भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना

योजना के सम्बन्ध में आने वाली सम्भावित समस्यायें एवं निदान

क्रंम संख्या	सवाल	जवाब
1.	**भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना क्या है?**	भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना के अन्तर्गत NFSA तथा RSBY के अर्न्तगत आने वाले परिवार के सदस्यों के प्रति परिवार प्रति वर्ष को सामान्य बीमारियों हेतु रू.तीस हजार तथा गंभीर बीमारियों हेतु रू. तीन लाख तक का निःशुल्क लाभ सरकारी (सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र तथा उनसे उच्च संस्थान) तथा सूचीबद्व निजी चिकित्सालयों में अन्तरंग स्वास्थ्य सुविधाओं (IPD) के लिए दिया जाता है।
2.	**परिवार क्या तात्पर्य है परिवार में कौन –2 सम्मिलित है?**	लाभार्थी परिवार के राशन कार्ड अथवा महिला मुखियां के भामाशाह कार्ड में वर्णित सभी सदस्य सम्मिलित है।
3.	**एक वर्ष की अवधि कब से प्रारम्भ हुई है?** **मैंने वित्तिय वर्ष 2015–16 में मेरे परिवार के बीमा कवर की राशि का पूर्ण उपयोग कर लिया था। अब क्या वर्ष 2016–17 के लिए मुझे बीमा कवर की राशि प्राप्त होगी?**	यह अवधि 13 दिसम्बर 2015 से लेकर 12 दिसम्बर 2016 तक की है। जी नहीं, यह बीमा कवर की राशि 13–12–2015 से 12–12–2016 तक लिए है। अतः 13 दिसम्बर 2016 से नए कवर की राशि प्राप्त होगी।
4.	**उक्त योजना का लाभ किन परिवारों को मिल सकता है?**	योजना के अन्तर्गत **राजस्थान राज्य के राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम (NFSA) अर्थात जिनके परिवारो को अक्टूबर 2015 के बाद राशन का गेहूँ मिल रहा है व राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (RSBY)** में आने वाले पात्र परिवारों को इसका लाभ दिया जाएगा।
5.	**राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम (NFSA) के पात्र परिवारों का क्या**	सामान्य भाषा में वे परिवार जिनको राशन की दुकान से माह अक्टूबर 2015 के पश्चात गेहूँ प्राप्त हो रहा है वे

	अर्थ है?	परिवार राष्ट्रीय खाद्य सुरक्षा अधिनियम के अर्न्तगत आते है।
6.	**क्या राज्य के बाहर के निवासी भी इसका लाभ ले सकते है?**	नहीं, उक्त योजना केवल राजस्थान राज्य के निवासियों हेतु बनायी गयी है।
7.	**क्या इलाज के दौरान रोगी से किसी भी तरह की राशि वसूल की जायेंगी?**	नहीं, इस योजना के अन्तर्गत सम्पूर्ण सुविधाएँ पूर्णतः निःशुल्क (कैशलेस) है।
8.	**मैं एक आम नागरिक हूँ। क्या मैं बीमा कम्पनी का प्रीमियम देकर योजना का लाभ ले सकता हूँ?**	जी नहीं।
9.	**मै कैसे पता कर सकता हूँ की मैं एनएफएसए का पात्र हूं या नही**	अपने राशन कार्ड में अकिंत 12 डिजिट का नम्बर स्वास्थ्य मार्गदर्शक/टोल फ्री नम्बर 1800–180–6127/नजदीकी ई मित्र केन्द्र अथवा अधिकृत राशन डीलर द्वारा उनकी लिस्ट में आप अपनी पात्रता जांच सकते है।
