



दि ओरिएण्टल इंश्योरेंस कम्पनी लिमिटेड

टी.पी.ए. सेवाओं पर अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न

1. कृपया उन नियम व शर्तों को स्पष्ट करें जिनके आधार पर ओरिएण्टल इंश्योरेंस द्वारा जारी की गई स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की सेवाएं प्रदान करने के लिए टी.पी.ए. को नियुक्त किया गया है ?

उत्तर - तृतीय पक्ष के प्रशासक (टी.पी.ए.) को सक्षम प्राधिकारी द्वारा समय-समय पर विधिवत रूप से अनुमोदित की गई नामांकन प्रक्रिया के आधार पर स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की सेवाओं को प्रदान करने के लिए नियुक्त/आबंटित किया जाता है ।

इसके साथ ही टी.पी.ए. आबंटन भारतीय बीमा विनियामक व विकास प्राधिकरण (तृतीय पक्षकार प्रशासक-स्वास्थ्य सेवाएँ (संशोधन) विनियामक, 2019 खंड 2 उप खंड (ई) के अनुपालन में किया जाता है ।

बीमा पॉलिसीधारक बीमाकर्ता द्वारा प्रवृत्त टी.पी.ए. में से अपनी पसंद के टी.पी.ए. का चयन कर सकता है, जहां पर बीमाकर्ता द्वारा दिए गए बीमा उत्पाद हेतु टी.पी.ए. की सेवाओं को प्रवृत्त किया जाता है ।

(क) जहां उक्त टी.पी.ए. द्वारा प्रदान की गई स्वास्थ्य सेवाओं की अवधि के दौरान टी.पी.ए. की सेवाएं समाप्त हो जाती हैं, प्रत्येक बीमाकर्ता उसके द्वारा प्रवृत्त टी.पी.ए. में से वैकल्पिक टी.पी.ए. का चयन करने के लिए पॉलिसीधारक को अनुमति दे सकता है ।

(ख) बीमाकर्ता स्पष्ट रूप से टी.पी.ए. के नाम प्रदान करेगा जिनमें से पॉलिसीधारक बिक्री के समय पर अपनी पसंद के टी.पी.ए. के नाम का चयन कर सकता है । पॉलिसीधारक को नवीकरण के समय पर ही अपनी पसंद के टी.पी.ए. को परिवर्तित करने की अनुमति दी जा सकती है ।

बशर्ते कि पॉलिसीधारक को टी.पी.ए. की सेवाओं का विवरण करने का कोई अधिकार नहीं होगा तथा बीमाकर्ता से प्रत्यक्ष रूप से स्वास्थ्य सेवाओं को प्रदान करने का अनुरोध करेगा ।

बशर्ते यह भी कि बीमाकर्ता के पास इस बात का विशेषाधिकार होगा कि क्या किसी टी.पी.ए. को नियुक्त करना है या नहीं, अथवा टी.पी.ए. की सेवाओं को समाप्त करना है या किसी विशेष स्वास्थ्य बीमा उत्पाद के लिए टी.पी.ए. की सेवाओं को लगाना है या सेवाओं को समाप्त करना है ।

बशर्ते यह भी कि इन विनियमों के विनियम 20 के उप-नियम (8) के प्रावधानों के अनुसार बीमाकर्ता के पास टी.पी.ए. को परिवर्तित करने का भी विशेषाधिकार होगा ।

(ग) जबकि पॉलिसीधारक ने किसी भी टी.पी.ए. का चयन नहीं किया, बीमाकर्ता अपनी पसंद के टी.पी.ए.को पॉलिसी सेवाओं को प्रदान करने के लिए आबंटित कर सकती है।

(घ) जबकि बीमाकर्ता किसी एक टी.पी.ए. को ही सेवाओं के लिए प्रवृत्त करता है, पॉलिसीधारक को कोई विकल्प प्रदान करने की कोई आवश्यकता नहीं होगी।

02- टी.पी.ए. (तृतीय पक्ष प्रशासक) की क्या भूमिका है?

