

Приложение № 2
към Общите условия за Здравна застраховка

Механизъм за ползване на здравни стоки и услуги



I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Застрахованото лице ползва правата по договора за здравна застраховка лично.
2. При ползване на здравни стоки и/или услуги на абонаментен принцип (в лечебни заведения, с които застрахователят има сключен договор), застрахованото лице се легитимира в съответното лечебно заведение с валидна персонална здравна карта и не заплаща ползваните здравни стоки и услуги, включени в застрахователното му покритие. В този случай финансовите взаимоотношения се уреждат директно между Застрахователя и съответния изпълнител на медицинска помощ.
3. При ползване на здравни стоки и/или услуги на принципа на възстановяване на разходи, застрахованото лице избира свободно лекар или лечебно заведение и само заплаща предоставените му здравни стоки и/или услуги. След ползването, застрахованият предявява пред застрахователя претенция за възстановяване на направените разходи съгласно Общите условия за здравна застраховка.
4. Изборът и начинът на лечение, постановяване на диагнозата на Застрахования и извършваните медицински процедури, както и спазването на правата на пациентите, са задължение и отговорност единствено на компетентните медицински специалисти в лечебните заведения.
5. Здравните услуги и/или стоки, както и изследванията, подлежащи на финансово обезпечаване по договора за здравна застраховка, трябва да са предоставени от изпълнители на медицинска помощ и доставчици на здравни стоки, които съгласно действащото законодателство на Република България, имат право да извършват здравни услуги и да предлагат медицински продукти и изделия.
6. Застрахователят не е изпълнител или доставчик на здравни услуги и/или стоки и не може да носи отговорност за качеството на предоставяните от изпълнителите медицинските услуги. При възникнали проблеми Застрахователят може да съдейства за изясняване на причините за тях, доколкото му позволяват условията на договора със съответния изпълнител на медицинска помощ.

II. ПАКЕТ „ПРОФИЛАКТИКА”

7. По пакет „Профилактика” Застрахователят организира провеждането на включените в покритието на пакета по съответния застрахователен договор профилактични прегледи и изследвания на всички застраховани лица при точно определени от него изпълнители на медицинска помощ.
8. Координаторите, посочени в застрахователния договор, уточняват предпочитани дати, списъчния състав, лечебните заведения, в които ще се провеждат профилактичните прегледи. Координаторът по застрахователния договор от страна на Застрахователя предоставя лице за контакт в съответното лечебно заведение.
9. Профилактичните прегледи и изследвания се извършват на здрави лица, като се цели откриване на заболявания в ранен стадий, когато те все още не са предизвикали видими отклонения в състоянието на лицето. Целите на профилактичните прегледи са откриване, а не лечение на вече известно заболявания.
10. Видовете медицински прегледи и изследвания са предварително дефинирани в обема на закупения пакет „Профилактика” и се провеждат веднъж за застрахователната година.
11. На предварително договорените дати застрахованите лица, посочени в списъка, се явяват в лечебното заведение, като задължително носят лична карта.
12. От координатора в лечебното заведение застрахованото лице получава „Карта за профилактичен преглед”.
13. „Карта за профилактичен преглед” в повечето случаи е индигиран документ в три екземпляра, по един за застрахованото лице, за застрахователя и за службата по трудова медицина /при предварително заявено писмено желание от страна на Застрахователя/. В случаите, когато не е индигирана, екземпляр от картата остава за съхранение при Застрахователя, а друг екземпляр от нея застрахованото лице получава по служебен път.
14. Начинът на провеждане на прегледите и редът на преминаване през отделните кабинети се договарят заедно с координатор от съответното лечебно заведение.
15. На базата на останалите прегледи и изследвания интернистът/довереният лекар на Застрахователя дава заключение за здравния статус на лицата и необходимостта от допълнителни прегледи и/или изследвания.
16. Профилактичните прегледи се провеждат и могат да бъдат използват за целите на службите по трудова медицина.
17. Застрахователят организира допълнителни /резервни/ дати за профилактични прегледи за лицата, които по обективни причини не са успели да преминат на основните дати. Броят на допълнителните /резервни/ дати се определя от застрахователя и зависи от броя на застрахованите лица и застрахователното покритие.
18. Застрахованият се задължава да уведоми и организира застрахованите лица за провеждане на профилактичните прегледи, съобразно окончателния график, представен на Застрахователя.
19. В случай, че застрахованите лица не се явят за профилактични прегледи на определените по график основни и резервни дати, задължението на Застрахователя за организиране и провеждане на профилактични прегледи се счита за изпълнено.
20. По време на провеждане на профилактичните прегледи се ползват само услугите, договорени в пакет „Профилактика”.