10.	**योजना का लाभ लेने हेतु कौन कौन से दस्तावेज की आवश्यकता है।**	योजना का लाभ लेने हेतु **लाभार्थी परिवार के सत्यापन** के लिये– राशन कार्ड/भामाशाह कार्ड/आरएसबीवाई कार्ड अथवा उनके नम्बर द्वारा सत्यापन किया जा सकता है। **एवं मरीज की पहचान के लिये–** आधार कार्ड या फोटो पहचान पत्र, सरकारी अथवा अर्द्ध सरकारी संस्थाओं द्वारा जारी जैसे (वोटर आईडी/ड्राईविंग लाईसेंस/पैन कार्ड/कोई अन्य पहचान पत्र)
11.	**मरीज का व्यक्तिगत सत्यापन किस प्रकार से किया जाता है?**	मरीज का व्यक्तिगत सत्यापन हेतु सॉफ्टवेयर में 3 प्रकार के तरीके है। वर्तमान में फिंगर प्रिन्ट एवं ओ.टी.पी. मैसेज द्वारा सत्यापन किया जा रहा है। आंखो द्वारा सत्यापन करने की सुविधा अभी प्रारम्भ नही की गई है।
12.	**मै बीपीएल कार्ड धारक हूं, क्या मैं भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना का पात्र हूं?**	भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना में पात्रता हेतु एनएफएसए या आरएसबीवाई का लाभार्थी होना आवश्यक है। एनएफएसए की पात्रता जानने के लिये अपने 12 डिजिट का नम्बर स्वास्थ्य मार्गदर्शक/टोल फ्री नम्बर 1800–180–6127/नजदीकी ई मित्र केन्द्र अथवा अधिकृत राशन डीलर द्वारा उनकी लिस्ट में आप अपनी पात्रता जांच

		सकते है।
13.	**मेरे पास भामाशाह कार्ड है। क्या मैं भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना का लाभ ले सकता हूँ?**	भामाशाह कार्ड का उपयोग परिवार की पहचान के लिये किया जा सकता है परंतु योजना का लाभ लेने के लिये एनएफएसए या आरएसबीवाई का पात्र होना आवश्यक है।
14.	**मै वृद्वावस्था पेंशन योजना का पात्र हूं एवं मेरे पास भामाशाह कार्ड भी है, क्या मै इस योजना का पात्र हूं?**	भामाशाह कार्ड का उपयोग परिवार की पहचान के लिये किया जा सकता है परंतु योजना का लाभ लेने के लिये एनएफएसए या आरएसबीवाई का पात्र होना आवश्यक है।
15.	**मुझे भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना का कार्ड बनवाना है? यह कहाँ बनेगा**	योजना के अन्तर्गत कोई अलग से कार्ड नहीं बनाया जाता है। जब भी आपके परिवार का कोई सदस्य के इलाज के लिए अस्पताल जाए तो अपने परिवार का राशन कार्ड एवं परिवार की महिला मुखिया का भामाशाह कार्ड अवश्य साथ लेकर जावें, लाभार्थी परिवार की पहचान अस्पताल द्वारा कर ली जायेगी।
16.	**क्या कोई योजना सम्बद्व अस्पताल मुझे भामाशाह स्वास्थ्य बीमा योजना का लाभ देने से मना कर सकता है?**	जी हाँ, निम्न परिस्थितियों में मना किया जा सकता हैः 1. उस अस्पताल में इलाज के लिए विशेषज्ञ सुविधा उपलब्ध नहीं है। 2. यदि अस्पताल द्वारा सम्बन्धित बीमारी का पैकेज नहीं चुना गया है। 3. यदि आपके परिवार के वालेट में पर्याप्त राशि उपलब्ध नहीं है।
17.	**योजना के अंतर्गत लाभार्थी के इलाज में क्या–क्या सम्मिलित है ?**	योजना के अन्तर्गत लाभार्थी को सामान्य वार्ड में चिकित्सा सुविधाएँ उपलब्ध होंगे, जिनमें निम्नाकिंत सुविधाएँ शामिल है– • बिस्तर व्यय सामान्य वार्ड/आई.सी.यू. में • भर्ती व्यय तथा नर्सिग व्यय। • शल्य चिकित्सा में शामिल व्यय। • वेन्टीलेटर शुल्क, शल्य उपकरणों, दवाओं, ऑक्सीजन, प्रत्यारोपण उपकरण, एक्स–रे तथा अन्य जाँचों पर व्यय आदि। • अन्य सभी व्यय जो रोगी के इलाज के दौरान अस्पताल के द्वारा वहन किया गया है।