उत्तर- टी.पी.ए. लाइसेन्स प्राप्त संस्थाएं हैं जो कि स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए बीमा विनियामक व विकास प्राधिकरण के साथ पंजीकृत हैं। टी.पी.ए. की सेवाओं में समान्यतः निम्नलिखित शामिल हैं :- (विवरण हेतु आप कृपया टी.पी.ए. स्वास्थ्य सेवा विनियम 2016 को देखें) :-

- सदस्य नामांकन और स्वास्थ्य कार्ड जारी करना।
 - अस्पतालीयकरण सेवा और कैश-लेस उपचार हेतु पूर्व सहमति।
 - प्रतिपूर्ति दावा प्रक्रिया।
 - कॉल सेंटर सेवा और एसएमएस सेवा।
 - जांच सेवा और धोखाधड़ी एवं दुरुपयोग प्रबंधन सेवा।
 - ग्राहक संबंध और संपर्क प्रबंधन सेवा और शिकायत प्रबंधन सेवा।
 - स्वास्थ्य जांच सेवा तथा कल्याण सेवाओं व स्वास्थ्य संवर्धन प्रबंधन सेवा।
 - कानूनी सहायता तथा बीमाकर्ता द्वारा खरीदी गई अन्य विशेष सेवा।
- टी.पी.ए. की भूमिका बीमा कंपनी द्वारा पॉलिसी जारी करने के पश्चात प्रारम्भ होती है।

03 क्या बीमा कंपनी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की सेवाओं को आबंटित करने के लिए टी.पी.ए. की सूची प्रकाशित या प्रदर्शित करती है?

उत्तर- वर्तमान टी.पी.ए. आबंटन प्रक्रिया में अपनाई गई समस्त प्रक्रियाओं को विधिवत रूप से कंपनी के पोर्टल पर अपलोड किया गया था तथा किसी भी प्रतिनिधित्व अवलोकन, शिकायत और आपत्ति हेतु विशेष रूप से गठित अपीलीय समिति द्वारा निवारण हेतु सार्वजनिक डोमेन में रखा गया था।

आप नीचे उल्लिखित यूआरएल पर नोटिस को देख सकते हैं :

<https://orientalinsurance.org.in/documents/10182/8294618/NOTICE+IN+CONNECTI+ON+WITH+TPA+ALLOCATION-+REALLOCATION.pdf/d0b74b35-0467-5cf0-dcf1-8cd54dbc0e6f>

04 क्या कोई मध्यस्थ, स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की सेवाओं के लिए ऑरिएण्टल इंश्योरेंस द्वारा नामांकित टी.पी.ए.की सूची तथा संपर्क ब्यौरा तक पहुँच सकता है?

उत्तर - हाँ, ऑरिएण्टल इंश्योरेंस द्वारा स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की सेवाओं के लिए प्रयुक्त सम्पूर्ण सूची व संपर्क ब्यौरा हमारी कंपनी के पोर्टल पर उपलब्ध है। आप नीचे दिये गए यूआरएल पर लॉग-इन करके विवरण तक पहुँच सकते हैं :-

<https://orientalinsurance.org.in/web/guest/empanneledtpa?isSelected=onlineProducts&isRefresh=true>

05 दावेदार के अस्पतालीय बिल, पूर्व-अस्पतालीय बिल तथा अस्पतालीयकारण के पश्चात के बिलों तथा उनसे जुड़े अन्य मुद्दों का निपटान करने के लिए टी.पी.ए. ने क्या समय-सीमा का निर्धारण की है?

उत्तर - पॉलिसी के नियमों व शर्तों के अनुसार टी.पी.ए./बीमाकर्ता द्वारा अंतिम आवश्यक दस्तावेजों की प्राप्ति के 30 दिनों अंदर दावे को पंजीकृत, प्रक्रियागत और अंतिम रूप में भुगतान किया जाता है।

जो दावे जांच वारंट के आधीन है उन दावों के मामले में 45 दिनों में निपटान और अंतिम भुगतान के लिए अपवाद बनाया गया है।

06 दावों के निपटान हेतु टी.पी.ए. द्वारा अपनाई गई पॉलिसी?

उत्तर- ओरिएण्टल इंश्योरेंस कंपनी की ओर से टी.पी.ए. द्वारा दावों का निपटान व प्रसंस्करण, सेवरत टी.पी.ए. के साथ हस्ताक्षरित सेवा स्तर समझौते के तहत की गई है तथा सहमति दी गई है, जो दावों के लिए पालन की जाने वाली प्रक्रिया का विवरण होते हैं। (कैशलेस के साथ-साथ प्रतिपूर्ति दावों के लिए)।

इस उत्पाद के अतिरिक्त स्वास्थ्य बीमा विनियमों 2016 के विनियम 33 के अनुपालन में बीमाकर्ता द्वारा सभी टी.पी.ए. को विशेष दिशानिर्देश जारी किये जाते हैं।

7 कैशलेस या पूर्व-प्राधिकरण सुविधा क्या है?

