

## सुविधा का लाभ कैसे उठाएं

### चार सुनहरे कदम

#### पहला कदम : निर्धारित प्रपत्र में उपचार करने वाले डॉक्टर से अपनी बीमारी के संबंध में पूर्ण मेडीकल विवरण प्राप्त करना

सभी अस्पतालीय चिकित्सा के लिए बीमाधारक को पीएचएस के 24 घंटे सहायता डेस्क को निर्धारित प्रपत्र में दाखिला लेने से पूर्व प्राथमिक सूचना देना जरूरी है। चुने हुए अस्पताल के मामले में उपचार के 48-72 घंटे पूर्व सूचना देना आवश्यक है।

#### दूसरा कदम : प्रार्थना नोट फैंक्स करना

नेटवर्क अस्पताल में कैशलेस दाखिले के लिए प्रार्थना प्रपत्र बीमाधारक / अस्पताल द्वारा पी.एच.एस. को सभी आवश्यक मेडीकल विवरण जैसे जांच रिपोर्टों आदि के साथ जमा करवाना चाहिए जो रोग निदान की पुष्टि करे और जो पीएचएस को पॉलिसी शर्तों और नियमों के अनुसार आवरण सत्यापित करने में सहायक हो।

#### तीसरा कदम : पूर्व - प्राधिकार प्राप्त करना

सत्यापन के बाद, पीएचएस प्राधिकार पत्र (एएल) जारी करेगा। प्राधिकार पत्र नेटवर्क अस्पताल को भुगतान जारी करने की गारंटी है ताकि बीमाधारक मेडीकल उपचार प्राप्त कर सके। सभी अस्पतालीय चिकित्सा ( चुने हुए या अपातकालीन ), बीमाधारक के लिए यह अनिवार्य है कि वे कैशलेस सुविधा लेने के लिए अग्रिम अनुमोदन के रूप में पीएचएस. से प्राधिकार पत्र प्राप्त करें।

#### चौथा कदम : कैशलेस अस्पतालीय चिकित्सा सुविधा प्राप्त करना

बीमाधारक से अनुरोध है कि अस्पताल में दाखिले वाले दिन ही वे अस्पताल के दाखिला / स्वागतकर्ता काउंटर पर प्राधिकार पत्र और अपने पहचान पत्र के साथ पहुंचें। ( पीएचएस भी अस्पताल को प्राधिकार पत्र भेजने का प्रबंध करेगा )

#### सुविधा के लिए PHS कब इंकार कर सकता है.

- पीएचएस के सहायता डेस्क को पूर्व सूचना के बिना नेटवर्क अस्पताल में दाखिले के मामले में.
- निर्धारित प्रपत्र में पर्याप्त सूचना न दिए जाने के मामले में.
- पीएचएस की मेडीकल टीम जब अस्पष्ट रोग लक्षणों, अपर्याप्त मेडीकल सूचना के अंतर्गत आवरण की पात्रता के बारे में निश्चित न होने के मामले में कैशलेस के लिए पूर्व-प्राधिकार से इंकार किया जा सकता है.

कैशलेस सुविधा से इंकार का अर्थ उपचार से इंकार और किसी भी तरीके से आपको आवश्यक मेडीकल सावधानी या अस्पतालीय उपचार से रोकना नहीं है।

#### तथापि बीमाधारक से निम्नांकित पर ध्यान देने का अनुरोध :

- चयनित अस्पताल में दाखिला प्रक्रिया के लिए अपना पंजीकरण / प्राधिकार
- नेटवर्क अस्पताल में बिस्तर की उपलब्धता के आधार पर दाखिला
- कैशलेस सुविधा हमेशा आपकी पॉलिसी शर्तों और नियमों के अनुसार
- पॉलिसी में निम्नलिखित खर्चों का आवरण नहीं है
  1. टेलीफोन / फैंक्स
  2. रिश्तेदारों के लिए खानपान
  3. अस्पताल में भर्ती / पंजीकरण / चार्ज किया गया टोकन
  4. परिवहन / एम्बुलन्स वाहन प्रभार
  5. निजी आया या नर्स या परिचारक
  6. प्रसाधन आदि.
- ऐसी सेवाओं के लिए खर्च का वहन स्वयं बीमाधारक को करना होगा और अस्पताल से छूट्टी मिलने से पूर्व अस्पताल को सीधे अदायगी करनी होगी.