18.	**योजना के अन्तर्गत कितनी राशि की चिकित्सा सेवा कवर की गयी है?**	सामान्य बिमारियों हेतु रू. तीस हजार तथा गंभीर बिमारियों हेतु रू. तीन लाख तक का बीमा कवर प्रति परिवार प्रति वर्ष किया गया है।
19.	**मेरे परिवार के वालेट में 15000रु की राशि उपलब्ध है परंतु इलाज के लिए मेरा पैकेज 18000रु है। क्या मैं अतिरिक्त राशि जमा करा कर अस्पताल में योजना में इलाज ले सकता हूँ?**	जी नहीं। यह मरीज परिवार के लिए पूर्णतः निःशुल्क योजना है। आप अतिरिक्त राशि जमा करा कर इलाज नहीं ले सकते है।
20.	**क्या यह राशि परिवार के एक सदस्य के लिए या सम्पूर्ण परिवार के लिए हैं यदि हाँ तो कितने सदस्य इसके अन्तर्गत लाभ प्राप्त कर सकते हैं ?**	**यह राशि सम्पूर्ण परिवार के लिए हैं।** एक परिवार के अन्तर्गत आने वाले वे सभी सदस्य जिनका नाम परिवार के राशन कार्ड/भामाशाह कार्ड/RSBY कार्ड में नामांकित हो वे इस योजना का लाभ ले सकते है।
21.	**यदि राशि ईलाज के उपरान्त शेष बच जाती है, तो क्या अगले वर्ष उपयोग में ली जा सकती है?**	नही, यह एक वर्ष के लिये ही है। यदि राशि शेष रह जाती है तो वह योजना प्रारम्भ होने से एक वर्ष की समाप्ति पर स्वतः ही निरस्त हो जाती है।
22.	**लाभार्थी कितनी बार इस योजना के अन्तर्गत ईलाज करा सकता है?**	परिवार के भामाशााह कार्ड में उपलब्ध कराई गई राशि शेष रहने तक वह इस योजना में इलाज करा सकता है।
23.	**योजना के अन्तर्गत कुल कितनी बीमारियां शामिल की गयी है?**	योजना के अन्तर्गत कुल 1715 बीमारियों हेतु पैकेज निर्धारित किये गये है।
24.	**योजना में कितनी सामान्य बीमारियां (Secondary illnesses) शामिल की गयी है?**	इस श्रेणी में 1148 बीमारियों को सूचीबद्ध किया गया है।
25.	**योजना में कितनी चिन्हित गंभीर बीमारियाँ (Tertiary illness) शामिल की गयी है?**	इसके अन्तर्गत 500 बीमारियों की सूची शामिल है जिनके इलाज हेतु Pre-Authorization (पूर्वनिर्धारिकरण) लेना अनिवार्य है।
26.	**राजकीय चिकित्सा संस्थानों हेतु आरक्षित पैकेज क्या है?**	इसके अन्तर्गत 67 बीमारियों की सूची बनाई गई है जिसके इलाज के लिए बीमा कवर सिर्फ राजकीय चिकित्सा

		संस्थानों में इलाज कराने पर ही प्राप्त किया जा सकेगा।
27.	**योजना में शामिल पैकेज की सूचना कहाँ से प्राप्त कि जा सकती है?**	**प्रत्येक प्रकार के पैकेज की सूची www.rajswasthya.nic.in एवं www.health.rajasthan.gov.in पर उपलब्ध है।**
28.	**योजना किन–2 स्वास्थ्य संस्थानों में लागू की गयी है?**	योजना 432 सरकारी एवं 498 निजी सम्बद्ध स्वास्थ्य संस्थानों पर लागू की गयी है।
29.	**योजना से जुड़े स्वास्थ्य संस्थानो की सूचना कहां से प्राप्त कि जा सकती है?**	उक्त सूचना **www.health.rajasthan.gov.in** से प्राप्त की जा सकती है तथा किसी ई–मित्र के केन्द्र से भी सूचना प्राप्त कर सकते है। (टोल फ्री नम्बर 1800 180 6127 पर भी उपलब्ध है।)
