



बड़ौदा यू.पी.बैंक Baroda U.P. Bank

प्रधान कार्यालय बुद्ध विहार व्यवसायिक योजना तारामंडल गोरखपुर-273016
e-mail: ho@barodauprb.co.in

प्र०का०/01/बी.आर/मा.स.प्र./2020-21/११४

दिनांक: 03.09.2020

परिपत्र समस्त शाखाओं, कार्यालयों एवं बैंक के सेवानिवृत्त कार्मिकों हेतु (मानव संसाधन प्रबंधन विभाग द्वारा जारी)

महोदय/ महोदया,

विषय : बैंक के सेवानिवृत्त कार्मिकों हेतु ग्रुप चिकित्सा बीमा योजना का लागू किया जाना

कृपया हमारे परिपत्र संख्या प्र०का०/01/बी.आर/मा.स.प्र./2020-21/158 दिनांक 24.07.2020 का सन्दर्भ लें जिसके माध्यम से बैंक के समस्त सेवानिवृत्त कार्मिकों को ग्रुप चिकित्सा बीमा योजना में शामिल होने हेतु विकल्प प्रस्तुत करने हेतु अंतिम अवसर प्रदान करते हुए दिनांक 29.07.2020 तक विकल्प प्रस्तुत करने हेतु सूचित किया गया था।

तत्कम में सहर्ष सूचित करना है कि बैंक के माननीय निदेशक मंडल के अनुमोदनोपरांत ऐसे सेवानिवृत्त कार्मिक एवं मृतक आश्रित पति/पत्नी (पारिवारिक पेंशनर्स) जिन्होंने उक्त योजना में शामिल होने का विकल्प एवं अपने खाते से प्रीमियम कटौती का प्राधिकार बैंक को प्रदान किया था, को उनके बचत खाते से प्रीमियम राशि नामे करते हुए बैंक द्वारा उक्त ग्रुप चिकित्सा बीमा योजना दिनांक 01.09.2020 से लागू कर दी गयी है। जो कि दिनांक 01.09.2020 से 31.08.2021 की अवधि हेतु प्रभावी है।

अतः सभी सम्बंधित को योजना के विषय में निम्नवत अवगत कराया जाता है :

- योजना में बीमा कवर राशि प्रति सेवानिवृत्त अधिकारी/कर्मचारी निम्नवत है :

पद	बीमा कवर (रु.)
सेवानिवृत्त अधिकारी संवर्ग	4,00,000/-
सेवानिवृत्त कार्यालय सहायक / परिचारक (बहुउद्देशीय)	3,00,000/-

- उक्त पालिसी M/s New India Assurance Company Limited द्वारा निर्गत की गयी है (पालिसी संख्या : 4213003420040000001)
- ग्रुप बीमा पालिसी व तत्संबंधी नियम व शर्तें M/s New India Assurance Company Limited द्वारा पालिसी निर्गत होने के पश्चात सुलभ सन्दर्भ हेतु सूचित की जायेगी।
- पालिसी के लिए बीमा कंपनी द्वारा M/s Health India Insurance TPA Services Private Ltd को दावों के निपटान के लिए TPA नियुक्त किया गया है।
- योजना में ब्रोकर M/s K M Dastur Reinsurance Brokers Pvt Ltd है।
- योजना में आच्छादित सेवानिवृत्त कार्मिक अपने व अपने आश्रित पति/पत्नी के TPA e-कार्ड निम्न एप/ पोर्टल पर लॉग इन कर डाउनलोड कर सकते हैं :

https://www.healthindiatpa.com	TPA इन्टरनेट पेज/ पोर्टल
HEALTHINDIA INSURANCE TPA एप	ANDROID फोन पर उपलब्ध
HEALTH INDIA एप	Apple Store पर उपलब्ध

- M/s HEALTH INDIA INSURANCE TPA एप पर अपनी प्रोफाइल लॉग इन करने के लिए Default USER ID व पासवर्ड निम्नवत है:-

