



स्टेट हेल्थ एश्योरेन्स एजेन्सी  
स्वास्थ्य भवन, तिलक मार्ग सी-स्कीम, जयपुर

क्रमांक: एफ ( )/एनएचएम/स्वास्थ्य बीमा योजना/2015-16/66

दिनांक : 06-01-2016

परिपत्र

विषय: भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना के संबंध में योजनान्तर्गत आने वाले परिवारों, योजनान्तर्गत नहीं आने वाले राजस्थान के निवासी परिवारों तथा अन्तरंग चिकित्सा सेवाओं हेतु राजस्थान के बाहर निवासी परिवारों के संबंध में दिशा-निर्देश।

1. भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना राजस्थान राज्य के निवासी राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम तथा राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के अन्तर्गत आने वाले परिवारों के लिए ही है।
2. किसी भी सरकारी चिकित्सा संस्थान पर अन्तरंग उपचार हेतु आने वाले समस्त मरीज भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना हेतु लगाये गये स्वास्थ्य मार्गदर्शक के काउंटर से होकर ही भर्ती हो सकेंगे।
3. भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना के अन्तर्गत लाभार्थी होने की स्थिति में इन अंतरंग मरीजों से आई.पी.डी. पर्ची का शुल्क तथा अन्य कोई भी शुल्क नहीं लिया जायेगा।
4. भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना के अन्तर्गत लाभार्थी नहीं होने की स्थिति में तथा राजस्थान का निवासी होने की स्थिति में पूर्व में प्रचलित नियमानुसार आई.पी.डी. पर्ची का शुल्क लिया जायेगा तथा वह मरीज राज्य सरकार द्वारा चलाई जा रही अन्य योजनाओं यथा मुख्यमंत्री निःशुल्क दवा योजना, मुख्यमंत्री निःशुल्क जॉच योजना इत्यादि का लाभ पूर्ववत् जारी रहेगा।
5. राजस्थान का निवासी नहीं होने की स्थिति में मरीज से अंतरंग ईलाज हेतु निम्नानुसार शुल्क लिया जा सकेगा:-
  - स्वास्थ्य बीमा योजना के अन्तर्गत आने वाली बीमारियों हेतु योजना में निर्धारित पैकेज शुल्क की दर पर चार्ज किया जायेगा।
  - स्वास्थ्य बीमा योजना के अन्तर्गत नहीं आने वाली बीमारियों हेतु संबंधित आर.एम.आर.एस. द्वारा उस बीमारी हेतु निर्धारित शुल्क लिया जायेगा।
6. ओ.पी.डी. में मुख्यमंत्री निःशुल्क दवा योजना, मुख्यमंत्री निःशुल्क जॉच योजना की सुविधायें यथावत् जारी रहेगी।
7. JSY एवं JSSK के ईलाज हेतु सभी के लिए (राजस्थान के निवासी व राजस्थान के बाहर के निवासी हेतु) पूर्ववत् व्यवस्था जारी रहेगी।
8. भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना का लाभ लेने हेतु RSBY कार्ड के साथ-साथ राशन कार्ड का भी होना आवश्यक है अतः राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना के लाभार्थी परिवार से भी राशन कार्ड प्राप्त कर पात्र परिवार होने की स्थिति में लाभ प्रदान किया जाये।

नोट: अंतरंग ईलाज हेतु आने वाले समस्त मरीजों से प्राथमिकतः एवं यथा संभव राजस्थान के निवासी होने का प्रमाण जैसे राशन कार्ड/भामाशाह कार्ड, ये उपलब्ध नहीं होने की स्थिति में अन्य दस्तावेज यथा मूल निवास प्रमाण-पत्र/मतदाता पहचान पत्र/ड्राईविंग लाईसेन्स या अन्य सरकारी या अर्द्ध सरकारी संस्थान द्वारा जारी प्रमाण-पत्र जिससे मरीज के राजस्थान के निवासी होने की प्रामाणिकता स्पष्ट होती हो, लिया जाना सुनिश्चित करें। साथ ही संलग्न प्रारूप अनुसार स्वघोषणा भी लेवें कि वह व्यक्ति भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना का लाभार्थी (राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा का लाभार्थी अथवा राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम के अन्तर्गत लाभार्थी) नहीं है। तदुपरांत उपरोक्त निर्देशानुसार सेवा प्रदान किया जाना सुनिश्चित करें।

प्रमुख शासन सचिव  
चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग



स्टेट हैल्थ एश्योरेन्स एजेन्सी  
स्वास्थ्य भवन, तिलक मार्ग सी-स्कीम, जयपुर

प्रतिलिपी निम्न को सूचनार्थ प्रेषित है:-

1. विशिष्ट सहायक, माननीय मंत्री महोदय, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, राजस्थान।
2. निजी सचिव, प्रमुख शासन सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें, राजस्थान।
3. निजी सचिव, प्रमुख शासन सचिव, चिकित्सा शिक्षा, राजस्थान।
4. निजी सचिव, प्रमुख शासन सचिव एवं आयुक्त, खाद्य विभाग, राजस्थान।
5. निजी सचिव, शासन सचिव एवं आयुक्त, श्रम विभाग, राजस्थान।
6. निजी सचिव, शासन सचिव, सूचना एवं प्रौद्योगिकी विभाग, राजस्थान।
7. निजी सचिव, विशिष्ट शासन सचिव एवं मिशन निदेशक, एनएचएम, राजस्थान।
8. निजी सचिव, अतिरिक्त मिशन निदेशक, एनएचएम, राजस्थान।
9. समस्त, प्राचार्य/अधीक्षक, मेडिकल कॉलेज, राजस्थान।
10. समस्त, मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी।
11. समस्त, प्रमुख चिकित्सा अधिकारी, राजस्थान।
12. प्रभारी सर्वर रूम को लेख है कि ई-मेल करवाने का श्रम करावें।
13. रक्षित पत्रावली।

सी.ई.ओ.  
एस.एच.ए.ए.

अंतरंग ईलाज हेतु आने वाले समस्त मरीजों से भर्ती के समय ली जाने वाली स्वघोषणा

मैं.....पुत्र.....उम्र.....  
निवासी.....  
.....जिला.....राजस्थान का मूल निवासी हूँ। पहचान के रूप में मैं राशन  
कार्ड/भामाशाह कार्ड/मूल निवास प्रमाण-पत्र/मतदाता पहचान पत्र/ड्राईविंग लाईसेन्स/  
अन्य दस्तावेज (कृपया विवरण लिखें).....की प्रति सलंगन कर रहा हूँ।

यह भी घोषणा करता हूँ कि मैं राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना अथवा राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा  
अधिनियम के अन्तर्गत लाभार्थी नहीं हूँ।

दिनांक :-

हस्ताक्षर रोगी अथवा बांये हाथ का  
अंगूठे का निशान