उत्तर- बीमा कंपनियों का विविध अस्पतालों से टाई-अप व्यवस्था है जिन्हें नेटवर्क अस्पताल कहा जाता है। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के अन्तर्गत, एक पॉलिसीधारक, अस्पताल में बिल का भुगतान किए बिना किसी भी नेटवर्क अस्पताल में उपचार करवा सकता है क्योंकि बिल का भुगतान बीमा कंपनी द्वारा सीधा अस्पताल को कर दिया जाता है। टी.पी.ए सदस्य का कैशलेस उपचार की व्यवस्था करने में मदद करता है। लेकिन, बीमा पॉलिसी की शर्त एवं नियमों के अनुसार सीमाओं एवं उपसीमाओं से परे अथवा पॉलिसी के अन्तर्गत बीमित नहीं किये गये खर्चों का भुगतान ग्राहक को सीधा अस्पताल को करना पड़ता है। यदि उपचार गैर-नेटवर्क अस्पताल में करवाया जाता है तो पूर्वप्राधिकरण उपलब्ध नहीं है।

8 अस्पताल में कैशलेस/पूर्वप्राधिकरण सुविधा लेने की क्या प्रक्रिया है?

उत्तर पूर्व प्राधिकरण की सुविधा टी.पी.ए द्वारा नेटवर्क अस्पतालों में दी जाती है। रोगी को उपचार हेतु एक सूचीगत अस्पताल से सम्पर्क करना चाहिए। फिर अस्पताल विधिवत रूप से भरे गये पूर्वप्राधिकरण आवेदन को योजनावद्ध अस्पतालों से पूर्व सेवा प्रदान करने वाले टीपीए को भेजेगा। आपातकालीन मामलों में पूर्वप्राधिकरण की प्रक्रिया को अस्पताल में भर्ती होने के 24 घंटों के भीतर आरम्भ किया जा सकता है। सेवा प्रदान करने वाला टीपीए तब पॉलिसी की शर्तों के आधार पर पूर्व प्राधिकरण पर प्रक्रिया करेगा तथा अस्पताल को दाखिल करने की तिथि के बारे में सूचित करेगा। यदि कैशलेस को बढ़ाया जाता है तो रोगी को केवल अभुगतानिक योग्य खर्चों का ही भुगतान करना होगा।

यदि पूर्वप्राधिकरण की मना हो जाती है तो रोगी अस्पताल के बिल का भुगतान करता है, अस्पताल से छुट्टी के समय मूल रसीद तथा अन्य दस्तावेजों को दावे की प्रतिपूर्ति हेतु प्रस्तुत करता है तथा दावे को अंतिम रूप देने से पहले पॉलिसी की शर्तों एवं नियमों के अनुसार इनकी जांच की जाती है।

9 क्या सभी अस्पताल कैशलेस सुविधा प्रदान करते हैं?

उत्तर कैशलेस सुविधा बीमा कंपनी की वेबसाइट या सेवारत टीपीए (वेबसाइट पर उपलब्ध सूची) के साथ सूचीबद्ध किसी भी नेटवर्क अस्पताल से प्राप्त की जा सकती है। बीमाधारक किसी भी ऐसे अस्पताल/नर्सिंग होम में जा सकता है जो बीमाकर्ता/टीपीए नेटवर्क का भाग हो, कालसेन्टर, टोल फ्री नम्बर द्वारा भी इसकी पुष्टि की जा सकती है।

दाखिल होने से पूर्व इसकी पुष्टि करना उपयोगी होगा क्योंकि अस्पतालों का नेटवर्क में लगातार अस्पताल शामिल एवं हटाये जाते रहते हैं।

अपनी इच्छा के नेटवर्क अस्पताल की अनुपस्थिति में या कोई अन्य कारण होने पर बीमाधारक अपनी मर्जी के किसी अस्पताल में उपचार करवा सकता है जिसका तात्पर्य है कि पूर्व बिल का भुगतान पॉलिसीधारक द्वारा किया जाएगा तथा खर्च की प्रतिपूर्ति का दावा किया जाएगा। तब दावे पर पॉलिसी की शर्तों एवं नियमानुसार कार्रवाही की जाएगी।

10 बीमा कंपनी या टीपीए को दावा की सूचना देने की क्या समयावधि है?