यूजर आई. डी.	EC	उदाहरण : 10431
पासवर्ड	Date of Birth	उदाहरण : 21031987

- M/s HEALTH INDIA INSURANCE TPA पोर्टल पर अपनी प्रोफाइल लॉग इन करने के लिए Default USER ID व पासवर्ड निम्नवत है:-

यूजर आई. डी.	EC@BUPGB	उदाहरण : 10431@BUPGB
पासवर्ड	Date of Birth	उदाहरण : 21031987



बड़ौदा यू.पी.बैंक Baroda U.P. Bank

प्रधान कार्यालय : बुद्ध विहार व्यवसायिक योजना, तारामंडल, गोरखपुर-273016
e-mail : ho@barodauprb.co.in

- योजना में आच्छादित सेवानिवृत्त कार्मिकों को सलाह दी जाती है कि वे अविलम्ब उक्त एप /पोर्टल पर लॉग इन कर अपने व अपने आश्रित पति पत्नी के नाम, Date of birth व अन्य जानकारियों का मिलान कर लें। यदि उनके द्वारा अपने डाटा में कोई त्रुटि पाई जाती है तो विलम्बतम दिनांक 21.09.2020 तक सम्बंधित क्षेत्रीय कार्यालय को सूचित करें। क्षेत्रीय कार्यालयों से अनुरोध है कि ऐसे मामलों की सूची एवं वांछित सुधार प्रधान कार्यालय को विलम्बतम दिनांक 25.09.2020 तक प्रेषित करना सुनिश्चित करें।
- योजना में आच्छादित सेवानिवृत्त कार्मिकों को TPA द्वारा Physical ID Cards भी शीघ्र ही निर्गत किये जायेंगे।
- प्रतिपूर्ति हेतु मेडिकल दावे के बिल प्रस्तुत करने के लिए क्लेम फॉर्म अनुलग्नक -I, योजना से सम्बंधित परिचालनात्मक एवं केशलेस/प्रतिपूर्ति (Hospitalization & Domiciliary) इलाज के दावों के निपटान सम्बंधित जानकारी/प्रगति के लिए विस्तृत दिशा निर्देश अनुलग्नक -II में प्रस्तुत है।
- यदि योजना में आच्छादित कोई सेवानिवृत्त कार्मिक या उसपर पूर्णतः आश्रित पति/पत्नी किसी अस्पताल में भर्ती होता है तो ऐसे मामलों में केशलेस एवं प्रतिपूर्ति दावों का प्रेषण M/s Health India Insurance TPA Services Private Ltd को सम्बंधित क्षेत्रीय कार्यालय के माध्यम से किया जायेगा।
- जब तक TPA ID कार्ड नहीं जारी होते हैं तबतक बैंक के PPO/ID Card को अस्पताल में प्रस्तुत कर TPA के माध्यम से केशलेस इलाज की सुविधा M/s Health India Insurance TPA Services Private Ltd के नेटवर्क अस्पताल से प्राप्त कर सकते हैं। नेटवर्क अस्पताल की सूची M/s Health India Insurance TPA Services Private Ltd की अधिकृत वेबसाइट (<https://www.healthindiatpa.com>) से प्राप्त की जा सकती है।
- केशलेस एवं प्रतिपूर्ति दावों से सम्बंधित किसी भी समस्या के समाधान हेतु M/s Health India Insurance TPA Services Private Ltd एवं M/s K M Dastur Reinsurance Brokers Pvt Ltd के संपर्क नम्बर निम्नवत है :

Escalation Level	नाम	पद	मोबाइल नो.	e-mail id	location	
TPA	Level-1	श्री सनी शर्मा	CRM	0522 - 6164518-19	tpalucknow@healthindiatpa.com	लखनऊ
	Level-2	सुश्री सुदीप्ता श्रीवास्तव	Branch Manager	7007673036	sudipta@healthindiatpa.com	लखनऊ
	Level-3	श्री प्रवीन पवर	Senior Executive	8454020435	pravin.p@healthindiatpa.com	मुंबई
KM Dastur	Level-4	श्री वसीम अहमद	Executive	8406880452 / 7880320452	helpdeskbpup@gmail.com	गोरखपुर
	Level-5	श्री मोहम्मद इमरान	Deputy Manager	9334330817	Md.Imran@kmdastur.com	पटना
	Level-6	डॉ जॉयदीप मुखर्जी	Deputy Manager	9007112495	Joydip.Mukherjee@kmdastur.com	कोलकाता

