कर्मचारी सञ्चय कोष

पुल्चोक, ललितपुर

परिपत्र नं. ११२२ **मितिः २०८०/०९/२०**

कोष सञ्चालक समितिको मिति २०८०/०९/१६ को बैठक नं. १६७३ बाट संलग्न "**कर्मचारी सञ्चय कोष, सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन विनियम, २०८०**" स्वीकृत भई लागू भएको व्यहोरा सम्बन्धित सबैको जानकारीको लागि सूचित गरिन्छ।

(जीतेन्द्र धिताल)
प्रशासक

कर्मचारी सञ्चय कोष,
सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन विनियम, २०८०

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

(सञ्चालक समितिको मिति २०८०/०९/१६ को बैठक नं. १६७३ बाट स्वीकृत)

कर्मचारी सञ्चय कोष

सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन विनियम, २०८०

कोषले सञ्चयकर्तालाई उपलव्ध गराउने सामाजिक सुरक्षा सुविधालाई एकिकृत र व्यवस्थित गर्न आवश्यक भएकोले नेपाल सरकारबाट स्वीकृत कर्मचारी सञ्चय कोषका जगेडा कोष, कल्याणकारी कोष, निवृत्तिभरण कोष र अन्य कोषहरु सञ्चालन नियमावली, २०६२ (तेस्रो संशोधन सहित) को नियम ५ को अधिनमा रही कर्मचारी सञ्चय कोष ऐन, २०१९ को दफा ३०क. ले दिएको अधिकार प्रयोग गरी सञ्चालक समितिले देहायको विनियम बनाएको छ ।

परिच्छेद - एक

प्रारम्भिक

१. **संक्षिप्त नाम र प्रारम्भ :** (१) यो विनियमको नाम "कर्मचारी सञ्चय कोष, सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन विनियम, २०८०" रहेको छ ।

(२) यो विनियम २०८० साल फागुन १ गते देखि लागू हुनेछ ।

२. **परिभाषा :** बिषय वा प्रसंगले अर्को अर्थ नलागेमा यस विनियममा :

(क) "अस्पताल" भन्नाले अनुसूची -१ मा उल्लेख भएबमोजिमका नेपाल भित्रका अस्पताल, नर्सिङ्ग होम, स्वास्थ्य केन्द्र वा यस्तै प्रकारका अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायक संस्था सम्झनु पर्छ ।

(ख) "अस्पताल भर्ना" भन्नाले विरामीले कम्तीमा चौविस घण्टाको लागि अस्पताल भर्ना भई उपचार गरेको अवस्था सम्झनु पर्छ ।सो शब्दले रोगको प्रकृतिको कारण सम्बन्धित चिकित्सकको सिफारिसमा अस्पताल भर्ना भएको चौविस घण्टा अगावै डिस्चार्ज हुन सक्ने बिशेष अवस्था समेत सम्झनु पर्छ ।

(ग) "आंशिक अङ्गभङ्ग" भन्नाले विनियम ५ (४) मा उल्लेख भएको अवस्था सम्झनु पर्छ ।

(घ) "ऐन" भन्नाले कर्मचारी सञ्चय कोष ऐन, २०१९ (संशोधन सहित) सम्झनु पर्छ ।

(ङ) "काजकिरिया अनुदान योजना" भन्नाले सञ्चयकर्ताको हकवालालाई विनियम ४ बमोजिम भुक्तानी गरिने अनुदान रकम सम्झनु पर्छ ।

(च) "कोष" भन्नाले ऐनको दफा ३ बमोजिम स्थापना भएको कर्मचारी सञ्चय कोष सम्झनु पर्छ ।

(छ) "चिकित्सक" भन्नाले नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भई नेपालको प्रचलित कानून बमोजिम चिकित्सकको रुपमा औषधी उपचार गर्न अनुमति प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी सम्झनु पर्छ ।

(ज) "दुर्घटना क्षतिपूर्ति योजना" भन्नाले सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालालाई विनियम ५ बमोजिम भुक्तानी गरिने क्षतिपूर्तिको रकम सम्झनु पर्छ ।

(झ) "नियमावली" भन्नाले कर्मचारी सञ्चय कोषका जगेडा कोष, कल्याणकारी कोष, निवृत्तिभरण कोष र अन्य कोषहरु सञ्चालन नियमावली, २०६२ (तेस्रो संशोधन सहित) सम्झनु पर्छ ।

(ञ) "प्रशासक" भन्नाले ऐनको दफा ६क वमोजिम नियुक्त कोषको प्रशासक सम्झनु पर्छ । सो शब्दले कोषको दैनिक कार्य सञ्चालन गर्न जिम्मेवारी पाएको निमित्त वा कार्यवाहक प्रशासक समेत जनाउने छ ।

(ट) "पूर्ण अङ्गभङ्ग" भन्नाले विनियम ५ (३) मा उल्लेख भएको अवस्था सम्झनु पर्छ ।

(ठ) "योजना" भन्नाले विनियम ३ मा व्यवस्था भएका सामाजिक सुरक्षा योजना सम्झनु पर्छ ।

(ड) "विनियम" भन्नाले कर्मचारी सञ्चय कोष, सामाजिक सुरक्षा योजना सञ्चालन विनियम, २०८० सम्झनु पर्छ ।

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

(ढ) "विभाग" भन्नाले यस विनियममा व्यवस्था भएका सामाजिक सुरक्षा योजनाको कार्यान्वयन तथा व्यवस्थापन गर्ने जिम्मेवारी तोकिएको विभाग सम्झनु पर्छ।

(ण) "विभागीय प्रमुख" भन्नाले कोषको सम्वन्धित विभागको प्रमुख सम्झनु पर्छ।

(त) "शाखा कार्यालय" भन्नाले यस विनियममा व्यवस्था भएको सामाजिक सुरक्षा योजनाको कार्यान्वयन तथा व्यवस्थापन गर्ने जिम्मेवारी तोकिएको कोषको शाखा कार्यालय र सेवा केन्द्र सम्झनु पर्छ।

(थ) "शाखा प्रमुख" भन्नाले शाखा कार्यालयको प्रमुख सम्झनु पर्छ।

(द) "सञ्चालक समिति" भन्नाले ऐनको दफा ४ बमोजिम गठन भएको कोषको सञ्चालक समिति सम्झनु पर्छ।

(ध) "सञ्चयकर्ता कल्याणकारी कोष" भन्नाले नियमावलीको नियम ५ मा व्यवस्था भएको सामाजिक सुरक्षा योजनाको खर्च व्यहोर्ने प्रयोजनको लागि ऐनको दफा २५ तथा नियमावलीको नियम ३ बमोजिम स्थापना भएको कोष सम्झनु पर्छ।

(न) "सञ्चयकर्ता" भन्नाले ऐनको दफा १२ र १२ख बमोजिम कोषमा नियमित रुपमा रकम जम्मा गर्ने सञ्चयकर्ता कर्मचारी सम्झनु पर्छ।

(प) "सुत्केरी तथा शिशु स्याहार योजना" भन्नाले सञ्चयकर्ता वा निजको पत्नी सुत्केरी भएमा विनियम ६ बमोजिम निजलाई प्रदान गरिने सुविधा सम्झनु पर्छ।

(फ) "सूचिकृत चिकित्सक" भन्नाले नेपाल मेडिकल काउन्सिलमा दर्ता भई नेपालको प्रचलित कानून बमोजिम चिकित्सकको रुपमा औषधी उपचार गर्न अनुमति प्राप्त गरी कोषमा सूचीकृत भएको स्वास्थ्यकर्मी सम्झनु पर्छ।

(ब) "स्वास्थ्य उपचार योजना" भन्नाले सञ्चयकर्ता वा निजको पति वा पत्नीको साधारण वा घातक रोगको उपचारमा भएको खर्च रकम सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालालाई विनियम ७ बमोजिम शोधभर्ना दिईने रकम सम्झनु पर्छ।

(भ) "हकवाला" भन्नाले प्रचलित कानून बमोजिमको हकवाला सम्झनु पर्छ।

परिच्छेद–दुई

सामाजिक सुरक्षा योजना

३. **सामाजिक सुरक्षा योजना :** नियमावलीको नियम ५ मा भएको व्यवस्था बमोजिम सञ्चयकर्ता कल्याणकारी कोषमा व्ययभार हुने गरी कोषले सञ्चयकर्ताको हितमा देहायको सामाजिक सुरक्षा योजना लागू गरेको छ :

(१) काजकिरिया अनुदान योजना,

(२) सुत्केरी तथा शिशु स्याहार योजना,

(३) दुर्घटना क्षतिपूर्ति योजना,

(४) स्वास्थ्य उपचार योजना र

(५) सञ्चालक समितिले समय समयमा तोकेबमोजिमका अन्य सामाजिक सुरक्षा योजना।

४. **काजकिरिया अनुदान योजना :** यो योजना अन्तर्गत सञ्चयकर्ताको सेवाकालमा मृत्यु भएमा निजको हकवालालाई काजकिरिया अनुदान बापत चालिस हजार रुपैयाँ भुक्तानी दिन सकिनेछ।

५. **दुर्घटना क्षतिपूर्ति योजना :** (१) सञ्चयकर्ता सेवाकालमा दुर्घटनामा परी मृत्यु भएमा वा पूर्ण अङ्गभङ्ग भएमा सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालालाई दुर्घटना क्षतिपूर्ति वापत दुई लाख रुपैयाँ भुक्तानी दिन सकिनेछ र आंशिक

प्रतिलिपि
सचिव
संचालक समिति

अङ्गभङ्ग भएमा उपविनियम (४) को समुह "क" को लागि पच्चिस हजार रुपैयाँ, समुह "ख" को लागि पन्ध्र हजार रुपैयाँ र समुह "ग" को लागि दश हजार रुपैयाँ भुक्तानी दिन सकिनेछ ।

(२) देहायको कुनै एक अवस्थामा परी सञ्चयकर्ताको मृत्यु वा पूर्ण अङ्गभङ्ग भएमा निज वा निजको हकवालालाई उपविनियम (१) बमोजिमको रकम भुक्तानी दिन सकिनेछ :

(क) एकतर्फी आक्रमण वा दोहोरो भीडन्त वा युद्धमा परेर,

(ख) भीरबाट लडेर वा बाढी पहिरोमा परेर,

(ग) चट्याङ्ग, बिजुलीको करेण्ट, विष्फोटन, सर्पको डसाई, आगलागी, जनावरको आक्रमण वा अन्य यस्तै दैवी विपत्तिमा परेर,

(घ) जल, स्थल वा हवाई यातायात दुर्घटनामा परेर ।

(३) उपविनियम (१) को प्रयोजनको लागि पूर्ण अङ्गभङ्ग भन्नाले देहायमध्येको कुनै एक अवस्था सम्झनु पर्छ :