III. ПАКЕТИ

„Извънболнична медицинска помощ” „Болнична медицинска помощ”

21. Пакет „Извънболнична медицинска помощ” се ползва при наличие на здравословен проблем и изключва профилактични и общи рутинни прегледи и изследвания.

22. След сключване на застрахователния договор, застрахованото лице получава персонална здравна карта, списък на лечебните заведения-изпълнители на медицински услуги с техните адреси, телефони на регистратура, име на координатора и неговия телефон.

23. Актуален списък на лечебните заведения – изпълнители на медицински услуги, се поддържа на официалната страница на Застрахователя в Интернет.

24. За ползването на медицински услуги, застрахованото лице може да се свърже с координатор от избраното лечебно заведение, който уговаря дата и час за извършване на преглед или изследване и улеснява извършването му.

25. При необходимост, съдействие по координацията оказват служителите на Застрахователя, на телефони, посочени в здравната карта.

26. Медицинската услуга се осъществява след задължително представяне от лицето на персонална здравна карта и лична карта пред служителите на лечебното заведение.

27. Плащането на разходите за ползваните медицински услуги се извършва по служебен път от Застрахователя към лечебното заведение.

28. При ползване на медицински услуги на абонаментен принцип и в случай на изчерпване на застрахователния лимит, Застрахованият дължи възстановяване на тяхната стойност в полза на Застрахователя.

29. Медицински услуги, които не са включени в покритието на пакета или касаят заболявания, които са застрахователно изключение съгласно Общи условия, са за сметка на застрахованото лице.

IV. ПАКЕТ „ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ” ПАКЕТ „ДОПЪЛНИТЕЛНИ ЗДРАВНИ СТОКИ И УСЛУГИ” ПАКЕТ „ДЕНТАЛНА ПОМОЩ”

30. Възстановяване на разходи се извършва в случаите, когато:

1. съответният пакет/пакети е/са част от покритията на застрахователния договор;
2. застрахованото лице е заплатило за своя сметка покрити в застрахователния договор здравни услуги и стоки;
3. медицинските услуги са предоставени от изпълнител на медицинска помощ, с който Застрахователят няма сключен договор;

4. медицинските услуги са предоставени от изпълнител на медицинска помощ, с който Застрахователят има сключен договор, но същите не са включени в договора на Застрахователя с изпълнителя на медицинска помощ.

31. Възстановяването може да касае целия разход или част от него.

32. Частично възстановяване се прилага, когато:

1. лимитът за здравната услуга не е достатъчен за покриване на целия разход и се възстановява частта от разхода до лимит;

2. част от извършения разход подлежи на възстановяване от НЗОК или от друг застраховател. Пример: това е частта от дадена рецепта, която се покрива от задължителното здравно осигуряване, или част от проведените изследвания, които задължителното здравно осигуряване заплаща, както и други здравни услуги по това осигуряване.

3. В извършения разход са включени здравни услуги и стоки извън договорените. В случай, че даден разход е покрит от задължителното осигуряване и застрахованият е ползвал тези си права, Застрахователят не изплаща този разход. Ако разходът е покрит от друга застраховка при друг застраховател, застрахованото лице следва да предостави финансов документ с отразена сума, заплатена от другия Застраховател.

V. СРОКОВЕ:

33. При направени разходи за лекарствени продукти, предписани от лекар, застрахованото лице има право да иска възстановяването им, само в случаите, когато лекарствените средства/продукти са закупени не по-късно от 7 дни от датата на изписването им, но само в срока на действие на договора за здравна застраховка.

34. При претенция за възстановяване на разходи за лекарствени продукти, предписани и закупени в количество, необходимо за лечение за срок, по-дълъг от 30 (тридесет) дни, на възстановяване подлежат само тази част от разходите, които съответстват на количество, необходимо за лечение за срок от 30 (тридесет) дни. За закупуването на количества, необходими за следващите 30 (тридесет) дни, се прилага копие на първоначалния амбулаторен лист, рецепта и фактура с касов бон с текуща дата.

35. При направени разходи за клинично-лабораторни и инструментални изследвания, предписани от лекар, застрахованото лице има право да иска възстановяването им, само в случаите, когато същите са проведени не по-късно от 30 (тридесет) дни от датата на назначаването им, но само в срока на действие на договора за здравна застраховка.

36. При направени разходи за закупуване на диоптрични стъкла и помощни средства застрахованото лице има право да иска възстановяването им, ако те са закупени в 30 (тридесет) дневен срок от предписването им, но само в срока на действие на договора за здравна застраховка.