- दावों के निपटान में किसी विलम्ब से बचने के लिए कृपया ध्यानपूर्वक नोट करें कि "दावों को बिना किसी प्रश्न (query) के सरलता से निपटाने के उद्देश्य से पूर्ण दस्तावेजों की आवश्यकता पड़ती है। पूर्ण दस्तावेज रखने का उद्देश्य यह सिद्ध करना है कि दावा देय है या नहीं और यह पालिसी के किसी अपवाद के तहत नहीं आता है अतः TPA द्वारा पूछे गए प्रश्न (query) के उत्तर एवं दावों के निस्तारण हेतु TPA द्वारा वांछित दस्तावेज अविलम्ब TPA को प्रेषित करना सुनिश्चित करें ताकि दावों का निस्तारण समय से हो सके।"
- किन्हीं कारणों से यदि कोई सेवानिवृत्त कार्मिक एवं मृतक आश्रित पति/पत्नी (पारिवारिक पेंशनर्स) पूर्व में बैंक को योजना में आच्छादित होने हेतु विकल्प पत्र प्रेषित नहीं कर सके हैं वे विलम्बतम दिनांक 21.09.2020 तक अपने नजदीकी क्षेत्रीय कार्यालय को योजना में pro rata प्रीमियम दर से शामिल होने हेतु विकल्प प्रस्तुत कर सकते हैं। सभी क्षेत्रीय कार्यालय योजना में आच्छादित होने हेतु विकल्प प्रस्तुत करने वाले सेवानिवृत्त कार्मिकों का डाटा विलम्बतम 25.09.2020 तक निर्धारित प्रारूप में प्रधान कार्यालय को प्रेषित करना सुनिश्चित करें।

कृपया उपरोक्त को सावधानी पूर्वक नोट करें ताकि किसी भी चूक की दशा में योजना में आच्छादित सेवानिवृत्त कार्मिक एवं मृतक आश्रित पति/पत्नी को कोई आर्थिक क्षति न उठानी पड़े।

परिपत्र की विषयवस्तु योजना में आच्छादित सेवानिवृत्त कार्मिकों एवं पारिवारिक पेंशनर के संज्ञान में लायें।

भवदीय,

(जितेन्द्र कुमार)

महाप्रबंधक

संलग्नक : उपरोक्तानुसार

DECLARATION BY THE INSURED:

I hereby declare that the information furnished in the claim form is true & correct to the best of my knowledge and belief. If I have made any false or untrue statement, suppression or concealment of any material fact with respect to questions asked in relation to this claim, my right to claim reimbursement shall be forfeited, I also consent & authorize TPA / Insurance Company, to seek necessary medical information / documents from any hospital / Medical Practitioner who has attended on the person against whom this claim is made. I hereby declare that I have included all the bills / receipts for the purpose of this claim & that I will not be making any supplementary claim except the pre/post-hospitalization claim, if any.