(क) दुवै आँखा नदेख्ने भएमा,

(ख) दुवै हात पूर्ण रुपले काम नलाग्ने भएमा,

(ग) दुवै खुट्टा पूर्ण रुपले काम नलाग्ने भएमा,

(घ) एउटा हात र एउटा खुट्टा पूर्ण रुपले काम नलाग्ने भएमा ।

(४) उप विनियम (१) को प्रयोजनको लागि आंशिक अङ्गभङ्ग भन्नाले देहायमध्येको कुनै एक अवस्था सम्झनु पर्छ :

समुह "क"

(अ) घुँडा माथि एउटा खुट्टा काटिएको,

(आ) कुहिना माथि एउटा हात काटिएको,

(इ) एउटा आँखाले नदेख्ने वा कानले नसुन्ने भएको,

(ई) टाउकोको चोटले गर्दा स्नायु प्रणालीमा आघात परेको

(उ) काम गर्ने प्रमुख हात काटिएको ।

समुह "ख"

(अ) घुँडा मुनी एउटा खुट्टा काटिएको,

(आ) काम गर्ने सहायक हात काटिएको,

(इ) मांशपेशीको चोट वा हड्डी जोर्नी भाँच्चिएको वा स्नायु प्रणालीमा चोट लागेको कारणले जोर्नी तथा औंलाहरु नचल्ने भएको,

(ई) स्नायुमा चोट लागी मांशपेशीले काम नगर्ने भएको,

समुह "ग"

(अ) फोक्सोको टुक्रा काटी फ्याँकिएको,

(आ) आंशिक कलेजो काटिएको,

(इ) आन्द्राको टुक्रा काटी फ्याँकिएको,

(ई) फियो काटी फ्याँकिएको ।

(५) यस विनियममा अन्यत्र जुनसुकै कुरा लेखिएको भएतापनि देहायमध्येको कुनै एक अवस्था भएको पाईएमा दुर्घटना क्षतिपूर्तिको रकम भुक्तानी दिईने छैन :

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

(क) आत्महत्या, रोग वा कालगतिको कारणले सञ्चयकर्ताको मृत्यु भएको पाईएमा,

(ख) मृत्यु भएको वा अङ्गभङ्ग भएको मिति भन्दा कम्तीमा तीन महिना पहिला देखि कोषमा नियमित रुपमा कोषकट्टी दाखिला नभएको पाईएमा,

(ग) दुर्घटना क्षतिपूर्ति लिने मनशायले कुनै दुर्घटना घटाएको पाईएमा,

(घ) नेपाल बाहिर दुर्घटना भएको पाईएमा,

(ङ) सञ्चयकर्ता वा निजको हकवाला वा निजको कार्यालयले दुर्घटनाको बारेमा दुर्घटना भएको मितिले तीन महिना भित्र कोषलाई लिखित जानकारी नगराएमा,

(च) दुर्घटना भएको मितिले एक बर्ष भित्र दुर्घटना क्षतिपूर्ति दावी पेश नगरेमा,

(छ) क्षतिपूर्ति लिने मनशायले झूठो विवरण वा बनावटी प्रमाण पेश गरेको पाईएमा।

६. **सुत्केरी तथा शिशु स्याहार योजना :** (१) यो योजना अन्तर्गत सञ्चयकर्ता वा सञ्चयकर्ताको पत्नी सुत्केरी भएमा निजलाई सुत्केरी तथा शिशु स्याहार सुविधा बापत सेवा अवधिभरमा प्रति प्रसुति सात हजार पाँच सय रुपैंयाँको दरले बढीमा पन्ध्र हजार रुपैंयाँ भुक्तानी दिन सकिनेछ।

(२) सञ्चयकर्ता वा निजको पति/पत्नी दुवैजना सञ्चयकर्ता भएको अवस्थामा यो सुविधा एकजनालाई मात्र उपलब्ध गराइनेछ।

(३) सुत्केरी भएको मिति भन्दा कम्तीमा तीन महिना अघि देखि कोषकट्टी रकम नियमित नभएमा यो सुविधाको रकम भुक्तानी दिईने छैन।

७. **स्वास्थ्य उपचार योजना:** (१) साधारण रोग: सञ्चयकर्ता वा निजको पति/पत्नी अस्पताल भर्ना भई उपचार गरेको साधारण रोगको हकमा देहायको सीमासम्मको खर्च रकम सञ्चयकर्ता वा निजको पति/पत्नी वा निजको हकवालालाई शोधभर्ना दिन सकिनेछ :

(क) सञ्चयकर्ता वा निजको पति/पत्नी समेतलाई गरी देहायको सीमाको अधिनमा रही एक आर्थिक वर्षमा एक लाख रुपैंयाँमा नबढ्ने गरी दावी रकमसम्म औषधि उपचार बापतको खर्च शोधभर्ना दिन सकिनेछ :

(अ) उपचार शुल्क (Therapeutic Charge) : अधिकतम चालिस हजार रुपैंयाँसम्म (Surgeon, Anesthetist को शुल्क, Operation Theatre को शुल्क वा Alternative Procedureबापतको खर्च)।

(आ) रोग परीक्षण शुल्क, औषधि तथा उपकरण खरिद खर्च : एक पटकको उपचारमा पन्ध्र हजार रुपैंयाँमा नबढ्ने गरी अधिकतम तीस हजार रुपैंयाँसम्म (चिकित्सकको जाँच, रोग परीक्षण जस्तै: PAC, X-ray, USG, MRI, CT Scan को शुल्क, Pathology वा चिकित्सकको सिफारिस बमोजिमको रोग निदान (Diagnosis) शुल्क बापतको खर्च)।

(इ) अस्पताल बेड शुल्क : एक पटकको उपचारमा पन्ध्र हजार रुपैंयाँमा नबढ्ने गरी प्रति दिन दुई हजार रुपैंयाँको दरले तीस हजार रुपैंयाँसम्मको बेड शुल्क बापतको खर्च।

(ख) साधारण रोग अन्तर्गत एक पटकमा दश हजार रुपैंयाँ भन्दा घटी खर्चको शोधभर्ना हुने छैन।

(ग) यो सुविधा सञ्चयकर्ता वा निजको पति/पत्नी समेतलाई एक आर्थिक वर्षमा बढीमा दुई पटक उपलब्ध गराउन सकिनेछ।

(घ) सञ्चयकर्ता वा निजको पति/पत्नी अस्पताल भर्ना भई डिस्चार्ज भएको अवधिसम्मको उपचार खर्चमात्र शोधभर्ना दिइनेछ।

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

(२) घातक रोग : सञ्चयकर्ता वा निजको पति/पत्नी अस्पताल भर्ना भई उपचार गरेको घातक रोगको हकमा सञ्चयकर्ता वा निजको पति/पत्नी वा निजको हकवालालाई शोधभर्ना दिन सकिनेछ :

(क) घातक रोग भन्नाले देहायका रोगलाई सम्झनु पर्छ र घातक रोगको व्याख्यात्मक विवरण अनुसूची- ८ बमोजम हुनेछ:

(अ) Cancer

(आ) Heart Attack

(इ) Brain Hemorrhage

(ई) Kidney Failure

(उ) Lungs Transplant

(ऊ) Liver Damage

(ए) Head Injury

(ऐ) Spinal Injury

(ओ) Paralysis

(औ) Parkinson

(अं) Sickle Cell Anemia

(अः) Alzheimer

(ख) सञ्चयकर्ता वा निजको पति/पत्नी समेतलाई देहायको सीमाको अधिनमा रही सेवा अवधि भरमा दश लाख रुपैंयाँमा नबढ्ने गरी दावी गरेको खर्च रकमसम्म औषधि उपचार बापतको शोधभर्ना दिन सकिनेछ :

(अ) अस्पताल भर्ना भई रोग पहिचानको क्रममा भएको खर्चमध्ये बढीमा एक लाख रुपैंयाँ।

(आ) अस्पताल भर्ना भई उपचारको क्रममा भएको खर्चमध्ये बढीमा सात लाख रुपैंयाँ।

(इ) अस्पतालबाट Discharge भए पछिFollow-upको क्रममा भएको खर्चमध्ये बढीमा दुई लाख रुपैंयाँ।

तर, Cancer रोगको लागि Chemotherapy पद्धतिबाट उपचार गर्दा र Kindly Failure भई नियमित Dialysis पद्धतिबाट उपचार गर्दा Follow-up को क्रममा भएको खर्च रकमलाई उपचार खर्चको सिमामा रही नौ लाख रुपैंयाँसम्म शोधभर्ना उपलब्ध गराउन सकिनेछ।

(ई) उपचारको क्रममा भर्ना भई अस्पताल बसेको हकमा प्रति दिन दुई हजार, ICU / CCU / HDU हकमा प्रति दिनतीन हजारर ICU / CCU / HDU सहित Ventilator को हकमा पाँच हजार रुपैंयाँसम्मको दरले अस्पताल बेड शुल्क बापतको खर्च शोधभर्ना हुनेछ।

(ग) घातक रोग अन्तर्गत एक पटकमा पच्चिस हजार रुपैंयाँभन्दा घटी खर्चको शोधभर्ना हुने छैन।

(घ) यो योजनाको रकम सञ्चयकर्ताको सेवाकालमा पटक पटक गरी सोधभर्ना दिन सकिनेछ।

(ङ) उपचारको क्रममा मृत्यु भएको सञ्चयकर्ता वा निजको पति/पत्नीको हकमा यो योजनाको रकम प्रचलित कानून बमोजिमको हकवालालाई शोधभर्ना दिन सकिनेछ।

(च) यो योजना अन्तर्गत अस्पताल भर्ना भई डिस्चार्ज नभएसम्मको अवधि र Follow Up को क्रममा चिकित्सकले परीक्षण वा उपचार गरेको दिनको खर्चमात्र शोधभर्ना दिन सकिनेछ।

(३) यस विनियममा अन्यत्र जुनसुकै कुरा लेखिएको भएतापनि स्वास्थ्य उपचार योजना अन्तर्गत अनुसूची-९मा उल्लेख भएका खर्च तथा अवस्थामा कोषले कुनै रकम शोधभर्ना गर्नेछैन।

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

परिच्छेद–तीन

योजनामा सहभागी, दावी फछ्यौंट तथा शोधभर्ना प्रक्रिया

८. **योजनामा सहभागी हुन सक्ने:** (१) यस विनियम बमोजिमको योजनामा सहभागी हुन सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालाले नियमानुसार दावी गर्नु पर्नेछ।

(२) देहायको अवस्थामा सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालाले देहायको योजना अन्तर्गत दावी गर्न सक्नेछ:

(क) काजकिरिया अनुदानको लागि: सञ्चयकर्ताको रुपमा सुचिकरण भई कोषकट्टी गरेको।

(ख) दुर्घटना क्षतिपूर्तिको लागि: दुर्घटना भएको मितिमा कम्तीमा तीन महिना नियमित रुपमा कोषकट्टी गरेको,

