

महाराष्ट्र विधीमंडळाच्या विद्यमान व माजी सदस्यांकरिता लागू करण्यात आलेली रोखरहित आरोग्य विमा योजना.

महाराष्ट्र विधानमंडळ सचिवालय  
क्रमांक : ७३२३/मविस /ह-२ (वैद्यकीय खर्च प्रतिपूर्ती)  
विधान भवन, मुंबई -४०० ०३२.  
दिनांक : ०३ एप्रिल, २०२३

### :: परिपत्रक ::

संदर्भ:- या सचिवालायाचे परिपत्रक क्रं. १३६३६ /मविस /ह-२ दिनांकित २९ जून, २०२२.

उपरोक्त संदर्भाधिन परिपत्रकान्वये विधानमंडळाचे सर्व विद्यमान (मंत्रीपरिषद सदस्य वगळून) व माजी सदस्य आणि त्यांच्या कुटुंबियांकरिता (एकुण ५ सदस्य) दिनांक १ जून, २०२२ ते ३१ मे, २०२३ या एक वर्षाच्या कालावधीकरीता न्यु इंडिया एश्योरन्स कंपनीमार्फत रोखरहित आरोग्य विमा योजना लागू करण्यात आली आहे. सदर योजनेचा कालावधी दिनांक ३१ मे, २०२३ रोजी संपुष्टात येणार आहे.

तरी सर्व सन्मा.विद्यमान तसेच माजी सदस्यांना कळविण्यात येते की, आपण अथवा आपल्या कुटुंबियांनी घेतलेल्या वैद्यकीय उपचाराची देयके विहित नमुन्यात दिनांक ३० जून, २०२३ रोजीपर्यंत "कक्ष अधिकारी, ह-२ कक्ष, १६ वा मजला, कक्ष क्रमांक १६०४, महाराष्ट्र विधानमंडळ सचिवालय, विधान भवन, मादाम कामा रोड, मुंबई-४०० ०३२." या पत्त्यावर त्वरित पाठविण्यात यावीत. विलंबाने प्राप्त होणाऱ्या वैद्यकीय देयकांच्या प्रतिपूर्तीचे दावे मान्य होणार नाहीत याबाबत कृपया दक्षता घ्यावी.

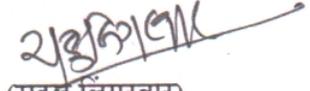
तसेच दिनांक १ जून, २०२३ पासून पुढील एक वर्षाच्या कालावधीकरीता विद्यमान तसेच माजी सदस्य व त्यांच्या कुटुंबियांकरिता सदरहु रोखरहित आरोग्य विमा योजना पुन्हा लागू होणे अपेक्षित आहे. तरी आपल्या कुटुंबातील सदस्यांची नावे अद्याप रोखरहित आरोग्य विमा योजनेत समाविष्ट नसल्यास, ती समाविष्ट करण्याबाबत अथवा ती अद्ययावत नसल्यास अद्ययावत करण्याबाबत सोबत जोडलेल्या नमुन्यानुसार दिनांक १५ मे, २०२३ पूर्वी या

..२..

..२..

सचिवालयास कळविण्यात यावे. योजनेत नाव समाविष्ट नसल्यास वैद्यकीय देयकाच्या प्रतिपूर्तीचा वा रोखरहित वैद्यकीय उपचारावरील खर्चाचा दावा मान्य होणार नाही याची कृपया नोंद घ्यावी.

याबाबत अधिक माहितीकरिता या सचिवालयाच्या ०२२ २२०२७३९९ (विस्तार क्र.२५१२) या दुरध्वनी क्रमांकावर संपर्क साधावा, हि विनंती.



(राहुल लिंगरवार)

कक्ष अधिकारी

महाराष्ट्र विधानमंडळ सचिवालय

प्रति,

महाराष्ट्र विधीमंडळाचे सर्व विद्यमान व माजी सदस्य.

**नमूना**  
**मा.सदस्यांच्या कुटुंबाचा तपशिल**  
**(वैद्यकीय सुविधेकरिता)**

मा.सदस्यांचे नाव :- .....वि.प.स./वि.स.स./

माजी वि.प.स./माजी वि.स.स.

सदस्यत्वाचा कालावधी :-..... ते .....

पत्रव्यवहाराचा पत्ता :- .....

दूरध्वनी क्रमांक :- .....

भ्रमणध्वनी क्रमांक :- .....

Email Address: .....

मी असे प्रतिज्ञापूरवक लिहून देतो की, माझ्या कुटुंबाचा तपशिल खालीलप्रमाणे आहे.

अ.क्र.	कुटुंबातील सदस्यांची नावे (१ + ५ कुटुंब सदस्य = एकूण ६) (स्वतः सदस्य, पती/पत्नी, आई-वडील, २ मुले/२ मुली (अविवाहित मुली))	जन्मतारीख	वय	नाते
(१)				
(२)				
(३)				
(४)				
(५)				
(६)				

(टिप:- जन्मतारखांच्या पुरावादाखल कागदपत्रांच्या (अधारकार्ड/पॅन) प्रमाणित छायांकित प्रती यासोबत सादर कराव्यात.)

(सदस्याचे नाव व स्वाक्षरी.)