



अनुसूची-८
(नियम १८ को उपनियम(२) संग सम्बन्धित)
नेपाल सरकार

स्वास्थ्य बीमा बोर्ड
सेवा सम्झौता पत्र

स्वास्थ्य बीमा ऐन, २०७४ र स्वास्थ्य बीमा नियमावली, २०७५ को अधिनमा रही सेवा उपलब्ध गराउन दुवै पक्ष सहमत भएकोले संलग्न सेवा सुविधा सूची अन्तर्गतको सेवा प्रदान गर्न यो सम्झौता गरिएको छ ।

१. यो नेपाल सरकार, स्वास्थ्य बीमा बोर्ड (यस पछि प्रथम पक्ष भनिने) र श्री घोडाघोडी नगर अस्पताल, घोडाघोडी नगरपालिका-२, साढेपानी, कैलाली (यस पछि दोस्रो पक्ष भनिने) बीच भएको सम्झौता हो ।

२. प्रथम पक्षको दायित्व देहाय बमोजिम हुनेछ :

- (क) दोस्रो पक्षका कर्मचारीलाई स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमका विषयमा जानकारी गराउने,
- (ख) कार्यक्रम संग सम्बन्धित प्रचार सामग्री (ब्रान्सर, पोस्टर आदि) दोस्रो पक्षलाई उपलब्ध गराउने,
- (ग) कार्यक्रम सञ्चालनको लागि आवश्यक जनशक्तिलाई बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली, दावी भुक्तानी तथा उपचार खर्च दर रेटका बारेमा जानकारी गराउने,
- (घ) दोस्रो पक्षबाट माग दावी गरिएको भुक्तानी रकम तोकिएको म्याद भित्र भुक्तानी दिने,
- (ङ) दोस्रो पक्षलाई वोर्डले तोकेको दरमा बहिरंग सेवा, आकस्मिक सेवा र सम्झौता हुँदाका बखत सहमती भएको व्यवस्था अनुरूप अन्तरंग सेवाको भुक्तानी गर्ने ।
- (च) प्रथम पक्षले स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रमले व्यहोने भनी उल्लेख भएका औषधिहरु सम्झौता हुँदाका बखत तोकिएको दरमा भुक्तानी गर्ने ।

३. दोस्रो पक्षको जिम्मेवारी देहाय बमोजिम हुनेछ :

- (क) बीमितको क्रियाशील अवधि भित्र नियमावली उल्लेख भए बमोजिमको सुविधा थैली अन्तर्गतका सेवा प्रदान गर्नुपर्ने,
- (ख) कार्यक्रमका सदस्यलाई शिष्टता पूर्वक यस नियमावली बमोजिमका सेवा सुविधा गुणस्तरीय रूपमा प्रदान गर्ने गराउने,
- (ग) दर्ता एवं सोधपुछका लागि उचित प्रबन्ध मिलाउने,
- (घ) दावीहरु बीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणालीमा प्रविष्टि गर्ने व्यवस्था मिलाउने,
- (ङ) दोस्रो पक्षले आफ्नै परिसरमा औषधि वितरण कक्षको व्यवस्थापन गर्ने र सदस्यलाई तोकिएको सेवा तथा औषधिहरुको निरन्तर उपलब्ध गराउने व्यवस्था मिलाउने,
- (च) सेवा ग्राहीको गुनासो सुनुवाई र सोको व्यवस्थापन गर्ने, गराउने,
- (छ) सदस्यता दर्ता गर्ने कार्यमा आवश्यक सहयोग गर्ने गराउने,
- (ज) सेवा दिनु अघि सदस्यले पाउने सुविधा कति बाँकी छ भन्ने कुराको जानकारी सेवाग्राही सदस्यलाई दिने,
- (झ) स्वास्थ्य बीमा वोर्डले दावी लगाएतका विषयहरुमा माग गरेको विषयमा जवाफ पठाउनु पर्ने ।
- (ञ) उपचार सेवा दिदा राष्ट्रिय उपचार संहिता (प्राटोकल) को अनुसरण गर्नु पर्नेछ । राष्ट्रिय उपचार संहिता (प्राटोकल) को नभएको अवस्थामा प्रचलित उपचार संहिताको पालना गर्नु पर्ने ।

जवाफ



(ट) दावी भुक्तानी वीमा व्यवस्थापन सूचना प्रणाली मार्फत गर्नु पर्ने ।

(ठ) दावी भुक्तानी सम्बन्धमा प्रथम पक्षबाट थप विवरण माग भएमा बुझाउनु पर्ने ।

४. प्रथम पक्षले देहायको अवस्थामा सुनुवाइको मौका दिई दोस्रो पक्ष संग भएको सम्झौता स्थगन वा रद्द गर्न सक्नेछः-

(क) सम्झौता अनुसारको सेवा उपलब्ध नगराएमा,

(ख) ऐन र यस नियमावली बमोजिम राख्नु पर्ने अभिलेख अद्यावधिक गरेको नदेखिएमा वा भुट्टा प्रतिवेदन पेश गरेमा,

(ग) कार्यक्रम संचालनमा लापरवाही गरेमा वा आफ्नो संस्थामा त्यस्तो सेवा उपलब्ध हुदाहुदै अन्यत्र प्रेषण गरेमा,

(घ) अनुगमन तथा मूल्यांकन बाट उठाइएका विषयहरु निर्धारित समयावधी भित्र पालना नगरेमा ।

५. यो सम्झौता कार्यान्वयन गर्ने सिलसिलामा कुनै दुविधा वा विवाद उत्पन्न भएमा दुवै पक्षको सहमतिमा त्यस्तो दुविधा वा विवादको समाधान गरिनेछ ।

६. यो सम्झौताको अवधि पाँच वर्षको हुनेछ र सो अवधि समाप्त हुनु भन्दा दुई महिना अगावै नवीकरणका लागि आवेदन गर्नु पर्नेछ ।

७. भुक्तानीका दरहरु नवीकरण हुनेछन् । नवीकरण नभएको हकमा सम्झौतामा उल्लिखित दरमा भुक्तानी हुनेछ ।

८. यो सम्झौता मिति २०८१ असोज ०१ गते देखि लागु हुने छ ।

प्रथम पक्षको तर्फबाट

दोस्रो पक्षको तर्फबाट

दस्तखत :

नाम : अनमोल रावल

पद : जिल्ला संयोजक

कार्यालय : स्वास्थ्य बीमा बोर्ड,

जिल्ला सर्म्पक कार्यालय, कैलाली

मिति : २०८१/०५/२४



दस्तखत :

नाम : डा. हेमनाथ आचार्य

पद : मेडिकल अधिकृत

कार्यालय : घोडाघोडी नगर अस्पताल

घोडाघोडी नगरपालिका-२, साढेपानी, कैलाली

मिति : २०८१/०५/२४



रोहवर

दस्तखत :

नाम : जनक बहादुर साउद

पद : प्रदेश संयोजक

कार्यालय : स्वास्थ्य बीमा बोर्ड,

सु.प. प्रदेश कार्यालय, कैलाली ।



दस्तखत :

नाम : कैलाश कुमार रावल

पद : स्वास्थ्य शाखा प्रमुख

कार्यालय : घोडाघोडी नगरपालिका, कैलाली ।

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)