Date Place: Signature of the Insured

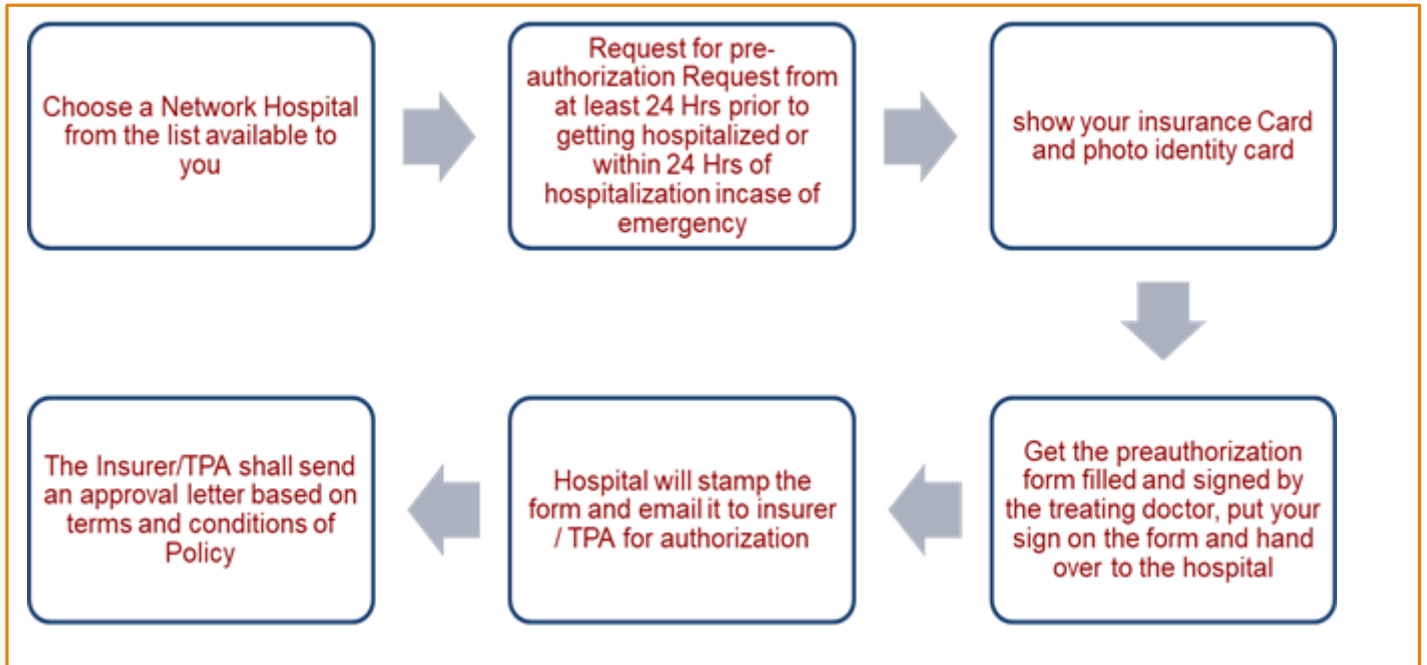
GUIDANCE FOR FILLING CLAIM FORM - PART A (To be filled in by the insured)		
DATA ELEMENT	DESCRIPTION	FORMAT
SECTION A - DETAILS OF PRIMARY INSURED		
a) Policy No.	Enter the policy number	As allotted by the Insurance Company
b) Sl. No/ Certificate No.	Enter the social Insurance number or the certificate number of social health insurance scheme	As allotted by the organization
c) Company TPA ID No.	Enter the TPA ID No.	Licence number as allotted by IRDA and printed in TPA documents.
d) Name	Enter the full name of the policyholder	Surname, First name, Middle name
e) Address	Enter the full postal address	Include Street, City and Pin code
SECTION B -DETAILS OF INSURANCE HISTORY		
a) Currently covered by any other Medclaim / Health Insurance?	Indicate whether currently covered by another Medclaim / Health Insurance	Tick Yes or No
b) Date of commencement of first Insurance without break	Enter the date of commencement of first Insurance	Use dd-mm-yy-format
c) Company Name	Enter the full name of the Insurance Company	Name of the organization in full
Policy No.	Enter the policy number	As allotted by the Insurance Company
Sum insured	Enter the total sum insured as per the policy	In rupees
d) Have you been Hospitalized in the last four years since Inception of the contract?	Indicate whether hospitalized in the last four years	Tick Yes or No
Date	Enter the date of Hospitalization	Use mm-yy format
Diagnosis	Enter the diagnosis details	Open Text
e) Previously covered by any other Medclaim / Health Insurance?	Indicate whether previously covered by another medclaim / Health Insurance	Tick Yes or No
f) Company Name	Enter the full name of the Insurance Company	Name of the organization in full
SECTION C -DETAILS OF INSURED PERSON HOSPITALIZED		
a) Name	Enter the full name of the patient	Surname, First name, Middle name
b) Gender	Indicate Gender of the patient	Tick Male or Female
c) Age	Enter age of the patient	Number of years and months
d) Date of Birth	Enter Date of Birth of patient	Use dd-mm-yy format
e) Relationship to primary Insured	Indicate relationship of patient with policyholder	Tick the right option, if others, please specify
f) Occupation	indicate occupation of patient	Tick the right option. If others, please specify.
g) Address	Enter the full postal address	Include Street, City and Pin code
h) Phone No	Enter the phone number of patient	Include STD code with telephone number