30.	**क्या योजना के अन्र्तगत लाभ लेने के लिये स्वास्थ्य संस्थान पर 24 घंटे भर्ती होना आवश्यक है।**	जनरल वार्ड प्रतिदिन पैकेज एवं आईसीयू प्रतिदिन पैकेज के अतिरिक्त अन्य किसी भी बीमारी का लाभ लेने के लिये 24 घंटे भर्ती होना आवश्यक नही है।
31.	**क्या योजना के अन्र्तगत प्रसव सेवा का लाभ लिया जा सकता है।**	जी हाँ, राजकीय अथवा अधिकृत निजी अस्पताल में योजना के अन्र्तगत प्रसव सेवा का लाभ लिया जा सकता है।
32.	**क्या योजना के अन्र्तगत प्रसव सेवा का लाभ लेने पर जननी सुरक्षा योजना की प्रोत्साहन राशि का भुगतान किया जायेगा**	राजकीय एवं जननी सुरक्षा योजना के अन्र्तगत सम्बद्ध निजी अस्पतालो में जननी सुरक्षा योजना की प्रोत्साहन राशि का भुगतान पूर्ववत किया जाता रहेगा।
33.	**अस्पताल से डिस्चार्ज होने के कितने दिनो बाद तक मरीज फॉलोअप हेतु आ सकता है।**	डिस्चार्ज होने के 15 दिन के भीतर मरीज फॉलोअप हेतु आ सकता है। साथ ही 15 दिन की दवाईयाँ आदि भी पैकेज के तहत निःशुल्क उपलब्ध कराई जायेगी।
34.	**क्या लाभार्थी परिवार का मरीज ओ.पी.डी. में परामर्श, दवायें और जांचो आदि में किये गये व्यय का भुगतान इस योजना के द्वारा प्राप्त कर सकता है?**	हाँ, यदि मरीज को ओ.पी.डी. मे दिखाने के 7 दिन के भीतर भर्ती किया जाता है तो उसके द्वारा पूर्व में किया गया दवाईयों, जांचो, परामर्श शुल्क आदि में हुये व्यय को भी क्लेम पैकेज में शामिल किया जायेगा। बशर्ते की यह उसी अस्पताल में हुआ है जिसमें वह इलाज करा रहा है।
35.	**क्या इस योजना के अन्तर्गत केवल योजना के बाद की (13 दिसम्बर 2015) बीमारियों ही शामिल है?**	नहीं, इस योजना के अन्तर्गत योजना के पूर्व की भी बीमारियों सम्मिलित है।

36.	**क्या उक्त लाभार्थी परिवार में शामिल नवजात शिशु को भी इस योजना का लाभ मिलेगा?**	हाँ, उक्त योजना का लाभ नवजात शिशु को भी मिलेगा। नये जन्मे बच्चे की स्थिति में माता या पिता का फोटो पहचान पत्र MOIC ROUTE से अपलोड कर बच्चे का नाम BABY OF (माता/पिता का नाम) लिख कर SOFTWARE में दर्ज करेंगे। बशर्ते माता–पिता का नाम राशन कार्ड में दर्ज होना चाहिए।
37.	**परिवार का शिशु जिसका राशन कार्ड में नाम नहीं है क्या उसे परिवार का सदस्य माना जायेगा?**	परिवार में जन्मे बच्चे का नाम राशन कार्ड में दर्ज ना होने की स्थिति में बच्चे का जन्म प्रमाण पत्र या स्कूल का फोटो पहचान पत्र जिस पर माता या पिता का नाम अंकित हो प्रस्तुत करने पर योजना का लाभ लिया जा सकता है। बशर्ते माता–पिता का नाम राशन कार्ड में दर्ज होना चाहिए।
38.	**क्या उक्त लाभार्थी परिवार में शामिल नवविवाहिता को भी इस योजना का लाभ मिलेगा?**	हाँ, उक्त योजना का लाभ नवविवाहिता को भी मिलेगा। शादी के बाद परिवार में आई स्त्री का नाम राशन कार्ड में ना होने (पति का नाम राशन कार्ड में होना चाहिए) की स्थिति में मेडीकल ऑफीसर इंचार्ज संबंधित लाभार्थी का सत्यापन कर उसके फॉटो पहचान पत्र को SOFTWARE में अपलोड कर लाभार्थी को योजना का लाभ प्रदान करेगा। इसके लिए शादी का कार्ड या अन्य कोई फोटो आई.डी. आवश्यक है जिससे उस स्त्री का पत्नी होने का प्रणाम मिलता हो।