(ग) सुत्केरी तथा शिशु स्याहार सुविधाको लागि: सुत्केरी भएको मितिमा कम्तीमा छ महिना नियमित रुपमा कोषकट्टी गरेको,

(घ) स्वास्थ्य उपचार सुविधाको लागि: अस्पताल भर्ना भएको मितिमा कम्तीमा छ महिना कोषकट्टी भएको।

९. **सुविधाको लागि दावी पेश गर्नु पर्ने :** (१) सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालाले योजना अनुरुपको सुविधा दावी गर्दा देहाय बमोजिमको समयावधिभित्र दावी फारम भरी कोषको विभाग वा शाखा कार्यालयमा पेश गर्नुपर्नेछ :

(क) काजकिरिया अनुदानको लागि : मृत्यु भएको मितिले एक वर्षभित्र अनुसूची-२ अनुरुपको फाराम,

(ख) दुर्घटना क्षतिपूर्तिको लागि : घटना भएको मितिले एक वर्षभित्र अनुसूची-३ अनुरुपको फाराम,

(ग) सुत्केरी तथा शिशु स्याहार सुविधाको लागि : प्रसुति भएको मितिले छ महिनाभित्र अनुसूची-४ अनुरुपको फाराम,

(घ) सञ्चयकर्ता स्वास्थ्य उपचार सुविधाको लागि : अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएको मितिले दुई महिना र विरामीको मृत्यु भएको हकमा तीन महिनाभित्र अनुसूची-५ र अनुसूची-५ (क) अनुरुपको दावी फाराम।

(२) सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालाले उपविनियम (१) अनुसार दावी पेश गर्दा अनुसूची-६ मा उल्लेख भए बमोजिमको कागजातहरु संलग्न गर्नु पर्नेछ।

१०. **दावी फछ्यौंट, भुक्तानी तथा शोधभर्ना :** विनियम ९ बमोजिम पेश भएको दावीको फछ्यौंट र शोधभर्ना देहाय बमोजिम गरिनेछ :

(१) विनियम ९ बमोजिम पेश हुन आएका कागजातको पर्याप्तताको परीक्षण शाखा कार्यालय वा कोषको विभागबाट गर्नु पर्नेछ। कागजात परीक्षणको सिलसिलामा आवश्यक भएमा सम्वन्धित सञ्चयकर्ता, सञ्चयकर्ताको कार्यालय, सम्वन्धित अस्पताल वा अन्य कुनै निकायसँग थप कागजात तथा सूचना माग गर्न सकिनेछ।

(२) स्वास्थ्य उपचार सुविधा दावी गर्ने सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालाबाट पेश भएका सम्पूर्ण कागजातहरु कोषमा सुचीकृत चिकित्सकबाट परीक्षण गराई रोग पहिचान, रोग निदानको प्रक्रिया, रोग परीक्षणका रिपोर्टहरु र सो सँग सम्वन्धित खर्च बीलहरु यकिन गर्नु पर्नेछ।

(३) सामाजिक सुरक्षा सुविधा दावी गर्ने सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालाबाट पेश भएका तोकिए बमोजिमका सम्पुर्ण कागजातको परीक्षणबाट कागजात पर्याप्त रहेको र दावी पुग्ने देखिएमा तोकिएको सीमासम्म शाखा कार्यालयले र सो भन्दा माथिको दावी फछ्यौंटको लागि विभागले प्रक्रिया अघि बढाउनु पर्नेछ।

प्रतिलिपि सचिव संचालक समिति

(४) दावी पेश भएको सामाजिक सुरक्षा सुविधामध्ये काजकिरिया खर्च, सुत्केरी तथा शिशु स्याहार सुविधा र साधारण रोगको हकमा विनियम ११ बमोजिमको अधिकारीबाट, दुर्घटना क्षतिपुर्तिको हकमा विनियम १२ (१) बमोजिमको समितिबाट र घातक रोगको हकमा विनियम १३ (१) बमोजिमको समितिबाट दावी फछ्यौंटको निर्णय गर्नु पर्नेछ । यसरी निर्णय भएपछी सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालालाई बिभाग वा शाखा कार्यालयले सो को जानकारी दिई दावी भुक्तानी/शोधभर्ना दिनु पर्नेछ ।

(५) यस विनियम बमोजिम कोषमा पेश भएको दावी दर्ता मितिले सामान्यतया तीन महिनाभित्र फछ्यौंट गर्नु पर्नेछ । दावी रकमको भुक्तानी/शोधभर्ना दावीकर्ताको बैक खाता (Direct Transfer to Account/DTA) मार्फत गर्नु पर्नेछ ।

(६) कोषबाट स्वास्थ्य उपचार सुविधा खर्चको शोधभर्ना गर्दा सम्बन्धित सञ्चयकर्ताले आफ्नो कार्यालय वा अन्य कुनै निकायबाट प्रदान गरिने सुविधा दोहोरो नपर्ने गरी दावी गर्नु पर्नेछ ।

(७) यस योजना अन्तर्गत सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालालाई भुक्तानी तथा शोधभर्ना दिएको रकमको अभिलेख शाखा कार्यालय वा विभागले अद्यावधिक गरी राख्नु पर्नेछ ।

(८) दुर्घटना क्षतिपूर्ति र स्वास्थ्य उपचार सुविधाको लागि कोषमा पेश हुन आएको दावी मध्ये अस्वीकृत भएको दावीको कारण सहित विवरण तयार गरी शाखा कार्यालयले विभाग समक्ष र विभागले विनियम १२ र विनियम १३ बमोजिमको सम्बन्धित समिति समक्ष पेश गर्नु पर्नेछ ।

परिच्छेद–चार

संस्थागत संरचना र अधिकार

११. **सुविधा दावीको निर्णय गर्ने अधिकारी:** सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालाले विनियम ९ बमोजिम गरेको सुविधाको दावी सम्बन्धमा निर्णय गर्ने अधिकार अनुसूची-७ बमोजिम हुनेछ ।

१२. **दुर्घटना क्षतिपूर्ति दावी फछ्यौंट समिति:** (१) दुर्घटना क्षतिपूर्ति दावी फछ्यौंट गर्नका लागि देहाय बमोजिमको दुर्घटना क्षतिपूर्ति दावी फछ्यौंट समिति रहनेछ :

(क)	प्रशासक	अध्यक्ष
(ख)	सम्बन्धित सहप्रशासक	सदस्य
(ग)	सञ्चालक समितिले तोकेको वरिष्ठ चिकित्सक	सदस्य
(घ)	सञ्चालक समितिले तोकेको बीमा विज्ञ	सदस्य
(ङ)	विभागको प्रमुख	सदस्य सचिव

(२) दुर्घटना क्षतिपूर्ति दावी फछ्यौंट समितिको काम कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ :

(क) समितिमा पेश हुन आएका दुर्घटना क्षतिपूर्तिको दावी सम्बन्धमा निर्णय गर्ने,

(ख) दावीको सम्वन्धमा कुनै विवाद उत्पन्न भएमा सोको निरुपण गरी अन्तिम किनारा लगाउने,

(ग) विनियम १४ बमोजिमको कारवाही प्रक्रिया अघि बढाउन सिफारिस गर्ने,

(घ) दुर्घटना क्षतिपूर्ति योजनाको सुधारको सम्बन्धमा सञ्चालक समितिलाई आवश्यक राय सुझाव उपलब्ध गराउने,

(ङ) यस विनियमको प्रतिकुल नहुने गरी कार्यविधि तोकी काम गर्न सक्ने ।

प्रतिलिपि
सचिव
संचालक समिति

(३) उपविनियम १ को (ग) र(घ) बमोजिमका सदस्यहरुको पदावधि चार वर्षको हुनेछ । तर, सञ्चालक समितिले चाहेमा कुनैपनि समयमा हेरफेर गर्न सक्नेछ ।

(४) समितिको बैठकमा भाग लिए वापत अध्यक्ष तथा सदस्यले पाउने बैठक भत्ता सञ्चालक समितिले तोके बमोजिम हुनेछ ।

१३. **स्वास्थ्य उपचार दावी शोधभर्ना समिति :** (१) घातक रोग उपचारको शोधभर्ना दावी सम्बन्धमा निर्णय गर्नको लागि देहाय बमोजिमको स्वास्थ्य उपचार दावी शोधभर्ना समिति रहनेछ :

(क)	प्रशासक	अध्यक्ष
(ख)	सम्बन्धित सहप्रशासक	सदस्य
(ग)	सञ्चालक समितिले तोकेको वरिष्ठ चिकित्सक	सदस्य
(घ)	विभागको प्रमुख	सदस्य सचिव

(२) स्वांस्थ्य उपचार दावी शोधभर्ना समितिको काम कर्तव्य र अधिकार देहाय बमोजिम हुनेछ :

(क) समितिमा पेश हुन आएका घातक रोग उपचारको दावी सम्बन्धमा निर्णय गर्ने,

(ख) दावीको सम्वन्धमा कुनै विवाद उत्पन्न भएमा सोको निरुपण गरी अन्तिम किनारा लगाउने,

(ग) विनियम १४ बमोजिमको कारवाही प्रक्रिया अघि बढाउन सिफारिस गर्ने,

(घ) स्वास्थ्य उपचार योजना सुधारको सम्बन्धमा सञ्चालक समितिलाई आवश्यक राय सुझाव उपलब्ध गराउने,

(ङ) यस विनियमको प्रतिकुल नहुने गरी कार्यविधि तोकी काम गर्न सक्ने ।

(३) उपविनियम १ को (ग) बमोजिमको सदस्यको पदावधि चार वर्षको हुनेछ । तर, सञ्चालक समितिले चाहेमा कुनै पनि समयमा हेरफेर गर्न सक्नेछ ।

(४) समितिको बैठकमा भाग लिए वापत अध्यक्ष तथा सदस्यले पाउने बैठक भत्ता सञ्चालक समितिले तोके बमोजिम हुनेछ ।

परिच्छेद–पाँच

विविध

१४. **गलत नियत राखेर सुविधा लिने उपर कारवाही :** (१) कुनै सञ्चयकर्ता वा निजको पति/पत्नी वा निजको हकवालाले गलत मनसायले कोषबाट सामाजिक सुरक्षा सुविधाको रकम लिएमा वा लिने प्रयास गरेमा वा सो कार्यमा सहयोग गरेको प्रमाणित भएमा कानूनी कारवाहीको लागि सम्वन्धित निकायमा लेखी पठाउन सकिनेछ ।