1) E-mail ID	Enter e-mail address of patient	Complete e-mail address
SECTION D - DETAILS OF HOSPITALIZATION		
a) Name of Hospital where admitted	Enter the name of hospital	Name of hospital in full
b) Room category occupied	indicate the room category occupied	Tick the right option
c) Hospitalization due to	indicate reason of hospitalization	Tick the right option
d) Date of injury/Date Disease first detected / Date of Delivery	Enter the relevant date	Use dd-mm-yy format
e) Date of admission	Enter date of admission	Use dd-mm-yy format
f) Time	Enter time of admission	Use hh-mm- format
g) Date of discharge	Enter date of discharge	Use dd-mm-yy format
h) Time	Enter time of discharge	Use hh-mm- format
l) If injury give cause	indicate cause of injury	Tick the right option
If Medico legal	indicate whether injury is medico legal	Tick Yes or No
Reported to Police	indicate whether police report was filed	Tick Yes or No
MLC Report & Police FIR attached	indicate whether MLC report and Police FIR attached	Tick Yes or No
j) System of Medicene	Enter the system of medicine followed in treating the patient	Open Text
SECTION E - DETAILS OF CLAIM		
a) Details of Treatment Expences	Enter the amount claimed as treatment expences	In rupees (Do not enter paise values)
b) Claim for Domiciliary Hospitalization	indicate whether claim is for domiciliary hospitalization	Tick Yes or No
c) Details of Lump sum/ Cash benefit claimed	Enter the amount claimed as lump sum / cash benefit	In rupees (Do not enter paise values)
d) Claim documents Submitted-Check List	indicate which supporting documents are submitted	Tick the right option
SECTION F - DETAILS OF BILLS ENCLOSED		
Indicate which bills are enclosed with the amount in rupees		
SECTION G - DETAILS OF PRIMARY INSURED'S BANK ACCOUNT		
a) PAN	Enter the permanent account number	As allotted by the Income Tax Department
b) Account Number	Enter the Bank account number	As allotted by the Bank
c) Bank Name and Branch	Enter the Bank name along with the branch	Name of the Bank in full
c) Cheque/ DD payable details	Enter the name of the beneficiary the cheque / DD should be made out to	Name of the individual / organization in full
c) IFSC Code	Enter the IFSC code of the Bank branch	IFSC code of the Bank branch in full
SECTION H - DECLARATION BY THE INSURED		
Read declaration carefully and mention date (in dd:mm:yy format), place (open text) and sign.		