उत्तर दावाकर्ता द्वारा अपेक्षित किया जाता है कि वेबपोर्टल www.hitpa.co.in पर लॉग-इन करके या टोल-फ्री नम्बर पर बात करके अस्पताल में दखिल होने की योजना के बारे में 72 घंटे पूर्व ही सूचित करें। आपातकालीन अस्पतालीकरण में सूचना अस्पताल में दाखिल होने के 24 घंटा के भीतर दे।

11 कृपया मुझे बीमा कंपनी या टीपीए को भेजे जाने वाले अनिवार्य दस्तावेजों की सूची उपलब्ध करवायें, यदि मैं प्रतिपूर्ति द्वारा दावे का निपटान मेरे द्वारा करवाना चाहूं या मैंने गैर-नेटवर्क अस्पताल में उपचार करवाया है तो।

उत्तर प्रतिपूर्ति आधार पर आपके दावे की प्रक्रिया हेतु निम्न दस्तावेज अपेक्षित हैं:

1. बीमाधारक द्वारा हस्ताक्षरित तथा विधिवत रूप से भरा गया दावा फार्म
2. सदस्य के आईडी कार्ड की प्रति
3. आपकी पॉलिसियों की प्रति
4. डिस्चार्ज सार/ डिस्चार्ज कार्ड(अस्पतालीकरण से पूर्व/पश्चात की फोटोप्रति, मूल प्रति)
5. अस्पताल के बिल (मूल) सभी समेकित राशियों के बिल अस्पताल में भुगतान किये गये बिल का विस्तृत विवरण
6. बाहर से खरीदी गई दवाइयों के सम्बन्ध में मूल बिलों के साथ डाक्टर की पर्ची भी होनी चाहिए।
7. जांच की सभी रिपोर्टें
8. दुर्घटना होने पर अस्पताल में दखिल किये जाने पर अस्पताल चिकित्सीय विधिक प्रमाण पत्र (एमएलसी)
9. उपचार सम्बन्धी सभी पिछले कागज
10. निरस्त किया गया चैक (पूर्व मुद्रित नाम के साथ)/ इलेक्ट्रॉनिक फंड ट्रांसफर हेतु प्रस्तावक के पासबुक की प्रति या बीमाधारी द्वारा हस्ताक्षरित तथा बैंक के प्राधिकारी द्वारा मुहरयुक्त पूर्ण रूप से भरा गया फार्म, जिस पर शाखा का एमआईसीआर कोड, शाखा का आईएफसी कोड, खाते का प्रकार तथा पूरा खाता नम्बर लिखा हो। (प्रक्रिया हेतु फार्म के सारे भाग अनिवार्य हैं) (यदि पहले से ही प्रदान कर दिये गए हैं तो आवश्यक नहीं हैं)

11. अस्पताल का पंजीकरण प्रमाणपत्र या अस्पताल से एक प्रमाण पत्र जिसमें यह सारी जानकारी दी गई हो, जैसे कि बिस्तर की संख्या, डाक्टर एवं नर्सों की हर समय उपलब्धता, आपरेशन थियटर इत्यादि।
12. बिल संख्या, तिथि एवं राशि दर्शाते हुए दावे का सार
13. दावा सूचना की प्रति (यदि कोई हो तो)
14. बीमाकर्ता/टीपीए द्वारा मांगा गया अन्य कोई दस्तावेज

12 अदेय खर्च कौन से है ?

उत्तर इरडा द्वारा दी गई अदेय खर्चों की पूरी सूची <https://orientalinsurance.org.in/web/guest/list-of-non-payable-items> पर देखी जा सकती है।

13 यदि मैं आपकी या आपके टीपीए की सेवाओं से संतुष्ट नहीं हूँ तो मैं क्या करूँ?

उत्तर आप अपनी शिकायतों का पूर्ण विवरण हमें लिखित रूप में या ई-मेल द्वारा csd@orientalinsurance.co.in पर या टीपीए के काल सेन्टर अथवा शिकायत विभाग में दे सकते हैं। हम आपको, विश्वास दिलाते हैं कि 72 घंटों के भीतर मुद्दों पर विचार किया जायेगा। हमारे उत्तर से संतुष्ट या गैर अनुपालन पर आप इरडा की एकीकृत शिकायत प्रवन्धन प्रणाली पर शिकायत दर्ज कर सकते हैं। आप अनसुलझे विवादों जिन्हें शिकायत समाधान चैनलों के माध्यम से हल नहीं किया जाता है, लोकपाल या उपभोक्ता न्यायालयों में संपर्क कर सकते हैं।