## आपात स्थिति में अस्पतालीकरण के मामले में

आपात स्थिति में बीमाधारक को पहचान पत्र के साथ अस्पताल जाना चाहिए और बीमाधारक / उनके रिश्तेदार को इसकी सूचना पीएचएस सहायता डेस्क को दी जानी चाहिए. पीएचएस द्वारा पॉलिसी की शर्तों की जांच की जाएगी. इसके अनुसार प्राधिकार पत्र जारी किया जाएगा. पीएचएस को अस्पताल में भर्ती से पहले सूचित न किया गया हो तो अस्पतालीकरण के सामान्य खर्चों का भुगतान सामान्य प्रक्रिया के अनुसार होगा.

## नॉन- नेटवर्क अस्पताल में चिकित्सा

यदि अस्पताल में भर्ती से पहले विहित फॉर्मेट में पीएचएस सहायता डेस्क को बताते हुए बीमाधारक यह चाहता हो कि वह अपना इलाज पीएचएस नेटवर्क के बाहर किसी अन्य अस्पताल में करवाए और अस्पताल को भी पीएचएस का प्राधिकरण स्वीकार हो तो पॉलिसी की शर्तों और नियमों के अनुसार पीएचएस द्वारा प्राधिकार पत्र जारी किया जाएगा अन्यथा पीएचएस केवल दावा प्रक्रिया तक ही स्वयं को सीमित रखेगा. ऐसे मामलों में बीमाधारक द्वारा पीएचएस को सभी संबंधित रिपोर्ट और दस्तावेज ( निम्नानुसार ) मूल रूप में प्रस्तुत करें ताकि दावे की उचित प्रतिपूर्ति संभव हो सके.

सर्जन / परामर्शदाता द्वारा जारी बिल के मामले में कृपया इस बात पर जोर दें कि वे संख्यात्मक रसीद और उस पर मुहर लगी हो.

## अस्पताल से छुट्टी के समय क्या करें और दावा कैसे प्रस्तुत किया जाए ?

अस्पताल से छुट्टी ( डिस्चार्ज ) के समय सभी बिलों व रसीदों पर हस्ताक्षर कर उनके सत्यता की पुष्टि कर लें. बीमाधारक को सभी निम्नलिखित मूल दस्तावेज / रिपोर्ट ( जो भी उसे मिले हों ) को अस्पताल से डिस्चार्ज होने के 07 दिनों के अंदर प्रस्तुत करना चाहिए.

- समुचित रूप से हस्ताक्षरित दावा - प्रपत्र
- अस्पताल द्वारा जारी किए गए बिल / रसीदें
- डिस्चार्ज समरी / कार्ड
- सभी जांच रिपोर्ट
- डॉक्टर के नुस्खे ( प्रेस्क्रिप्शन ) के साथ सभी जांच इत्यादि के विषय में जारी बिल और रसीदें
- फॉर्मसी के बिल और प्रयोगशाला से सभी रसीदें और उपचार कर रहे डॉक्टर द्वारा पृष्ठांकित इस बाबत जारी मूल प्रेस्क्रिप्शन

## पहले / बाद में अस्पतालीकरण की प्रतिपूर्ति

पॉलिसी की शर्तों के अनुसार ही अस्पतालीकरण से पहले के या अस्पताल से छूट्टी मिलने के बाद खर्चों की प्रतिपूर्ति की जा सकेगी. पूरी तरह से हस्ताक्षरित और पूर्ण दावा फॉर्मेट सहित चिकित्सक द्वारा जारी मूल नुस्खे और रसीदें / बिल इत्यादि पीएचएस को प्रस्तुत करने पर ही प्रतिपूर्ति संभव है.

नेटवर्क अस्पतालों में सदस्यों को कैश लेस अस्पतालीकरण की सुविधा उपलब्ध है. पीएचएस सदस्यों तक इस सुविधा के विस्तार के लिए नेटवर्क में सुविख्यात अस्पतालों और नर्सिंग होम्स को शामिल किया गया है.

मेडीक्लेम पॉलिसी के तहत कैसे इस सुविधा का लाभ लिया जाए इस विषय में दिशा-निर्देशों का विवरण इसमें दिया गया है.

नोट :-

- आपके लिए कैश लेस सुविधा का विस्तार पीएचएस नेटवर्क के अंतर्गत शामिल अस्पतालों के साथ है जिसका आपकी बीमा कंपनी से करार है.
- पीएचएस क्लीनिकल आउटकम, उपलब्धता और गुणवत्ता के प्रति उत्तरदायी नहीं होगा. नेटवर्क के तहत या उसके बाहर किसी भी अस्पताल के चयन का विवेकाधिकार बीमाधारक को ही होगा.
- पीएचएस का पहचान पत्र खो जाने की स्थिति में रु.50/- का अतिरिक्त शुल्क लेकर नया पहचान पत्र जारी किया जाएगा.