MEDICAL INSURANCE SCHEME FOR RETIREES OF BARODA UP BANK- SCHEME GUIDELINES

OPERATIONAL GUIDELINES

HEALTH ID CARD	<p>i. The scheme is being operationalized by The New India Assurance Company Limited and all the claims under the scheme are to be processed by the TPA.</p> <p>ii. Each retiree and their dependents will be issued separate TPA ID Card.</p> <p>iii. A network list mentioning the name of the Hospitals for cashless facility will also be circulated for ease of access of beneficiaries by the TPA.</p>
IN-PATIENT HOSPITALIZATION CLAIM INTIMATION (HOSPITALIZATION IF AVAILED IN NON-NETWORK HOSPITALS)	<p>iv. The reimbursement claims are required to be intimated to the TPA within 24 hours of hospitalization and all original documents are to be submitted within 30 days of discharge from the hospital.</p> <p>v. In case of planned hospitalization, the TPA is to be informed at least 2 days before the hospitalization, but in any emergency case within 24 hours of hospitalization.</p> <p>vi. Intimation has to be sent along with the following particulars: -</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Member ID/ PF ID No. b) Patient's Name c) Name and address of the hospital d) Disease / ailment and treatment given e) Date of Admission f) Requested amount (if any) <p>vii. Intimation can be sent by the insured/ relatives/ Bank.</p>
PROCEDURE & TIME SCHEDULE FOR SUBMISSION OF MEDICAL CLAIMS	<p>All supporting documents in original, i.e. Discharge Card, Final bill with Break up, Money receipt, Prescription, Pharmacy Bills (GST bill), related Reports, X-rays, ECG strips, CT scan, MRI other documents relating to the claim must be submitted with the claim form within 30 days from the date of discharge from the hospital. In case of post-hospitalization treatment (limited to 90 days), all claim documents should be submitted within 30 days after completion of such treatment.</p>
SUBMISSION & REIMBURSEMENT OF CLAIMS	<ul style="list-style-type: none"> ◆ All claims are to be submitted on the prescribed format of the insurance company. Proforma of the claim form is enclosed. (A copy of filled claim form is also enclosed for example). ◆ Retirees shall lodge claim to the nearest Regional Office/Head office. ◆ Regional Offices and HRD Department, HO will submit these bills to TPA on weekly, after keeping proper record.