(२) उपविनियम (१) बमोजिम सामाजिक सुरक्षा सुविधा लिएको प्रमाणित भएमा सुविधाको दुरुपयोग गर्ने सञ्चयकर्तालाई भविष्यमा कोषबाट उपलब्ध हुने कुनै वा सवै सामाजिक सुरक्षा योजनाको सुविधाबाट बञ्चित गर्न सकिनेछ । साथै, सुविधाको दुरुपयोग गर्न सहयोग पुऱ्याउने अस्पताललाई अनुसूची १ मा रहेको अस्पतालको सूचिबाट हटाइने छ ।

(३) उपविनियम (१) बमोजिम सुविधा लिएको प्रमाणित भएमा त्यस्तो रकममा विशेष सापटीमा कायम रहेको व्याजदरले हुन आउने व्याज रकमसहित सम्वन्धित सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालाबाट कोषको लेना सरह मानी असुल उपर गर्न सकिनेछ ।

(४) गलत नियत राखी भुक्तानी दिने कार्यमा संलग्न भएको प्रमाणित भएमा कोषका कर्मचारीलाई समेत नियमानुसार कारवाही हुनेछ ।

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

१५. **दावी भुक्तानी सम्बन्धी विशेष व्यवस्था :** (१) यस विनियम बमोजिम आवश्यक कागजात संलग्न नगरी पेश हुन आएका दावी उपर कोषबाट कुनै कारवाही हुने छैन र यस प्रकारको दावीको कोषबाट भुक्तानी हुने छैन।

(२) यस विनियम बमोजिम कोषले सञ्चयकर्तालाई उपलब्ध गराउने सामाजिक सुरक्षा योजना अन्तर्गतको स्वास्थ्य उपचारको शोधभर्ना रकम सिधै सम्बन्धित अस्पताललाई भुक्तानी गर्ने व्यवस्था मिलाउन सक्नेछ।

(३) यस विनियम बमोजिम कोषले सञ्चयकर्तालाई सामाजिक सुरक्षा योजना अन्तर्गतको स्वास्थ्य उपचार योजना कार्यान्वयनको लागि अनुसूची १ मा उल्लेख भएका निजी क्षेत्रका अस्पतालहरुसँग समझदारी सम्झौता गर्न सकिनेछ।

१६. **व्याख्या र संशोधन :** (१) यस विनियमको कार्यान्वयनको सिलसिलामा कुनै द्विविधा वा कठिनाई आइपरेमा सोको व्याख्या गरी बाधा अड्काउ फुकाउने अधिकार सञ्चालक समितिलाई हुनेछ।

(२) सञ्चालक समितिले आवश्यकता अनुसार यस विनियमका ब्यवस्थाहरुमा समयानुकुल परिमार्जन वा संशोधन गर्न सक्नेछ।

(३) यस विनियमको अधिनमा रही प्रशासकले अनुसूचीहरुमा आवश्यकता अनुसार हेरफेर, संशोधन वा परिमार्जन गर्न सक्नेछ।

१७. **खारेजी र बचाउ :** (१) यो विनियम प्रारम्भ हुनुअघि कोषमा लागू रहेका काजकिरिया अनुदान योजना, दुर्घटना क्षतिपूर्ति योजना, सुत्केरी तथा शिशु स्याहार योजना र सञ्चयकर्ता स्वास्थ्योपचार योजना अन्तर्गत भएका सम्पूर्ण काम कारवाही यसै विनियम बमोजिम भएको मानिनेछ।

(२) कर्मचारी सञ्चय कोषका जगेडा कोष, कल्याणकारी कोष, निवृत्तिभरण कोष र अन्य कोषहरु सञ्चालन नियमावली, २०६२ (तेस्रो संशोधन सहित) मा भएको व्यवस्थामा नबाझिने गरी काजकिरिया अनुदान र दुर्घटना क्षतिपूर्तिको सम्बन्धमा उल्लेखित ब्यवस्था यसै विनियम अनुरुप हुनेछ।

(३) यो विनियम प्रारम्भ हुनुअघि अस्पताल भर्ना भई उपचार गराएका र कोषमा रकम शोधभर्ना दाबी गर्न बाँकी रहेका सञ्चयकर्तालाई साविकको व्यवस्था बमोजिम स्वास्थ्योपचारको रकम शोधभर्ना गर्न बाधा पर्नेछैन।

(४) सुत्केरी तथा शिशु स्याहार योजनासँग सम्बन्धित परिपत्र तथा स्वास्थ्य उपचार योजनासँग सम्बन्धित सञ्चयकर्ता स्वास्थ्योपचार योजना सञ्चालन कार्यविधि, २०७६ यो विनियम लागु भएपछि स्वतः खारेज हुनेछ।

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

(सञ्चालक समितिको मिति २०८०/०९/१६ को बैठक नं. १६७३ बाट स्वीकृत)

अनुसूची – १

(विनियम २ (क)सँग सम्बन्धित)

कर्मचारी सञ्चय कोष

अस्पतालको विवरण

(विनियम ७ बमोजिमको स्वास्थ्य उपचार योजनाको प्रयोजनको लागि)

१. नेपाल सरकारद्वारा विपन्न नागरिकहरूलाई औषधि उपचारका लागि सूचीकृत गरिएका देहाय बमोजिमका अस्पतालहरु :

(क) कोशी प्रदेशः

(१) इलाम अस्पताल, इलाम
(२) बी पी कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, धरान, सुनसरी
(३) मेची अस्पताल, भद्रपुर, झापा
(४) कोशी अस्पताल, विराटनगर, मोरङ
(५) विराटनगर अस्पताल प्रा लि, विराटनगर, मोरङ
(६) गोल्डेन अस्पताल प्रा लि, विराटनगर, मोरङ
(७) नेपाल स्वास्थ्य विकास तथा अनुसन्धान सहकारी लि., विराटनगर, मोरङ
(८) नोबेल मेडिकल कलेज, शिक्षण अस्पताल, विराटनगर, मोरङ
(९) न्यूरो कार्डियो मल्टिस्पेसियालिटी हस्पिटल, विराटनगर, मोरङ
(१०) ओमसाई पाथीभरा हस्पिटल प्रा लि,भद्रपुर, झापा
(११) पूर्णटुङ विर्ता सिटी अस्पताल, विर्तामोड, झापा
(१२) बी एण्ड सी मेडिकल कलेज शिक्षण अस्पताल, भद्रपुर, झापा
(१३) पुर्वाञ्चल क्यान्सर हस्पिटल, विर्तामोड, झापा
(१४) लाइफ लाइन अस्पताल प्रा लि,दमक,झापा
(१५) मनमोहन मेमोरियल क्षेत्रीय अस्पताल, विर्तामोड, झापा

(ख)मधेश प्रदेशः

(१) नारायणी उपक्षेत्रीय अस्पताल, वीरगंज, पर्सा
(२) प्रादेशिक अस्पताल, जनकपुर, धनुषा
(३) जानकी हेल्थकेयर अस्पताल प्रा लि,जनकपुरधाम, धनुषा
(४) गजेन्द्र नारायण सिंह अस्पताल, राजविराज, सप्तरी
(५) नेशनल मेडिकल कलेज, शिक्षण अस्पताल, वीरगंज, पर्सा
(६) वीरगंज हेल्थ केयर हस्पिटल, वीरगंज, पर्सा
(७) सिराहा अस्पताल, सिराहा
(८) प्रादेशिक अस्पताल, गौर, रौतहट
(९) सेभ लाइफ हस्पिटल एण्ड रिसर्च प्रा.लि., जनकपुर, धनुषा

(ग) बागमती प्रदेशः

(१) चिकित्सा विज्ञान राष्ट्रिय प्रतिष्ठान वीर अस्पताल, महाबौद्ध, काठमाडौं
(२) त्रि वि शिक्षण अस्पताल, महाराजगंज, काठमाडौं
(३) पाटन स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, पाटन, ललितपुर

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

(४) परोपकार प्रसुती तथा स्त्री रोग अस्पताल, थापाथली, काठमाडौं
(५) शहिद गंगालाल राष्ट्रिय हृदय केन्द्र, बाँसबारी, काठमाडौं
(६) निजामती कर्मचारी अस्पताल, मिनभवन, काठमाडौं
(७) कान्ति बाल अस्पताल, महाराजगंज, काठमाडौं
(८) मनमोहन कार्डियो थोरासिक भास्कुलर तथा ट्रान्स्प्लान्ट सेन्टर, महाराजगंज काठमाडौं
(९) वी. पी. कोइराला मेमोरियल क्यान्सर अस्पताल, भरतपुर, चितवन
(१०) शहिद धर्मभक्त राष्ट्रिय प्रत्यारोपण केन्द्र, भक्तपुर
(११) नेपाल मेडिकल कलेज, जोरपाटी, काठमाडौं
(१२) चितवन मेडिकल कलेज, शिक्षण अस्पताल, चितवन
(१३) कलेज अफ मेडिकल साइन्सेस, भरतपुर, चितवन
(१४) भक्तपुर क्यान्सर अस्पताल, भक्तपुर
(१५) राष्ट्रिय मृगौला उपचार केन्द्र, बनस्थली, काठमाडौं
(१६) धुलिखेल अस्पताल, काभ्रेपलाञ्चोक
(१७) बी एण्ड बी अस्पताल,ग्वार्को, ललितपुर
(१८) आरोग्य स्वास्थ्य प्रतिष्ठान, पुल्चोक, ललितपुर
(१९) नेशनल डायलाइसिस सेन्टर, बसुन्धरा, काठमाडौं
(२०) क्यान्सर केयर नेपाल, जावलाखेल, ललितपुर
(२१) वीरेन्द्र सैनिक अस्पताल, छाउनी, काठमाडौं
(२२) सुमेरू सामुदायिक अस्पताल प्रा लि,धापाखेल, ललितपुर
(२३) अल्का अस्पताल प्रा.लि., जावलाखेल, ललितपुर
(२४) हिमाल हस्पिटल प्रा लि,ज्ञानेश्वर, काठमाडौं
(२५) राष्ट्रिय ट्रमा सेन्टर, महांकाल, काठमाडौं
(२६) ग्राण्डी इन्टरनेशनल हस्पिटल प्रा लि,धापासी, काठमाडौं
(२७) वयोदा हस्पिटल प्रा लि,बल्खु, काठमाडौं
(२८) नेपाल क्यान्सर हस्पिटल एण्ड रिसर्च सेन्टर प्रा.लि.
(२९) काठमाडौं क्यान्सर सेन्टर, ताथलि, भक्तपुर
(३०) ओम हस्पिटल एण्ड रिसर्च सेन्टर, चावहिल, काठमाडौं
(३१) भेनस अस्पताल, मध्य बानेश्वर, काठमाडौं
(३२) किष्ट मेडिकल कलेज शिक्षण अस्पताल, इमाडोल, ललितपुर
(३३) अन्नपूर्ण न्युरोलोजिकल इन्स्टिच्युट एण्ड अलाइड साइन्सेस, माइतीघर, काठमाडौं
(३४) स्पाइनल इन्जुरी पुनर्स्थापना केन्द्र, साँगा, काभ्रेपलाञ्चोक
(३५) भरतपुर हस्पिटल, भरतपुर, चितवन
(३६) नेशनल सिटी हस्पिटल, भरतपुर, चितवन
(३७) भरतपुर सेन्ट्रल हस्पिटल प्रा लि, चितवन
(३८) ग्रिनसिटी अस्पताल प्रा लि, धापासी, काठमाडौं
(३९) नेपाल प्रहरी अस्पताल, महाराजगंज, काठमाडौं
(४०) ब्लुक्रस हस्पिटल प्रा लि,त्रिपुरेश्वर, काठमाडौं
(४१) चुरेहिल हस्पिटल प्रा लि, हेटौंडा
(४२) आश्विन्स मेडिकल कलेज एण्ड हस्पिटल प्रा लि, भैंसेपाटी, ललितपुर

