

മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസ് - ശ്രദ്ധിക്കേണ്ട കാര്യങ്ങൾ

1. യുണൈറ്റഡ് ഇന്ത്യാ ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ സഹകരണത്തോടെയാണ് ഈ പദ്ധതി നടപ്പിലാക്കിയിരിക്കുന്നത്. ടി ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ മധ്യവർത്തിയായി പ്രവർത്തിക്കുന്നത് റ്റി.റ്റി.കെ ഹെൽത്ത് കെയർ സർവ്വീസസ് എന്ന സ്ഥാപനമാണ്.
2. ആശുപത്രിയിൽ അഡ്മിറ്റായുള്ള ചികിത്സയ്ക്ക് മാത്രമാണ് പ്രയോജനം ലഭിക്കുക. 24 മണിക്കൂർ എങ്കിലും മിനിമം ആശുപത്രിയിൽ കിടന്നിരിക്കണം.
3. മെഡിക്കൽ ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ നേരിട്ട് ലഭ്യമാകുന്ന ആശുപത്രികളുടെ ലിസ്റ്റ് ഇതോടൊപ്പം നൽകുന്നു. ഈ ലിസ്റ്റിൽ ഉൾപ്പെട്ട ആശുപത്രികളിൽ തുക അടയ്ക്കാതെ തന്നെ ചികിത്സാ സൗകര്യം ലഭിക്കുന്നതാണ്. ടി ആശുപത്രികളിൽ അഡ്മിറ്റാകുന്ന സമയം തന്നെ തിരിച്ചറിയൽ കാർഡ് കാണിക്കേണ്ടതും ഇൻഷുറൻസ് പരിരക്ഷ ലഭിക്കുമെന്ന് ഉറപ്പുവരുത്തേണ്ടതുമാണ്.
4. കേരളത്തിന് പുറത്തുള്ള ആശുപത്രികളുടെ ലിസ്റ്റ് ലഭിക്കുന്നതിനായി www.ttkhealthcareservices.com എന്ന വെബ് സൈറ്റ് സന്ദർശിക്കാവുന്നതാണ്.
5. ലിസ്റ്റിലുള്ള ആശുപത്രികൾക്ക് പുറമേ മിനിമം 15 കിടക്കകൾ ഉള്ള ഏത് ആശുപത്രിയിൽ വേണമെങ്കിലും അഡ്മിറ്റ് ആകാവുന്നതാണ്.
6. ടി പട്ടികയിൽ ഉൾപ്പെടാത്ത ആശുപത്രികളിൽ ചികിത്സാ ആവിശ്യമായി വന്നാൽ ക്ലെയിം ലഭിക്കുന്നതിനായി താഴെ പറയുന്ന രേഖകൾ സമർപ്പിക്കേണ്ടതാണ്.
 1. ഇൻഷുറൻസ് കമ്പനിയുടെ ക്ലെയിംഫോം (ഇതോടൊപ്പമുള്ള മാതൃകയുടെ ഫോട്ടോ കോപ്പി എടുത്ത് ഉപയോഗിക്കാം)
 2. ചികിത്സ നടത്തിയ ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ് (ഇതോടൊപ്പമുള്ള മാതൃകയുടെ ഫോട്ടോ കോപ്പി എടുത്ത് ഉപയോഗിക്കാം)
 3. ഒറിജിനൽ ഡിസ്ചാർജ്ജ് സമ്മറി
 4. ഒറിജിനൽ രസീതുകൾ
 5. ആശുപത്രിയിൽ നിന്നുള്ള അവസാന രസീത്
 6. ലാബ് റിപ്പോർട്ട്
 7. സ്കാൻ, ഇ.സി.ജി തുടങ്ങിയവയുടെ ഒർജിനൽസ്
 8. തിരിച്ചറിയൽ കാർഡിന്റെ ഫോട്ടോ കോപ്പി

ഇത്തരത്തിൽ തയ്യാറാക്കുന്ന ക്ലെയിം പേപ്പറുകൾ താഴെ പറയുന്ന വിലാസത്തിൽ അയച്ചുകൊടുക്കേണ്ടതാണ്.

TTK Health Care Services
 Mareena Buildings,
 Ravipuram, M. G Road,
 Cochin - 16.
 Phone : 0484 - 2358683, 2356274

7. സാധാരണ രീതിയിലുള്ള പരിശോധനകളിൽ സ്കാൻ, ഇ.സി.ജി തുടങ്ങിയവയ്ക്ക് മറ്റ് രോഗ ചികിത്സകൾ ഒന്നും ആവശ്യമായി വരുന്നില്ല എങ്കിൽ ക്ലെയിം ലഭിക്കുന്നതല്ല.
8. ഹെർണിയ, അപ്പന്റിസൈറ്റിസ്, തിമിരം തുടങ്ങിയവയുടെ ചികിത്സയ്ക്ക് ആദ്യവർഷം ക്ലെയിം ഉണ്ടായിരിക്കുന്നതല്ല.
10. തിരിച്ചറിയൽ കാർഡിൽ എതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ തെറ്റായി രേഖപ്പെടുത്തിയിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ പതിനഞ്ച് ദിവസനത്തിനുള്ളിൽ കാതോലിക്കേറ്റ് ഓഫീസിൽ അറിയിക്കേണ്ടതാണ്.