39.	**क्या योजना के अन्तर्गत परिवहन सेवा भी निःशुल्क उपलब्ध है?**	नहीं, परन्तु हृदय रोग तथा अत्याधिक आघात (Poly Trauma) की स्थिति में 100 रु प्रति डिस्चार्ज यात्रा भत्ता का प्रावधान है जो की वर्ष में अधिकतम 500रु प्रति परिवार हो सकता है।
40.	**स्वास्थ्य संस्थान पर योजना की जानकारी किसके द्वारा प्राप्त की जा सकती है?**	इस योजना के अन्तर्गत प्रत्येक स्वास्थ्य संस्थान पर रोगी की सहायता हेतु स्वास्थ्य मार्गदर्शक उपलब्ध है।
41.	**योजना से सम्बन्धित शिकायत के**	इसके लिये जिला स्तरीय परिवेदना निस्तारण समिति में

	लिये क्या करना होगा?	शिकायत प्रस्तुत की जा सकती है। जिला कलेक्टर इस समिति के अध्यक्ष एवं जिले के मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी सदस्य सचिव है।
42.	**अस्पताल द्वारा मुझसे इलाज हेतु राशि का भुगतान मांगा/लिया गया है मुझे इसके खिलाफ क्या करना चाहिए ?**	इसके लिए आपको सम्बन्धित जिले के मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी कार्यालय में लिखित में शिकायत प्रस्तुत करनी होगी।
निजी अस्पताल/स्वास्थ्य मार्गदर्शक सम्बन्धी प्रश्न		
43.	**मैं (निजी अस्पताल) इस योजना से जुडना चाहता हु मुझे क्या करना होगा?**	योजना के अन्तर्गत सम्बद्धता हेतु योजना की वेबसाइट **www.health.rajasthan.gov.in** पर ऑनलाइन अपलाइ किया जा सकता है।
44.	**योजना में निजी अस्पतालो के जुडने हेतु क्या पात्रता / शर्ते है?**	निजी चिकित्सा संस्थानों का सूचीकरण (Empanelment) ग्रेडिंग के आधार पर होगा। न्यूनतम अर्हता (Eligibility) प्राप्त करने हेतु अस्पताल में निम्न सुविधाऐं होना आवश्यक है। i. यह 15 बिस्तर का होना चाहिए। जिला स्तरीय गठित समिति इसमें छूट प्रदान कर सकती है। ii. यह सभी उपकरणों से पूर्णतया सुसज्जित होना चाहिए तथा इसमें सामान्य चिकित्सा शल्य चिकित्सा तथा रोग जांच हेतु आवश्यक सुविधाऐं उपलब्ध होनी चाहिए। iii. सामान्य वार्ड महिला तथा पुरूष वार्ड के अलग–अलग होने चाहिए। iv. **अस्पताल जो पेकेज लेता है,** उनके लिए सभी उपकरणों से पूर्णतया सुसज्जित ऑपरेशन थियेटर। अस्पताल अपनी इच्छा अनुसार पेकेज चुन सकता है। v. जो अस्पताल अधिक उपयुक्त होंगे उन्हें सूचीबद्ध किया जायेगा। vi. अस्पतालों के असामान्य वितरण को रोकने हेतु क्षेत्र के भौगोलिक स्थिति का भी ध्यान रखा जायेगा। **vii. जिलों हेतु अस्पतालों में अधिकतम तथा न्यूनतम बिस्तरों की संख्या का निर्धारण उस क्षेत्र की जनसंख्या के आधार पर किया जायेगा।** viii. अस्पतालों की छंटनी Performance के आधार पर

		अनवरत रूप से की जायेगी।
45-	**योजना में निजी अस्पतालो के जुडने की क्या प्रक्रिया होगी?**	• योजना के अन्तर्गत सम्बद्धता हेतु योजना की वेबसाइट **www.health.rajasthan.gov.in** पर ऑनलाइन आवेदन करे। • बीमा कम्पनी द्वारा संस्थान का वेरीफीकेशन। • बीमा कम्पनी एवं संस्थान के मध्य अनुबन्ध। • संस्थान के नोडल अधिकारी एवं स्वास्थ्य मार्गदशर्क को की साफ्टवेयर सम्बंधी प्रशिक्षण। • बीमा कम्पनी द्वारा सस्थान के उपयोग हेतु साफ्टवेयर का यूजर आई डी एवं पासवर्ड बनाकर संस्था का उपलब्ध कराना।