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

(४३) मनमोहन मेमोरियल मेडिकल कलेज एण्ड टिचिङ हस्पिटल, स्वयम्भु, काठमाडौं
(४४) उपेन्द्र देवकोटा मेमोरियल नेशनल इन्स्टिच्युट अफ न्युरोलोजिकल एण्ड एलाइड साइन्सेस प्रा लि ., बाँसवारी, काठमाडौं
(४५) नेपाल अर्थोपेडिक अस्पताल, जोरपाटी, काठमाडौं
(४६) राष्ट्रिय मृगौला उपचार केन्द्र, रामेछाप शाखा
(४७) हेटौंडा अस्पताल, हेटौंडा
(४८) माया दया स्वास्थ्य क्लिनिक, बुढानिलकण्ठ, काठमाडौं
(४९) चिरायु डायलाइसिस सेन्टर, बसुन्धरा, काठमाडौं
(५०) शुभेच्छा अन्तर्राष्ट्रिय अस्पताल प्रा.लि., काठमाडौं
(५१) हस्पिटल फर एडभान्स मेडिसिन एण्ड सर्जरी प्रा.लि., चावहिल, काठमाडौं
(५२) काठमाडौं मेडिकल कलेज पब्लिक लिमिटेड, सिनामंगल, काठमाडौं
(५३) स्टार हस्पिटल प्रा.लि., सानेपा, ललितपुर
(५४) नेपाल भारत मैत्री अस्पताल, चाबहिल, काठमाडौं
(५५) काठमाडौं मोडेल अस्पताल, प्रदर्शनी मार्ग, काठमाडौं
(५६) सान डायलाइसिस सेन्टर, कान्तिपथ जमल, काठमाडौं
(५७) बकुलहर रत्ननगर अस्पताल, चिवतन
(५८) राष्ट्रिय मृगौला उपचार केन्द्र, गौशाला शाखा
(५९) धादिङ अस्पताल, धादिङ
(६०) त्रिशुली अस्पताल, नुवाकोट

(घ)गण्डकी प्रदेशः

(१) पोखरा स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, पोखरा, कास्की
(२) जिल्ला अस्पताल, नवलपरासी
(३) गण्डकी मेडिकल कलेज, पोखरा, कास्की
(४) मणिपाल शिक्षण अस्पताल, पोखरा, कास्की
(५) चरक मेमोरियल हस्पिटल प्रा.लि., पोखरा, कास्की
(६) धौलागिरी अस्पताल, बाग्लुङ
(७) लेकसिटी हस्पिटल एण्ड क्रिटिकल केयर प्रा लि, बगालेटोल, पोखरा
(८) पर्वत अस्पताल, पर्वत
(९) स्याङ्जा अस्पताल, स्याङ्जा
(१०) बेनी अस्पताल, म्याग्दी
(११) गोरखा अस्पताल, गोरखा
(१२) लमजुङ अस्पताल, लमजुङ
(१३) मध्यविन्दु जिल्ला अस्पताल, नवलपरासी
(१४) गौतमबुद्ध सामुदायिक मुटु अस्पतालको शाखा वालिङ डायलाइसिस सेन्टर
(१५) दमौली अस्पताल, दमौली, तनहुँ

प्रतिलिपि
सचिव
संचालक समिति

(ङ)लुम्बिनी प्रदेशः

(१) भेरी अस्पताल, नेपालगंज, बाँके
(२) लुम्बिनी प्रादेशिक अस्पताल, बुटवल, रूपन्देही
(३) जिल्ला अस्पताल, बर्दिया
(४) युनिभर्सल कलेज अफ मेडिकल साइन्सेस, भैरहवा, रुपन्देही
(५) गौतमबुद्ध सामुदायिक मुटु अस्पताल बुटवल, रूपन्देही
(६) सिद्धार्थनगर सिटी हस्पिटल प्रा.लि., बुटवल, रूपन्देही
(७) क्रिमसन अस्पताल, मणिग्राम, रुपन्देही
(८) राप्ती स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान
(९) राप्ती प्रादेशिक अस्पताल, तुल्सीपुर, दाङ
(१०) नेपालगंज मेडिकल कलेज, नेपालगंज, बाँके
(११) सुशिल कोइराला प्रखर क्यान्सर अस्पताल, खजुरा, बाँके
(१२) जिल्ला अस्पताल, कपिलवस्तु
(१३) सिद्धबाबा हस्पिटल एण्ड रिसर्च सेन्टर प्रा.लि., बुटवल, रुपन्देही
(१४) आर सी थारु मेमोरियल नगर अस्पताल,बर्दिया
(१५) गौतमबुद्ध सामुदायिक मुटु अस्पतालको शाखा लमही डायलाइसिस सेन्टर
(१६) गौतमबुद्ध सामुदायिक संस्थाको शाखा डायलाइसिस सेन्टर, पाल्पा

(च)कर्णाली प्रदेशः

(१) प्रादेशिक अस्पताल, वीरेन्द्रनगर, सुर्खेत
(२) कर्णाली स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठान, जुम्ला

(छ)सुदूरपश्चिम प्रदेशः

(१) सेती प्रादेशिक अस्पताल, धनगढी, कैलाली
(२) महाकाली प्रादेशिक अस्पताल, महेन्द्रनगर, कञ्चनपुर
(३) घोडाघोडी हस्पिटल प्रा लि,सुखड, कैलाली

(२) प्रकरण (१) मा उल्लेख भएका अस्पताल बाहेक नेपाल सरकारका सबै केन्द्रीय, प्रादेशिक, जिल्ला तथा पालिका स्तरका सरकारी अस्पताल तथा सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रहरु, नेपाल सरकारको स्वामित्वमा सञ्चालित अस्पताल, शिक्षण अस्पतालहरु ।

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

(सञ्चालक समितिको मिति २०८०/०९/१६ को बैठक नं. १६७३ बाट स्वीकृत)

अनुसुची – २

(विनियम ९ (१) (क) सँग सम्वन्धित)

कर्मचारी सञ्चय कोष

काजकिरिया अनुदान दावी फाराम

मिति : २०......../......../.......

श्री कर्मचारी सञ्चय कोष,

.... ।

विषय: काजकिरिया अनुदान रकम पाऊँ ।

मेरो .... नाताका देहायको विवरणका सञ्चयकर्ता सेवामा रहँदाकै अवस्थामा मृत्यु भएकोले कर्मचारी सञ्चय कोषको नियमानुसार मृतक सञ्चयकर्ताको काजकिरियाका लागि उपलब्ध हुने अनुदान रकम म मृतक कर्मचारीको हकवालालाई भुक्तानी दिन अनुरोध छ । यसमा संलग्न गरिएको कागजात र विवरण ठीक छन् । पछि कुनै कुरा झुठो सावित भएमा कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला । उक्त रकम मैले कोषमा अद्यावधिक गराएको मेरो .... बैंकमा रहेको खाता नं. .... मार्फत पाउन अनुरोध छ ।

(क) सञ्चयकर्ताको विवरण :

१.	मृतक सञ्चयकर्ताको नाम थर :
२.	मृतक सञ्चयकर्ताको परिचयपत्र नम्बर :
३.	कोषकट्टी शुरु भएको साल र महिनाः
४.	मृतक सञ्चयकर्ताको कार्यालय :
५.	मृतक सञ्चयकर्ताको स्थायी ठेगाना :
६.	सञ्चयकर्ताको मृत्यु भएको मिति :

(ख) हकवालाको विवरण

१.	हकवालाको हस्ताक्षर :
२.	हकवालाको नाम थर :
३.	मृतक सञ्चयकर्ता र हकवालाबीचको नाता :
४.	सम्पर्क नम्वरः

हकवालाको रेखात्मक सहि छाप	
दायाँ	बाँया

(ग)संलग्न कागजातहरु :

१. सञ्चयकर्ताको कार्यालयले दिएको मृत्यु खाली पत्र		४. सञ्चयकर्ताको मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्रको प्रतिलिपि	
२. सञ्चयकर्ताको सञ्चय कोष परिचयपत्र		५. सञ्चयकर्ता र हकवालाबीचको नाता प्रमाणित पत्रको प्रतिलिपि	
३. सञ्चयकर्ताको कार्यालयले लेखेको निज स्थायी कर्मचारी रहेको विवरण खुलेको पत्र		६. हकवालाको नागरिकता वा राहदानी वा सरकारी निकायबाट जारी भएको फोटो सहितको परिचय खुल्ने परिचय पत्रको प्रतिलिपि	

(घ) कार्यालयको सिफारिसः उल्लिखित विवरणका कर्मचारी सेवाकालमा नै मृत्यु भएको व्यहोरा प्रमाणित गर्दै कोषको नियमानुसार पाउने काजकिरिया अनुदान रकम भुक्तानीका लागि सिफारिस गर्दछौं ।यस निवेदन फारममा हाम्रै रोहवरमा रेखात्मक र लेखात्मक सहिछाप भएको व्यहोरा समेत अनुरोध छ ।

१.	कार्यालय प्रमुखको हस्ताक्षरः
२.	कार्यालय प्रमुखको नाम थरः
३.	दर्जाः
४.	कार्यालय प्रमुखको परिचयपत्र नम्बर :
५.	कार्यालयको नामः

कार्यालयको छाप

द्रष्टव्य : (१) मृत्यु भएको मितिले एक वर्षभित्र कोषमा भुक्तानी दाबी गरिसक्नुपर्नेछ ।

(२) दावी फाराममा कसैले जानी जानी झुठा व्यहोरा पारेमा वा पार्न लगाएमा सो व्यक्तिलाई कर्मचारी सञ्चय कोष ऐन तथा प्रचलित कानून बमोजिम सजाय हुनेछ र सो व्यक्तिको उक्त कामबाट कोषलाई हानी नोक्सानी हुन गएको रहेछ भने त्यसरी हानी नोक्सानी परेको रकम समेत निजबाट कोषलाई भराइनेछ ।

प्रतिलिपि

सचिव

संचालक समिति

(सञ्चालक समितिको मिति २०८०/०९/१६ को बैठक नं. १६७३ बाट स्वीकृत)

अनुसूची-३

(विनियम ९(१) (ख)सँग सम्वन्धित)

कर्मचारी सञ्चय कोष
दुर्घटना क्षतिपूर्ति दावी फाराम

मिति : २०......../......../......