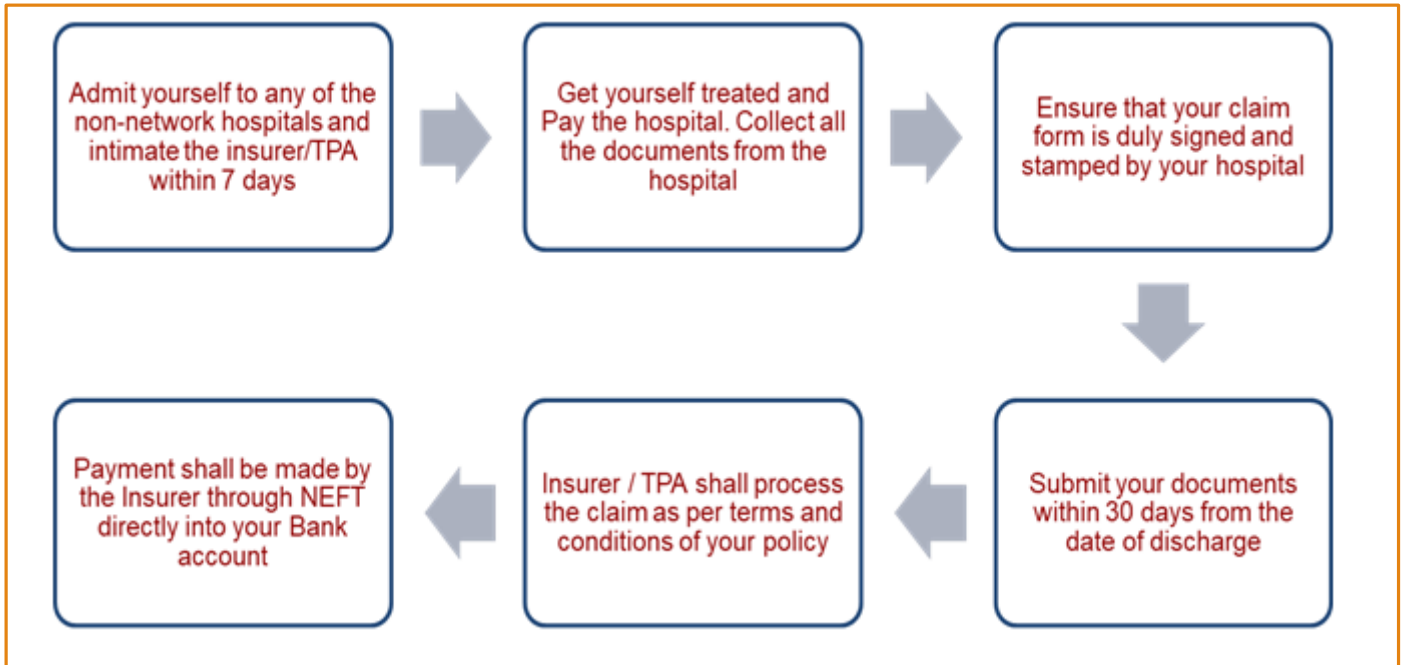
PROCEDURE FOR AVAILING CASHLESS



DOCUMENTS REQUIRED FOR AVAILING CASHLESS

Preauthorization form	Duly filled, signed & stamped Pre-Authorization Form from the hospital giving complete details of the ailment suffered the line of treatment and the estimated cost of treatment.
Investigation Reports	Investigation reports & previous consultation papers/ Admission advice (if any) prior to admission
Accident Claims	Copy of MLC/ FIR report in case of Road traffic accidents
Photo ID Proof	Photo ID proof such as Aadhar Card / PAN card / Passport / Driving License
Health Card	Copy of TPA Health ID card

PROCEDURE FOR REIMBURSEMENT



List of Mandatory Claims Documents-Reimbursement and Pre/post Claims

1. Duly signed claim form Part-A and Part-B (To be signed by Hospital)
2. Claim intimation copy
3. Original discharge certificate
4. Original final bill with item-wise bill break up
5. Original money receipt
6. All original prescriptions.
7. All original investigation reports.
8. Advice for admission/emergency consultation paper.
9. Original pharmacy bills-containing name of the patient, name of the consulting physician, name of the medicines and quantity along with batch no and expiry date and GST no of medicine shop.
10. Original copy of Implant Invoice along with Payment Receipts & Implant Labels / Stickers for Stents/Mesh/IOL/Pacemaker.
11. Copy of the First Information Report (FIR) from Police Department / Copy of the Medico-Legal Certificate (MLC) in case of Road Traffic Accident (RTA) and other medico legal cases.
12. KYC document: Photo Identity & Address Proof of Insured (E.g. Voter's Identity Card, Driving License, PAN Card, Passport, Aadhar Card).
13. NEFT details: Original cancelled cheque leaf and copy of front-page passbook

Other specific documents: -

1. Original A-Scan (Biometry) report in case of cataract surgery
2. Original histopathology report for the first claim arising out of Cancer
3. In case late submission a letter from employee stating reason for delayed submission of claim documents beyond 30 days of discharge/completion of post hospitalization treatment.
4. PPN network–Relevant declaration by patient/patient's attendant-where ever applicable

CONTACT DETAILS

Service Partners	K. M. Dastur Reinsurance Brokers Pvt. Ltd.
Regional Office Address	4th floor, Suite No 6, 60B, Chowringhee Rd, Kolkata, West Bengal 700020

Escalation Matrix- K. M. Dastur Reinsurance Brokers Pvt. Ltd				
Escalation Level	Process Owner	Designation	Contact Details	E-mail ID
Level -1	Waseem Ahmad	Executive	8406880452 / 7880320452	helpdeskbpupb@gmail.com
Level -2	Md. Imran	Deputy Manager	9334330817	Md.Imran@kmdastur.com
Level -3	Dr.Joydip Mukherjee	Deputy Manager	9007112495	joydip.mukherjee@kmdastur.com

Escalation Matrix- TPA					
Escalation Level	Process Owner	Designation	Contact Details	E-mail ID	Location
Level -1	Sunny Sharma	Sr.Ecutive	0522 - 6164518-19	tpalucknow@healthindi atpa.com	Lucknow
Level -2	Sudipta Srivastava	Branch Manager	7007673036	sudipta@healthindiatpa .com	Lucknow
Level -3	Pravin Pawar	CRM	8454020435	pravin.p@healthindiatp a.com	Mumbai