46.	**निजी अस्पताल के योजना में सम्बद्धता हेतु क्या कोई फीस निर्धारीत की गयी है ?**	नहीं, इस प्रकार कोई भी प्रावधान वर्तमान में योजना के अर्न्तगत नहीं किया गया है।
47.	**निजी अस्पताल की योजना में सम्बद्धता किस एजेन्सी के द्वारा की जावेगी**	यह कार्य योजना में चयनित बीमा कम्पनी द्वारा किया जावेगा। वर्तमान मे New India Assurance Company द्वारा यह कार्य किया जा रहा है।
48.	**स्वास्थ्य मार्गदर्शक की न्यूनतम शैक्षणिक योग्यता क्या होगी?**	a. वह स्नातक होना चाहिए। b. उसे कम्प्यूटर का कार्यात्मक ज्ञान होना चाहिए। c. वह सम्बन्धित क्षेत्र का निवासी होना चाहिए। d. उसमें अच्छा संवाद कौशल होना चाहिए। e. वह आसपास के गाँवों में जाने के लिए तैयार होना चाहिए।
49.	**संस्थान पर स्वास्थ्य मार्गदर्शक की न्यूनतम संख्या क्या होगी?**	स्वास्थ्य मार्गदर्शक चिकित्सा संस्थान पर आई.पी.डी. भार के हिसाब से लगाए जा सकेगें। प्रति दिन 50 से अधिक की आईपीडी पर प्रति 50 आईपीडी पर एक स्वास्थ्य मार्गदर्शक अथवा अस्पताल की आवश्यकतानुसार अतिरिक्त मार्गदर्शक लगाये जा सकेगें।
50.	**स्वास्थ्य मार्गदर्शको को किसके द्वारा संस्थान पर नियुक्त किया जावेगा?**	न्यूनतम वाछिंत योग्यता के आधार पर संस्थान द्वारा स्वयं के स्तर पर स्वास्थ्य मार्गदर्शको को संस्थान पर नियुक्त किया जावेगा।

51.	**मेरे अस्पताल का योजना के अन्तर्गत एम्पेनलमेंट हो गया है परन्तु लॉग इन आई डी एवं पासवर्ड अभी तक उपलब्ध नहीं हुआ है। मुझे किसे सम्पर्क करना चाहिए?**	लॉग इन आई डी एवं पासवर्ड सम्बन्धी समस्याओं के लिए श्री ललित जैन, NIAC को टेलीफोन नम्बर 0141–2643814, 0141.–2643815 एवं मोबाईल नम्बर 9829123223 पर सम्पर्क किया जा सकता है। इस हेतु ई–मेल आई डी lalit.jain69@gmail.com पर भी सम्पर्क किया जा सकता है।
52.	**मुझे अपने अस्पताल की आई.डी से लॉग इन करने में परेशानी आ रही है । मुझे किसे सम्पर्क करना चाहिए?**	लॉग इन आई डी एवं पासवर्ड सम्बन्धी समस्याओं के लिए श्री ललित जैन, NIAC को टेलीफोन नम्बर 0141.–2643814, 0141.–2643815 एवं मोबाईल नम्बर 9829123223 पर सम्पर्क किया जा सकता है। इस हेतु ई–मेल आई डी lalit.jain69@gmail.com पर भी सम्पर्क किया जा सकता है।
53.	**मेरे अस्पताल की लॉगिन आई.डी. ब्लॉक हो गयी है, मुझे क्या करना चाहिए?**	स्वास्थ्य मार्गदर्शक द्वारा बार–बार गलत पासवर्ड डालने से आई डी. ब्लॉक हो जाती है। यह संख्या पूर्व में 3 बार तक थी, लेकिन अब उसमे सुधार कर 10 बार तक का विकल्प दिया गया है। 10 बार से अधिक बार गलत पासवर्ड डालने पर आई.डी. ब्लॉक हो जायेगी, जो 24 घन्टे तक रहेगी, उसके बाद ही पुनः लॉगिन किया जा सकेगा