श्री कर्मचारी सञ्चय कोष,

.... ।

विषय: दुर्घटना क्षतिपूर्ति रकम पाऊँ ।

म/मेरो .... नाताका देहायको विवरणका सञ्चयकर्ता सेवामा रहँदाकै अवस्थामा दुर्घटना परी मृत्यु/पूर्ण वा आंशिक अङ्गभङ्ग भएको हुँदा कर्मचारी सञ्चय कोषको नियमानुसार उपलब्ध हुने दुर्घटना क्षतिपूर्ति रकम म सञ्चयकर्ता/हकवालालाई भुक्तानी दिन अनुरोध छ । यसमा संलग्न गरिएको कागजात र विवरण ठीक छन् । पछि कुनै कुरा झुठो सावित भएमा कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला । उक्त रकम मैले कोषमा अद्यावधिक गराएको मेरो .... बैंकमा रहेको खाता नं. .... मार्फत पाउन अनुरोध छ ।

(क) सञ्चयकर्ताको विवरण :

१.	सञ्चयकर्ताको नाम थर:
२.	सञ्चयकर्ताको परिचयपत्र नम्बर:
३.	कोषकट्टी शुरु भएको साल र महिनाः
४.	सञ्चयकर्ताको कार्यालय:
५.	सञ्चयकर्ताको स्थायी ठेगाना:
६.	दुर्घटना भएको मिति:
७.	मृत्यु भएको हकमा सो मितिः
८.	पूर्ण/आंशिक अङ्गभङ्गको हकमा विवरणः

(ख) आवेदकको विवरण

१.	सञ्चयकर्ता वा हकवालाको हस्ताक्षर :
२.	हकवालाको नाम थर :
३.	सञ्चयकर्ता र हकवालाबीचको नाता :

रेखात्मक सहि छाप	
दायाँ	बाँया

(ग) कार्यालयको सिफारिसः उल्लिखित विवरणका कर्मचारी सेवाकालमा नै दुर्घटना परी मृत्यु/पूर्ण अङ्गभङ्ग भएको व्यहोरा प्रमाणित गर्दै कोषको नियमानुसार पाउने दुर्घटना क्षतिपूर्ति रकम भुक्तानीका लागि सिफारिस गर्दछौं ।यस निवेदन फारममा हाम्रै रोहवरमा रेखात्मक र लेखात्मक सहिछाप भएको व्यहोरा समेत अनुरोध छ ।

१.	कार्यालय प्रमुखको हस्ताक्षरः
२.	कार्यालय प्रमुखको नाम थरः
३.	दर्जाः
४.	कार्यालय प्रमुखको परिचयपत्र नम्बर :
५.	कार्यालयको नामः

कार्यालयको छाप

द्रष्टव्य : (१) दुर्घटना भएको मितिले एक वर्षभित्र कोषमा भुक्तानी दाबी गरिसक्नुपर्नेछ ।

(२) दावी फाराममा कसैले जानी जानी झुठा व्यहोरा पारेमा वा पार्न लगाएमा सो व्यक्तिलाई कर्मचारी सञ्चय कोष ऐन तथा प्रचलित कानून बमोजिम सजाय हुनेछ र सो व्यक्तिको उक्त कामबाट कोषलाई हानी नोक्सानी हुन गएको रहेछ भने त्यसरी हानी नोक्सानी परेको रकम समेत निजबाट कोषलाई भराइनेछ ।

प्रतिलिपि

सचिव

संचालक समिति

दुर्घटना क्षतिपूर्ति दावी फाराममा संलग्न कागजातहरु :

(१) सम्बन्धित प्रहरी कार्यालयबाट दुर्घटना प्रमाणित गरिएको प्रतिवेदन (घटनास्थल प्रकृति मुचुल्का),	
(२) सम्बन्धितकार्यालयले लेखेको निज स्थायी कर्मचारी रहेको विवरण खुलेको पत्र,	
(३) सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालाले घटनाबारे कोषलाई जानकारी दिएको पत्र,	
(४) अङ्गभङ्ग भएको सञ्चयकर्ताको हकमा चिकित्सकले प्रमाणित गरेको दुर्घटनाको कारण तथा अङ्गभङ्गको प्रकृति समेत खुलेको प्रतिवेदन,	
(५) मृतक सञ्चयकर्ताको हकमा चिकित्सकले प्रमाणित गरेको मृत्युको कारण समेत खुलेको पोष्टमार्टम रिपोर्ट,	
(६) मृतक सञ्चयकर्ताको हकमा मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र,	
(७) मृतक सञ्चयकर्ताको हकमा सञ्चयकर्ता बहाल रहेको कार्यालयले दिएको मृत्यु खाली पत्र,	
(८) सञ्चयकोष परिचयपत्र र नागरिकता वा परिचय खुल्ने फोटो सहितको परिचयपत्रको प्रतिलिपि,	
(९) हकवालाको हकमा नाता प्रमाणित पत्र, हकवालाको नागरिकता वा राहदानी वा सरकारी निकायबाट जारी भएको फोटो सहितको परिचय खुल्ने परिचय पत्रको प्रतिलिपि,	
(१०) हकवालाले क्षतिपुर्ति दावी गरेको अवस्थामा सम्बन्धित सञ्चयकर्ता आफैले दावी गर्न नसक्नाको कारण र सोलाई पुष्टि गर्ने प्रमाण,	
(११) सञ्चयकर्ता आफैले चलाएको सवारी साधन दुर्घटना भएको अवस्थामा निजको सवारी चालक अनुमति पत्रको प्रतिलिपि,	
(१२) कोषले माग गरेका थप अन्य कागजातहरु।	

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

अनुसूची – ४
(विनियम ९(१) (ग) सँग सम्वन्धित)

कर्मचारी सञ्चय कोष
सुत्केरी तथा शिशु स्याहार सुविधा दावी फारम

श्री कर्मचारी सञ्चय कोष,
....

विषय : सुत्केरी तथा शिशु स्याहार सुविधा पाऊँ ।

म/मेरो पत्नी सुत्केरी भएकोले कर्मचारी सञ्चय कोषको नियमानुसार उपलब्ध हुने सुत्केरी तथा शिशु स्याहार सुविधा रकम भुक्तानी दिन अनुरोध छ । यसमा संलग्न गरिएको कागजात र विवरण ठीक छन् । पछि कुनै कुरा झुठो सावित भएमा कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला । उक्त रकम मैले कोषमा अद्यावधिक गराएको मेरो .... बैंकमा रहेको खाता नं. .... मार्फत पाउन अनुरोध छ ।

(क)सञ्चयकर्ताको विवरण:

१. सञ्चयकर्ताको हस्ताक्षर:
२. सञ्चयकर्ताको नाम थर:
३. सञ्चयकोष परिचय पत्र नं.:
४. सञ्चयकर्ताको पति वा पत्नीको नाम थर:
५. सञ्चयकर्ताको नागरिकता नम्वर र जारी जिल्लाः
६. पति/पत्नीको नागरिकता नम्वर र जारी जिल्लाः
७. मोबाईल नम्बर (KYCमा उल्लेख भएबमोजिम):
८. कोषकट्टी शुरु भएको साल र महिनाः
९. यस अघि सुविधा उपभोग गरेको मितिः

रेखात्मक सहि छाप	
दायाँ	बाँया

(ख)संलग्न कागजातहरु :

१. स्थानिय तहबाट जारी जन्म दर्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि		२. कर्मचारी सञ्चय कोष परिचय पत्रको प्रतिलिपि	
३. विवाह दर्ता वा पति/पत्नीको नाता खुल्ने प्रमाणित पत्र		४. सञ्चयकर्ता र निजको पती/पत्नीको नागरिकताको प्रतिलिपि	

(ग) कार्यालयको सिफारिस:

माथि उल्लिखित विवरणअनुरुपको कर्मचारी यस कार्यालयको स्थायी कर्मचारी भएको र निजको मिति २० / / मा पहिलो/दोश्रो बच्चाको जन्म भएको व्यहोरा प्रमाणित गर्दै कोषको नियमानुसार पाउने सुत्केरी तथा शिशु स्याहार रकम भुक्तानीका लागि सिफारिस गर्दछु । साथै, निजले हाम्रै रोहवरमा यस फारममा रेखात्मक र लेखात्मक सहिछाप गर्नुभएको व्यहोरा समेत अनुरोध छ ।

१. कार्यालय प्रमुखको हस्ताक्षरः
२. कार्यालय प्रमुखको नाम थरः
३. दर्जाः
४. कार्यालय प्रमुखको परिचयपत्र नम्बर :
५. कार्यालयको नामः

कार्यालयको छाप

द्रष्टव्य : (१) सुत्केरी भएको मितिले ६ महिनाभित्र कोषमा भुक्तानी दाबी गरिसक्नुपर्नेछ ।

(२) दावी फाराममा कसैले जानी जानी झुठा व्यहोरा पारेमा वा पार्न लगाएमा सो व्यक्तिलाई कर्मचारी सञ्चय कोष ऐन तथा प्रचलित कानून बमोजिम सजाय हुनेछ र सो व्यक्तिको उक्त कामबाट कोषलाई हानी नोक्सानी हुन गएको रहेछ भने त्यसरी हानी नोक्सानी परेको रकम समेत निजबाट कोषलाई भराइनेछ ।

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

(सञ्चालक समितिको मिति २०८०/०९/१६ को बैठक नं. १६७३ बाट स्वीकृत)
अनुसूची – ५
(विनियम ९(१) (घ) सँग सम्वन्धित)

कर्मचारी सञ्चय कोष

सञ्चयकर्ता स्वास्थ्य उपचार योजना

शोधभर्ना दावी फाराम

श्री कर्मचारी सञ्चय कोष,

....

