :-

| क्र.सं | नाम थर | उमेर | लिंग | नाता | नागरिकता/जन्मदर्ता | कैफियत |
|---|---|---|---|---|---|---|
| १ | | | | | | |
| २ | | | | | | |
| ३ | | | | | | |
| ४ | | | | | | |
| ५ | | | | | | |

सम्पर्क मोबाइल नम्बर : दस्तखत :-

परिवारका सदस्यका नामावलीहरु :

स्थानीय राजपत्र

संलग्न कागजात

१. सिकलसेल एनिमिया / थालेसेमिया रोग भएको प्रमाण खुल्ने कागजातको प्रतिलिपि।

२. नेपाली नागरिकता वा राष्ट्रिय परिचयपत्र नाबालकको हकमा जन्मदर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि।

३. अनुसूची -३ बमोजिम वडा कार्यालयको सिफारिस पत्र।

४. अनुसूची -२ बमोजिम चिकित्सकले सिकलसेल / थालासेमिया रोग भएको प्रमाणित कागजात।

## अनुसूची-२

(दफा ६ र ७ संग सम्बन्धित)

चिकित्सकले सिकलसेल एनिमिया / थालासेमिया रोग भएको प्रमाणित गर्ने ढाँचा

मिति ................

श्री टीकापुर नगरपालिका,
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
टीकापुर, कैलाली।

विषय : प्रमाणित गरिएको सम्बन्धमा।

प्रस्तुत विषयमा टीकापुर नगरपालिका वडा नं.........नगर /टोल.......................स्थाई ठेगाना भएको उमेर ...... वर्षको रा.प.प.न./ नागरिकता नम्बर / जन्मदर्ता नं ........................ .सम्पर्क नं ..........................भएको श्री ....................................को मिति २० / / गते श्री .............................................. अस्पतालमा सिकलसेल एनिमिया/थालेसेमिया रोग निदान भएको भनि अस्पतालको पुर्जी / कागजातहरुको विवरण जाँचबुझ गरी प्रमाणित गर्दछु।

प्रमाणित गर्ने चिकित्सकको
दस्तखत :
पुरा नाम थर :
दर्जा :
नेपाल मेडिकल काउन्सिल नम्बर :
संस्थाको छाप :

**अनुसूची-३**

दफा ४ र दफा ८ को खण्ड (छ) संग सम्बन्धित

वडा कार्यालयले प्रदान गर्ने सिफारिस ढाँचा

मिति ................

श्री टीकापुर नगरपालिका,
नगर कार्यपालिकाको कार्यालय
टीकापुर, कैलाली।

विषय : सिफारिस गरिएको सम्बन्धमा ।

उपरोक्त सम्बन्धमा देहाय बमोजिमको विवरण भएको व्यक्तिलाई सिकेलसेल / थालेसेमिया रोगको निदान भएकोले तहाँ कार्यालयमा बीमा सुविधा प्रदान गर्नका लागि टीकापुर नगरपालिकाद्वारा लागू गरेको सिकेलसेल तथा थालेसेमियाका बिरामीको परिवारलाई निःशुल्क स्वास्थ्य बीमा गर्ने कार्यविधि, २०८२ बमोजिम सिफारिस गरिएको छ ।

**विवरणः**

परिवारको मुख्य व्यक्ति/निवेदक नाम थरः................. उमेरः ......... लिङ्गः...........

परिवारका सदस्यं सङख्याः

परिवारका सदस्यहरुको नामावली विवरण :

| क्र.सं | नाम थर | उमेर | ठेगाना | लिंग | नागरिकता/जन्मदर्ता | नाता | कैफियत |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

संलग्न कागजातहरुः

- परिवारका मुख्य सदस्य/व्यक्तिको नागरिकता/ रा.प.प. र नाबालकको हकमा जन्मदर्ताको प्रतिलिपि,
- रोग निदान भएको प्रेस्किप्सन

सिफारिस गर्ने वडा अध्यक्षको नामः

दस्तखत कार्यालयको छाप मितिः

**द्रस्टव्यः** वडा कार्यालयले सिफारिस गर्दा देहाय विवरण अनिवार्य खुलेको हुनुपर्नेछः-

१. परिवारका सदस्यको नाम, थर, ठेगाना, ना.प्र.प.नं. वा रा .प. प र नाबालकको हकमा जन्म दर्ता प्रमाण पत्र र सम्पर्क नं.

२. परिवारको मुख्य व्यक्तिको नागरिकता वा रा.प.प. को प्रतिलिपि

३. रोगको निदान भएको चिकित्सकको अनुसूची २ बमोजिमको पत्र

**अनुसूची -४**

बीमा दर्ता सहयोगीले सिकलसेल तथा थालासेमिया रोग भएका बिरामी घरपरिवारको नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रममा आबद्ध गरेको विवरणको ढांचा

सिकलसेल / थालासेमिया रोग भएको बिरामी र निजका परिवारको नि:शुल्क स्वास्थ्य बीमा विवरण :-

| क्र. स. | नाम थर | ठेगाना | सिकलसेल तथा थालासेमिया रोग भएका व्यक्तिको ना.प्र.प.न/रा.प.प.न/ जन्मदर्ता नं | विमित भएको परिवार सदस्य संख्या | दर्ता भएको घरमुलीको स्वास्थ्य बीमा नम्बर | सम्पर्क नम्बर |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

विमा दर्ता सहयोगीको नामथर :-

ठेगाना :-

दस्तखत:-

मोबाइल नं.:-

आज्ञाले,

............................

प्रमुख प्रशासकीय अधिकृत

टीकापुर नगरकार्यपालिको कार्यालय