54.	**राशन कार्ड नम्बर ऑन लाईन सत्यापन नही होने पर क्या करना चाहिये?**	स्वास्थ्य मार्गदर्शक राशन कार्ड से यह सुनिश्चित करेगा कि लाभार्थी ने अक्टूबर, 2015 से गेहूं प्राप्त किया है और यह प्रमाणित होने पर राशनकार्ड की प्रमाणित छायाप्रति (तीन पृष्ठ पहला मुख्य पृष्ठ जिस पर मुखिया का फोटो लगा हो, दूसरा अन्तिम पृष्ठ जिस पर परिवार का विवरण है, तथा तीसरा जिस पर गेहॅू लेने का विवरण अंकित हो तथा सभी पृष्ठो पर राशन कार्ड का नम्बर अंकित किया जावे) सॉफ्टवेयर में अपलोड कर और उसे NFSA का लाभार्थी मान कर उसे योजना का लाभ प्रदान किया जायेगा।
55.	**मरीज के पहचान सम्बन्धी या अन्य दस्तावेज सॉफ्टवेयर में अपलोड करते समय परेशानी आने की स्थिति में क्या करे?**	मरीज से सम्बन्धित दस्तावेजों को स्कैन करते समय स्कैनर की सेटिंग 100 डी.पी.आई पर रखना चाहिये, ताकि प्रतिफाईल का साईज 250 के.बी. से अधिक नही हो। बडी साईज की फाईल होने पर फाईल को कम्प्रेस फॉरमेट में भी

		अपलोड की जा सकती है।
56.	**मरीज से सम्बन्धित दस्तावेजों को किस फॉरमेट में अपलोड किया जाना है?**	सभी दस्तावेजों को स्कैन कर फाईल्स को पी.डी.एफ. फॉरमेट में ही सॉफ्टवेयर में अपलोड किया जायें।
57.	**मरीज के इलाज हेतु भर्ती पर्ची पर पैकेज का निर्धारण कौन करेगा?**	मरीज के भर्ती पर्ची पर सम्बन्धित चिकित्सक द्वारा ही पैकेज का निर्धारण किया जायेंगा। किसी भी स्थिति में स्वास्थ्य मार्गदर्शक द्वारा पर्ची पर पैकेज का नाम अथवा कोड अंकित नही किया जावेगा।
58.	**स्वास्थ्य मार्गदर्शक को कैसे ज्ञात हो कि किस बीमारी हेतु कौन सा दस्तावेज लगाया जाना है?**	इस हेतु दिशा निर्देश की सूची एवं Minimum Document Protocol तैयार किया गया है जिसकी प्रति योजना कि वैबसाइट पर भी उपलब्ध है।
59.	**आपातकालीन मरीज को योजना के अर्न्तगत किस प्रकार भर्ती किया जावेगा?**	सर्वप्रथम इमरजेंसी टी.आई.डी जनरेट कर इलाज शुरु किया जावे। रोगी के स्थिर होने पर उसे नॉरमल टी.आइ.डी में कन्वर्ट करे एवं तदनुसार पैकेज बुक करें। इसकी विस्तृत सूचना योजना की वेबसाइट पर ट्रैनिग मेनुअल 2.0 में दी गयी है।
60.	**योजना के सॉफ्टवेयर के लिये कौनसी फिंगर प्रिट मशीन ली जानी चाहिए**	इस हेतु Secugen Hamster Pro 20 कम्पनी का ही लेवे।
61.	**Minimum Document Protocol (MDP) क्या है?**	157 अत्याधिक प्रयुक्त/बुक किये जाने वाले पैकेज के लिये मरीज के ईलाज से सम्बन्धित कुछ आवश्यक दस्तावेजों को क्लेम के साथ बीमा कम्पनी को भेजने हेतु MDP तैयार किया गया है जिससे कम समय में क्लेम पर आवश्यक कार्यवाही कर निस्तारित किया जा सके।
62.	**मरीज के ईलाज की राशि उसके कार्ड/वॉलेट में उपलब्ध राशि से अधिक होने की स्थिति में क्या किया जाना चाहीए?**	सामान्यतः मरीज का इलाज उपलब्ध वालेट राशि की सीमा तक किया जाना चाहिए। मरीज की गंभीर स्थिति में जबकि जान बचाने के लिए प्रकिया आवश्यक हो तो इलाज करने वाले चिकित्सक द्वारा ऐसी अनुशंषा के पश्चात ही प्रकरण को फंड़ एन्हान्समेन्ट के लिए भेजा जावे प्रत्येक केस में फंड़ एन्हान्समेन्ट सम्भव नहीं है। इस प्रकार का केस फंड़ एन्हान्समेन्ट के लिये भेजा जायेगा। रू 500 कि सीमा तक इलाज देने वाले चिकित्सक