विषय : **स्वास्थ्य उपचार खर्च शोधभर्ना पाऊँ।**

म/मेरो पति/पत्नी अस्पतालमा भर्ना भई उपचार गराएकोले कर्मचारी सञ्चय कोषको नियमानुसार उपलव्ध हुने स्वास्थ्य उपचार सुविधा रकम भुक्तानी दिन अनुरोध छ। यसमा संलग्न गरिएको कागजात र विवरण ठीक छन्। पछि कुनै कुरा झुठो सावित भएमा कानून बमोजिम सहुँला बुझाउँला। उक्त रकम मैले कोषमा अद्यावधिक गराएको मेरो .... बैंकमा रहेको खाता नं. .... मार्फत पाउन अनुरोध छ।

(क) सञ्चयकर्ताको विवरण:

१. सञ्चयकर्ताको नाम थर:	
२. सञ्चयकर्ताको परिचयपत्र नम्बर:	
३. कोषकट्टी शुरु भएको साल र महिना:	
४. सञ्चयकर्ताको कार्यालय:	
५. यस अघि सुविधा उपभोग गरेको मितिः	

(ख) उपचार भएको व्यक्तिको विवरण:

१. नाम थर:	
२. नागरिकता नम्वर र जारी जिल्ला:	
३. सञ्चयकर्तासँगको नाता:	
४. अस्पतालको नाम:	
५. अस्पताल भर्ना मिति:	
६. डिस्चार्ज मिति:	

(ग) आवेदकको स्वघोषणा: मैले यो सुविधा प्राप्त गर्न पेश गरेको बील भरपाई लगायतका कागजात दोहोरो सुविधा लिने उद्देश्यले कार्यरत कार्यालय वा अन्य कुनै निकायमा यस अघी दावी नगरेको र भविष्यमा समेत दावी नगर्ने घोषणा गर्दछु। योजनाको विनियम अनुसार कोषले गरेको निर्णय मलाई मान्य हुनेछ र उक्त निर्णय उपर कहीं कतै उजुर बाजुर गर्नेछैन।

(घ) आवेदकको विवरण

१. हस्ताक्षर:
२. नाम थर:
३. सम्पर्क नम्वर:
४. सञ्चयकर्तासँगको नाता:

रेखात्मक सहि छाप	
दायाँ	बाँया

(ङ) कार्यालयको सिफारिस: उल्लिखित विवरणका स्थायी कर्मचारी/निजको पति/पत्नी अस्पतालमा भर्ना भई उपचार गराएको व्यहोरा प्रमाणित गर्दै कोषको नियमानुसार पाउने स्वास्थ्य उपचार खर्च शोधभर्ना गरिदिनको लागि सिफारिस गर्दछौं।यस निवेदन फारममा हाम्रै रोहवरमा रेखात्मक र लेखात्मक सहिछाप भएको व्यहोरा समेत अनुरोध छ।

१.	कार्यालय प्रमुखको हस्ताक्षर:
२.	कार्यालय प्रमुखको नाम थर:
३.	दर्जा:
४.	कार्यालय प्रमुखको परिचयपत्र नम्बर :
५.	कार्यालयको नाम:

कार्यालयको छाप

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

(च) संलग्न कागजातहरु :

(१) अस्पताल भर्ना OPD (Out Patient Department) / Emergency Card को प्रतिलिपि, Cardex को प्रतिलिपि (अस्पतालको छाप सहित) र Discharge Summary को सक्कल प्रति (अस्पतालको छाप सहित),	
(२) उपचारको क्रममा सेवानिबृत्त सञ्चयकर्ताको हकमा अवकाश भएको पत्रको प्रतिलिपि,	
(३) Prescription बमोजिम रोग परीक्षण, Pathology र चिकित्सकको सिफारिस बमोजिमको रोग निदान (Diagnosis) का रिपोर्टहरु,	
(४) अस्पताल भर्ना र Discharge अवधि भित्र विरामीको नाममा जारी भएका, स्थाई लेखा नम्बर (Permanent Account Number -PAN)र छाप भएको उपचार खर्च तथा औषधिको System Generated सक्कल कर बिजकहरु,	
(५) सञ्चयकोष परिचयपत्रको प्रतिलिपि र नागरिकताको प्रतिलिपि,	
(६) सञ्चयकर्ताको पति/पत्नीको उपचार गरेको भएमा निजको नागरिकताको प्रतिलिपि,	
(७) सञ्चयकर्ताको पति वा पत्नीको उपचार गरेकोमा विबाह दर्ता वा नाता खुल्ने प्रमाणितपत्र	
(८) उपचारको क्रममा मृत्यु भएको सञ्चयकर्ता वा सञ्चयकर्ताको पति/पत्नीको हकमा मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र र नाता प्रमाणित पत्रको प्रतिलिपि तथा हकवालाको नागरिकता वा राहदानी वा सरकारी निकायबाट जारी भएको फोटो सहितको परिचय खुल्ने परिचय पत्रकोप्रतिलिपि,	
(९) सञ्चयकर्ता वा निजको पतिपत्नी/आफैले चलाएको सवारी साधन दुर्घटना भई उपचार गराउँदाको अवस्थामा सवारी चालक अनुमति पत्रको प्रतिलिपि,	
(१०)Credit Billको हकमा Credit Clearance Statement,	
(११)Road Traffic Accident/RTAको हकमा प्रहरी प्रतिवेदन र मिलापत्रको प्रतिलिपि	
(१२)आवश्यक थप कागजातहरु।	

द्रष्टव्य :*(१) अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएको मितिले दुई महिना र विरामीको मृत्यु भएको हकमा तीन महिनाभित्र कोषमा भुक्तानी दाबी गरिसक्नुपर्नेछ।*

(२) दावी फाराममा कसैले जानी जानी झुठा व्यहोरा पारेमा वा पार्न लगाएमा सो व्यक्तिलाई कर्मचारी सञ्चय कोष ऐन तथा प्रचलित कानून बमोजिम सजाय हुनेछ र सो व्यक्तिको उक्त कामबाट कोषलाई हानी नोक्सानी हुन गएको रहेछ भने त्यसरी हानी नोक्सानी परेको रकम समेत निजबाट कोषलाई भराइनेछ।

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

अनुसूची – ५(क)

(विनियम ९ (१) (घ) सँग सम्वन्धित)

EMPLOYEES PROVIDENT FUND

Pulchwok, Lalitpur, Nepal

Medical Treatment Reimbursement Claim Form

उपचार गराएको व्यक्तिको फोटो *(अस्पतालको छाप फोटोमा पर्ने गरी)*

MEDICAL CERTIFICATE TO BE COMPLETED BY ATTENDING DOCTOR

A. Patient Information

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

B. Illness/ Injury

Details of illness :	
Date of diagnosis :	

C. Certify By Attending Doctor:

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

प्रतिलिपि

सचिव

संचालक

अनुसूची – ६

(विनियम ९ (२)सँग सम्वन्धित)

कर्मचारी सञ्चय कोष

योजनाको सुविधा दावी फारामको साथ संलग्न गर्नु पर्ने कागजातहरु

(क) काजकिरिया अनुदानको हकमा :

(१) रितपुर्वक भरिएको अनुसूची – २ बमोजिमको ढाँचाको निवेदन,

(२) सञ्चयकर्ता बहाल रहेको कार्यालयले दिएको मृत्यु खाली पत्र,

(३) सञ्चयकर्ताको कार्यालयले लेखेको निज स्थायी कर्मचारी रहेको विवरण खुलेको पत्र,

(४) सञ्चयकर्ताको सञ्चय कोष परिचयपत्र,

(५) सञ्चयकर्ताको मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र,

(६) सञ्चयकर्ता र हकवालाबीचको नाता प्रमाणित पत्र,

(७) हकवालाको नागरिकता वा राहदानी वा सरकारी निकायबाट जारी भएको फोटो सहितको परिचय खुल्ने परिचय पत्रको प्रतिलिपि ।

(ख) दुर्घटना क्षतिपुर्ति दावी गर्दा :

(१) रितपुर्वक भरिएको अनुसूची–३ बमोजिमको ढाँचाको निवेदन,

(२) सम्बन्धित प्रहरी कार्यालयबाट दुर्घटना प्रमाणित गरिएको प्रतिवेदन (घटनास्थल प्रकृति मुचुल्का),

(३) सम्बन्धित कार्यालयले लेखेको निज स्थायी कर्मचारी रहेको विवरण खुलेको पत्र,

(४) सञ्चयकर्ता वा निजको हकवालाले घटनाबारे कोषलाई जानकारी दिएको पत्र,

(५) अङ्गभङ्ग भएको सञ्चयकर्ताको हकमा चिकित्सकले प्रमाणित गरेको दुर्घटनाको कारण तथा अङ्गभङ्गको प्रकृति समेत खुलेको प्रतिवेदन,

(६) मृतक सञ्चयकर्ताको हकमा चिकित्सकले प्रमाणित गरेको मृत्युको कारण समेत खुलेको पोष्टमार्टम रिपोर्ट,

(७) मृतक सञ्चयकर्ताको हकमा मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र,

(८) मृतक सञ्चयकर्ताको हकमा सञ्चयकर्ता बहाल रहेको कार्यालयले दिएको मृत्यु खाली पत्र,

(९) सञ्चयकोष परिचयपत्र र नागरिकता वा परिचय खुल्ने फोटो सहितको परिचयपत्रको प्रतिलिपि,

(१०) हकवालाको हकमा नाता प्रमाणित पत्र, हकवालाको नागरिकता वा राहदानी वा सरकारी निकायबाट जारी भएको फोटो सहितको परिचय खुल्ने परिचय पत्रको प्रतिलिपि,

(११) हकवालाले क्षतिपुर्ति दावी गरेको अवस्थामा सम्बन्धित सञ्चयकर्ता आफैले दावी गर्न नसक्नाको कारण र सोलाई पुष्टि गर्ने प्रमाण,

(१२) सञ्चयकर्ता आफैले चलाएको सवारी साधन दुर्घटना भएको अवस्थामा निजको सवारी चालक अनुमति पत्रको प्रतिलिपि,

(१३) कोषले माग गरेका थप अन्य कागजातहरु ।

(ग) सुत्केरी तथा शिशु स्याहार सुविधा दावी गर्दा :

(१) रितपुर्वक भरिएको अनुसूची – ४ बमोजिमको ढाँचाको निवेदन,

(२) स्थानिय तहको जन्म दर्ताको प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि,

(३) सञ्चय कोष परिचयपत्रको प्रतिलिपि,

(४) विवाह दर्ता वा पति,पत्नीको नाता खुल्ने प्रमाणित पत्र/

(५) सञ्चयकर्ता र निजको पतीपत्नीको नागरिकताको प्रतिलिपि/,

(६) अन्य आवश्यक कागजात ।

प्रतिलिपि

सचिव

संचालक समिति

(घ) **स्वास्थ्य उपचार सुविधा दावी गर्दा :**

(१) रितपुर्वक भरिएको अनुसूची–५ बमोजिमको ढाँचाको दावी फाराम,

(२) रितपुर्वक भरिएको अनुसूची– ५क बमोजिमको ढाँचाको दावी फारम,
(नेपाल मेडिकल काउन्सिल-NMC दर्ता नम्वर सहित सम्बन्धित चिकित्सकको दस्तखत र फोटोमा पर्ने गरी अस्पतालको छाप),