TTK HEALTHCARE SERVICES PRIVATE LIMITED
MEDICAL CERTIFICATE TO BE FILLED IN BY THE DOCTOR TREATING THE PATIENT

1. Name of the Patient & Age	
2. Date of Admission	Date of Discharge
3. Name of Surgeon / Physician	
4. Diagnosis	
5. Date of first consultation (Prior to hospitalization)	
6. (a) With what complaints was the Patient admitted for:	
(b) Since when was the patient suffering from the said complaints	
7. Past History of the Patient (if any) with the duration of illness	
8. Whether the present ailment is a complication of Pre-existing disease?	
If yes, please, specify the disease (or) Complication of any previous Surgery done? If yes, please specify details.	
9. Whether the disease / disorder is congenital in nature?	
10. Nature of Surgery / treatment given for the present ailment.	
11 (a) Whether Hospital / Nursing Home is Registered, if yes, Regn. No.	
(b) No. of in-patient beds in the Hospital (including ICU)	
(c) Whether the hospital is having fully equipped Operation Theatre of its own / qualified nurses Round the clock / Qualified doctors round the Clock?	

Signature of the Doctor with seal

Date :



TTK HEALTH CARE SERVICES PRIVATE LIMITED

#7, Jeevan Bhima Nagar Main Road HAL III Stage, Bangalore.

CLAIM FORM

Form No :

(Insurance of this Claim Form is not tantamount to acceptance of Liability by the Insurer)

TTK D No :

Name & Address of Insured

(in whose name policy is issued)

Details of Insured Person

(in respect of whom claim is made)

a) Name & relationship of the Insured

b) Present
completed Age

c) Contact
Address

e) Phone No.

f) Mobile No.

g) E-mail Address

Name of Insurance Company

:

Policy No.

Serial No. of the Schd/Certificate No.:

AILMENT/DISEASE/INJURY

:

Date of Injury sustained of disease / illness first
detected :-Name of the Hospital :

a) Have you been Insured under any Medclaim
Scheme
earlier (held with us or any other Insurance Co.) If yes
Xerox copies of Previous years' policies **MUST**
enclosed. :

b) Date of Commencement of very first Insurance for
this

Insured person with continuous Insurance coverage

:

Have you preferred any claim for the same **insured under**

under the Medclaim scheme earlier, if so give details viz

:

(a) Previous Claim File Ref. No. / Office

:

(b) Diagnosis

:

(c) Whether settled / Repudiated

:

(d) Amount (if settled)

: Rs.

Date of Admission

Date of Discharge :

Total Amount Claimed

: Rs.

If the claim is of Domiciliary Hospitalization please indicate

a) Date of Commencement of the treatment

b) Date of Completion of treatment

c) Name & Address of attending Medical
Practitioner

with Telephone No. & Registration No.

Signature of the Claimant

I have incurred the above expenses for the treatment of the disease / illness / accident and herewith as per schedule mentioned below:

Schedule of Expenses Incurred by the Claimant

DATE	BILL No.	DESCRIPTION	AMOUNT CLAIMED	FOR TTK USE ONLY	

In support of the claim, I enclose the following documents

- | | | | |
|--|---|---|---|
| | Yes / No | | Yes / No |
| Claim from Duly Signed | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Pre Hospitalization Bills & No(s). of Bills..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| TTK Pre-authorisation from | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Post Hospitalization Bills & No(s).....of Bills..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Claim Notification | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hospital Payment Receipt | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Discharge Summary | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Investigation Report with Dr's request | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Hospitalization Bills | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 1 MRI Yes / No. 2. CT Scan Yes / No | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Doctors Surgery Certificate if any | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 3. ECG Yes / No. 4 X-ray Yes / No 5 US Scan Yes / No | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Surgery . Consultation Bills if any | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Lab Reports with Dr's request No(s)..... of Rep..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Operation Theatre Pharmacy Bills | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Others if any | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Medicines Bills wrth Dr's prescription | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

Previous Policy Numbers it any :

I hereby declare that the above information is true & correct to the best of my knowledge and belief. If I have made any false fraud or untrue statement, suppression or concealment, my tight to claim reimbursement of the expenses shall be forfeited

I also consent and authorise TTK / Insurance company to seek medical information from any Hospital / Medical Practitioner who has any time attended on the insured person

I hereby declare that I have included all bills / receipts for purpose of this claim and that I will not be making any supplementary claim in respect thereof, except the post Hospitalization claim if any

Date

Signature of the Claimant