		कि अनुशंसा के बाद फंड़ एन्हान्समेन्ट की स्वीकृति प्राप्त की जा सकेगी।
63.	**क्या मरीज के भर्ती होने के बाद उसके पैकेज में और पैकेज जोड़े अथवा संशोधित किये जा सकते है?**	हाँ, अब सॉफ्टवेयर मे पैकेज एड़/एडिट/निरस्त करने का विकल्प उपलब्ध कराया गया है, जिसके आधार पर एक बार टी.आई.डी. जनरेट होने पर आवश्यकतानुसार उसके पैकेज सलेक्शन में परिवर्तन किया जा सकता है। लेकिन यह जरूरी है कि मरीज उस समय तक अस्पताल से डिस्चार्ज नही हुआ हो तथा यह सुविधा उसी अस्पताल के लिए है जहां टी.आई.डी. जनरेट हुई है। सम्पूर्ण प्रक्रिया के लिए यूजर मेनुअल पढें।
64.	**क्या किसी पैकेज को बुक करने से पहले बीमा कम्पनी से पूर्व अप्रुवल लिया जावें?**	500 चयनित गंभीर बीमारियों (Tertiary Package) हेतु बीमा कंपनी से Pre-Authorisation Approval के उपरान्त उपचार प्रारम्भ किया जायेगा, परन्तु आपालकालीन स्थितियों में (जब रोगी की जान को खतरा हो) सर्वप्रथम उपचार को प्राथमिकता दी जायेगी। शेष आवश्यक कार्यवाही बाद में अमल में लाई जायेगी।
65.	**टर्शरी पैकेज के इलाज के लिये क्या करना होगा?**	टर्शरी पैकेज के इलाज के लिये यह आवश्यक है कि उसका Pre Authorization Approval के लिये बीमा कम्पनी को भिजवाया जावें। 48 घन्टे तक बीमा कम्पनी द्वारा तीन बार क्योरीज की जा सकती है। यदि आपने क्योरीज का जवाब दे दिया है तो या तो बीमा कम्पनी की स्वीकृती आपको कम्प्यूटर पर प्राप्त हो जायेगी अन्यथा 48 घन्टे के पश्चात वह पैकेज स्वतः ही अप्रूव्ड माना जायेगा।
66.	**प्री ऑथ क्योरी का जवाब कब तक भिजवाया जाना आवश्यक है?**	प्री ऑथ क्योरी का जवाब यथाशीघ्र भिजवाया जाना चाहिये ताकि समय से अप्रुवल प्राप्त हो जाये। तब तक चिकित्सालय द्वारा मरीज का इलाज जारी रखा जायेगा।
67.	**यदि प्री ऑथ क्योरी के जवाब से बीमा कम्पनी संतुष्ट नही हो और पैकेज रिजेक्ट हो जाये तब क्या करे?**	पैकेज रिजेक्ट होने की स्थिति में मरीज का ईलाज इस योजना में नही किया जा सकेगा। यदि बीमा कम्पनी द्वारा बताये गये कारण सन्तुष्टिप्रद नहीं है तो जिला स्तरीय शिकायत निवारण समिति में शिकायत दर्ज कि जा सकती है।
68.	**क्या प्री ओथ रिक्वेस्ट के साथ कोई**	जी हां, मरीज की जिन रिर्पोट/रिर्पोटस के आधार पर

	दस्तावेज लगाना आवश्यक है?	डाक्टर ने पैकेज का निर्धारण किया वो सभी रिर्पोट प्री ओथ रिक्वेस्ट फार्म में अपलोड करना आवश्यक है।
69.	**क्लेम सम्बन्धी समस्या के लिये मुझे किसे सम्पर्क करना चाहिए?**	श्रीमति मंगला शर्मा, एन.आई.ए.सी. को टेलिफोन नम्बर 0141 2643842 एवं ई.मेल आई.डी. mangla.sharma@newindia.co.in पर सम्पर्क किया जा सकता है।
70.	**यदि बीमा कम्पनी द्वारा 21 दिन की निर्धारित सीमा मे क्लेम की राशि का भुगतान नही किया जाता है तो क्या मुझे ब्याज सहित भुगतान होगा?**	जी हां, यदि बीमा कम्पनी द्वारा निर्धारित समय सीमा में भुगतान नही किया जाता है तो बीमा कम्पनी द्वारा क्लेम राशि पर 1 प्रतिशत प्रतिदिन की दर से Penal Interest के साथ भुगतान किये जाने का प्रावधान है।