(३) उपचारको क्रममा सेवानिबृत्त सञ्चयकर्ताको हकमा अवकाश भएको पत्रको प्रतिलिपि,

(४) अस्पताल भर्ना OPD (Out Patient Department) / Emergency Card को प्रतिलिपि, Cardex को प्रतिलिपि (अस्पतालको छाप सहित) र Discharge Summary को सक्कल प्रति (अस्पतालको छाप सहित),

(५) Prescription बमोजिम रोग परीक्षण, Pathology र चिकित्सकको सिफारिस बमोजिमको रोग निदान (Diagnosis) का रिपोर्टहरु,

(६) अस्पताल भर्ना र Discharge अवधि भित्र विरामीको नाममा जारी भएका, स्थाई लेखा नम्बर (Permanent Account Number -PAN)र छाप भएको उपचार खर्चतथा औषधिको System Generated सक्कल कर बिजकहरु,

(७) सञ्चयकोष परिचयपत्रको प्रतिलिपि र नागरिकताको प्रतिलिपि,

(८) सञ्चयकर्ताको पति/पत्नीको उपचार गरेको भएमा निजको नागरिकताको प्रतिलिपि,

(९) सञ्चयकर्ताको पति वा पत्नीको उपचार गरेकोमा विबाह दर्ता वा नाता खुल्ने प्रमाणितपत्र

(१०) उपचारको क्रममा मृत्यु भएको सञ्चयकर्ता वा सञ्चयकर्ताको पति/पत्नीको हकमा मृत्यु दर्ता प्रमाणपत्र र नाता प्रमाणित पत्रको प्रतिलिपि तथा हकवालाको नागरिकता वा राहदानी वा सरकारी निकायबाट जारी भएको फोटो सहितको परिचय खुल्ने परिचय पत्रकोप्रतिलिपि,

(११) सञ्चयकर्ता वा निजको पतिपत्नी/आफैले चलाएको सवारी साधन दुर्घटना भई उपचार गराउँदाको अवस्थामा सवारी चालक अनुमति पत्रको प्रतिलिपि,

(१२) Credit Billको हकमा Credit Clearance Statement,

(१३) Road Traffic Accident/RTAको हकमा प्रहरी प्रतिवेदन र मिलापत्रको प्रतिलिपि

(१४) आवश्यक थप कागजातहरु ।

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

अनुसूची – ७

(विनियम ११ सँग सम्वन्धित)

कर्मचारी सञ्चय कोष

योजना अनुरुपको सुविधा दावीको निर्णय गर्ने अधिकारी

(१) काजकिरिया अनुदान र सुत्केरी तथा शिशु स्याहार सुविधाको दावी फछ्र्यौट सम्बन्धित सहायक प्रबन्धक वा सो भन्दा माथिको अधिकृतलाई ।

(२) दुर्घटना क्षतिपूर्ति योजना : विनियम १२ वमोजिमको दुर्घटना क्षतिपूर्ति दावी फछ्र्यौट समितिलाई।

(३) साधारण रोगको स्वास्थ्य उपचार योजना :

(क) पच्चीस हजार रुपैयाँसम्मको शाखाको हकमा सम्बन्धित शाखा कार्यालयको प्रमुखलाई र विभागको हकमा महाशाखा प्रमुखलाई,

(ख) पचास हजार रुपैयाँसम्मको सम्बन्धित विभागीय प्रमुखलाई,

(ग) पचास हजार रुपैयाँभन्दा माथिको सम्बन्धित सह–प्रशासकलाई ।

(४) घातक रोगको स्वास्थ्य उपचार योजना : विनियम १३ वमोजिमको स्वास्थ्य उपचार दावी शोधभर्ना समितिलाई ।

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

अनुसूची –८
(विनियम ७ (२) (क) सँग सम्वन्धित)

कर्मचारी सञ्चय कोष
घातक रोगको व्याख्यात्मक विवरण

(अ) Cancer

'Cancer' shall include all malignancies

(आ) Heart Attack

'Heart attack' shall include

- STEMI
- N-STEMI
- Angiogram followed by stenting
- CABG for Coronary artery disease

(इ) Brain Hemorrhage

- Stroke- either ischemic or hemorrhagic stroke

(ई) Kidney Failure and diseases with risk of failure- Including Treatment and transplantation

'Kidney Failure and diseases with risk of failure' shall include

- ESRD (End Stage Renal Disease) requiring dialysis (including peritoneal dialysis) or
- AKI requiring Dialysis, CRRT
- Those requiring renal transplantation
- Glomerulonephritis treated with plasmapheresis (plasma exchange)
- Graft rejection requiring plasma exchange

But Shall NOT include AKI not requiring dialysis

(उ) Lungs Transplantation

- Shall not include transplantation for failure caused by self harm or alcohol

(ऊ) Liver damage

- 'Liver damage' shall include (with the cause Explicitly Mentioned other than alcohol)
- Chronic liver disease due to
- chronic viral hepatitis (B and C),
- autoimmune hepatitis,
- Metabolic liver disease (Wilsons disease or hereditary hemochromatosis) or
- Vascular disease of liver (Budd Chiari syndrome)
- Decompensated cirrhosis
- Acute on chronic liver failure (ACLF)
- Liver transplantation for acute liver failure, ACLF, or decompensated cirrhosis
- Hepatocellular Carcinoma

(ए) Head Injury

'Head injury' shall include ONLY

- SEVERE head injury causing PERSISTENT neurological symptoms OR abnormalities in imaging (CT/MRI) whether or not surgery is required

But shall NOT include Trauma to scalp or head with transient symptoms or without neurological symptoms due to head injury

(ऐ) Spinal Injury

'Spinal injury' shall include

- Traumatic injury to the spine and spinal cord requiring surgery
- Compressive myelopathy (including Pott's spine with compression, Malignancy, Abscess) requiring surgery

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

But shall NOT include PIVD

(ओ) Paralysis

'Paralysis' shall include

- GBS
- Quadriplegia/paresis or Paraplegia/paresis (Reversible causes like electrolyte disorders, hypo/hyperglycemia are not included)

But shall NOT include TIA, Bell's Palsy, incidental infarcts seen on imaging/incidental small vessel disease

(औ) Parkinson

'Parkinson' shall include Idiopathic Parkinson's Disease diagnosed by Neurologists or consultants AND receiving the treatment for the same

(अं) Sickle cell anemia

'Sickle cell anemia' shall include treatments for

- Sickle Cell Disease
  But Shall NOT include Sickle Cell Traits

(अः) Alzheimer's and related diseases

'Alzheimer's and related diseases' shall include

- Alzheimer's diagnosed by Neurologists OR diagnosed based on criteria and receiving the treatment for the same
- Lewy body Dementia and
- Normal Pressure Hydrocephalus requiring surgery
  But shall NOT include other causes of delirium and dementia

प्रतिलिपि

सचिव
संचालक समिति

अनुसूची –९
(विनियम ७ (३) सँग सम्वन्धित)

कर्मचारी सञ्चय कोष

योजना अन्तर्गत शोधभर्ना नहुने खर्च तथा अवस्था

देहायका खर्चहरु स्वास्थ्य उपचार योजना अन्तर्गत शोधभर्ना गरिने छैन :

(क) अस्पतालबाट डिस्चार्ज भएको मितिले दुई महिना र विरामीको मृत्यु भएको हकमातीन महिनाभित्र कोषमा पेश हुन नआएको दावी खर्च,

(ख) रोजगारदाता वा अस्पताल वा तेस्रो पक्षले उपचारमा दिएको वा बीमा वापत पाएको सुविधा वा छुट रकम,

(ग) विरामीको नाम उल्लेख नभएको वा थप गरिएको वा विवरण सच्याईएको वा स्थाई लेखा नम्वर (PAN) उल्लेख नभएको वा मुल्य अभिबृद्धि करमा दर्ता नभएको औषधि पसलबाट खरिद गरेको औषधिको कर बीजक अनुरुपको खर्च,

(घ) प्रतिलिपि कर बीजक (Copy Bill, Copy of Original or Re-print, Invoice Date र Print Date फरक परेका कर बीजक) को खर्च,

(ङ) अस्पताल भर्ना हुनु अघि र Discharge मितिपछि जारी गरिएको कर बीजकको खर्च,

(च) दीर्घ रोगका हकमा अस्पतालमा उपचारको समयमा भएका बाहेक नियमितरुपमा सेवन गर्नुपर्ने औषधिहरुको खर्च।

(छ) चिकित्सकको Prescription मा उल्लेख नभएको औषधि समावेश गरी खरिद गरेको कर बीजकको खर्च,

(ज) Emergency कक्षमा मात्र उपचार गराई सोही दिन घर फर्केको अवस्थामा त्यस्तो उपचारमा भएको खर्च,

(झ) अस्पतालबाट जारी भएको System Generated बाहेकको कर बीजकको खर्च,

(ञ) फार्मेसीबाट जारी भएको System Generated बाहेकको कर बीजकको खर्च,

(ट) फार्मेसी वा औषधि पसलको छाप नभएको कर बीजकको खर्च,

(ठ) दुर्घटनाको कारण सृजना भएको अवस्था बाहेक अन्य कारणले दाँतको उपचार वा अपरेशन गर्दा भएको खर्च,

(ड) लागू पदार्थ वा मादक पदार्थ सेवन वा अनधिकृत तवरबाट औषधिको सेवनको कारण सिर्जित रोग तथा चोटपटकको उपचार खर्च,

(ढ) दुई मुलुक बीच भएको घोषित वा अघोषित लडाई, आम हड्ताल, हुलदंगा आदीमा सहभागी भएको कारणले घाईते भई गरिएको उपचार खर्च,

(ण) योजनामा उल्लेख भएको सीमा बाहेकको अन्य खर्च,

(त) आयुर्वेदिक वा होमियोपेथिक औषधि र उपचार उपकरणमा भएको खर्च,

(थ) साधारण मेडिकल चेकअप गर्दा भएको खर्च र छाला सम्बन्धी एलर्जीको उपचार गर्दा भएको खर्च,

(द) तौल घटाउन वा बढाउन प्रयोग हुने औषधि, सौन्दर्य बढाउन गरिने उपचार तथा सर्जरी, मानसिक रोग र सात दिन भन्दा बढिको फिजियोथेरापी गर्दा भएको खर्च,

(ध) महामारी प्रकृतिको रोगको उपचार गर्दा भएको खर्च,

(न) अनुसूची १ मा उल्लेख भएको बाहेक अन्य अस्पतालमा गरेको उपचार खर्च,

(प) अस्पताल भर्ना भएको मिति भन्दा कम्तीमा तीन महिना अघि देखि कोषकट्टी रकम नियमित नभएमा।

(फ) आँखाको सामान्य जाँच गर्दा, चस्मा खरिद गर्दा, श्रवण उपकरण खरिद गर्दा वा Cosmetic Surgery गर्दा भएको खर्च र गर्भवती तथा प्रसुतिसँग सम्बन्धित उपचार खर्च।

प्रतिलिपि
सचिव
संचालक समिति