

## **Механизъм за ползване на здравни услуги**

### **Валиден съгласно договорените и закупените пакети от Застраховация/Застрахования /Приложение № 2 към застрахователния договор/**

#### **Пакет „Профилактика“**

➤ След сключване на застрахователен договор, координаторите, посочени в Договора за здравно застраховане уточняват предпочитани дати, списъчния състав, лечебните заведения, в които ще се провеждат профилактичните прегледи. Координатора по застрахователния договор от страна Застрахователя предоставя лице за контакт в съответното лечебно заведение.

➤ Профилактичните прегледи и изследвания се извършват на здрави хора, като се цели откриване на заболявания в ранен стадий, когато те все още не са предизвикали видими отклонения в състоянието на пациента. Целите на профилактичните прегледи са откриване, а не лечение на вече известно заболявания.

➤ Видовете медицински прегледи и изследвания са предварително дефинирани в обема /основен, разширен и екстра/ на закупения пакет „Профилактика“ и се провеждат веднъж за застрахователната година.

➤ На предварително договорените дати застрахованите лица, предвидени в списъка, се явяват в лечебното заведение, като задължително носят персонална здравна карта.

➤ От координатора в лечебното заведение застрахованото лице получава „Карта за профилактичен преглед“.

➤ „Карта за профилактичен преглед“ в повечето случаи е индигиран документ в три екземпляра, по един от които се предоставят на застрахованото лице, Застрахователя и Служба по трудова медицина /при предварително заявено писмено желание от страна на Застраховация/. В случаите, когато не е индигирана, екземпляр остава за съхранение при Застрахователя, а друг екземпляр от нея застрахованото лице получава по служебен път.

➤ Начинът на провеждане на прегледите и редът на преминаване през отделните кабинети се договарят заедно с координатор от съответното лечебно заведение.

➤ На базата на останалите прегледи и изследвания интернистът дава заключение за здравния статус на лицата и необходимостта от допълнителни прегледи и/или изследвания.

➤ Профилактичните прегледи се провеждат съобразно Наредба №3 и могат да бъдат използват за целите на службите по Трудова медицина.

➤ 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.

➤ Застрахователят се задължава да уведоми и организира застрахованите лица за провеждане на профилактичните прегледи, съобразно окончателния график, представен на Застрахователя.

➤ 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.

➤ В деня на профилактичния преглед се ползват само услугите, договорени в пакет „Профилактика“. Извършването на други прегледи и изследвания се осъществява в планов порядък по пакет „Извънболнична медицинска помощ“.

## Пакети

### „Извънболнична медицинска помощ“

#### „Болнична медицинска помощ“

➤ Пакет „Извънболнична медицинска помощ“ се ползва при наличие на здравословен проблем и изключва профилактични и общи рутинни прегледи.

➤ 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.

➤ Актуален списък на лечебните заведения – изпълнители на медицински услуги, се публикува на страницата на Застрахователя:

➤ За ползването на медицински услуги, застрахованото лице се свързва с координатора от избраното лечебно заведение, който:

✓ Договаря дата и час за извършване на преглед или изследване и улеснява извършването му.

✓ При необходимост, съдействие по координацията оказват служителите на Застрахователя, посочени в застрахователния договор.

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

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

➤ 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.

➤ 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.

➤ В „Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница“ застрахованото лице може да ползва в рамките на цялото денонощие /24 часа/ медицински услуги, съобразно вида на закупения пакет.

➤ *Персоналната здравна карта е лична и не се предоставя на други лица.*

➤ *Застрахованият е длъжен да:*

- ✓ Спазва реда и начина за ползване на здравните услуги, посочени в приложените Общи условия;
- ✓ Осигурява достъп и информация на Застрахователя във връзка със здравословното си състояние;
- ✓ Не създава условия за неправомерно и злонамерено ползване на включените в застрахователния договор здравни услуги.

### **Пакет „Възстановяване на разходи“**

#### **Покрития:**

**„Възстановяване на разходи за преглед и лечение“**

**“Възстановяване на разходи за закупени лекарствени продукти”**

**“Възстановяване на разходи за закупени лекарствени продукти и диоптрични стъкла”**

**“Възстановяване на разходи за закупени лекарствени продукти, диоптрични стъкла и помощни средства”**

**„Възстановяване на разходи за дентално лечение“**

**„Възстановяване на разходи при бременност“**

**„Възстановяване на разходи за консумативи и импланти“**

**„Възстановяване на разходи за медицинско транспортиране“**

#### **Общи положения:**

- Възстановяване на разходи се извършва в случаите, когато:
  - ✓ съответният пакет/пакети е/са част от покритията на Застрахователния договор;
  - ✓ застрахованото лице е заплатило за своя сметка покрити в застрахователния договор здравни услуги и стоки;
  - ✓ медицинските услуги са предоставени от изпълнител на медицинска помощ, с който Застрахователят няма сключен договор;
  - ✓ 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.
- Възстановяването може да касае целия разход или част от него.
- Частично възстановяване се прилага, когато:
  - ✓ Лимитът за здравната услуга не е достатъчен за покриване на целия разход и се възстановява частта от разхода до лимит;
  - ✓ 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.
  - ✓ В извършеният 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.

### **Необходими документи:**

- За възстановяването на извършените разходи, застрахованите лица подават в Дружеството **Заявление за изплащане на суми** по образец на Застрахователя. Форма на Заявлението може да бъде изтеглено от сайта на Застрахователя – страница „документи”.
- Към Заявлението се прилагат медицински и разходни документи, както следва:

#### **1. Медицински документи – прилагат се заверени копия**

- **За „Възстановяване на разходи за преглед и лечение”:**
  - ✓ Амбулаторен лист;
  - ✓ Резултати от изследвания;
  - ✓ Други медицински документи в зависимост от извършената медицинска услуга /физиотерапевтична карта, направления, талони и др./;
  - ✓ Болнично лечение – епикриза и декларация за избор на екип.
- **За възстановяване на разходи за :**
  - ✓ Закупени лекарствени продукти – амбулаторен лист и рецепта за предписано домашно лечение с указано количество и дозировка на медикаментите както и срока за провеждане на лечението с тях. При наличие на рецептурна книжка при хронично болни се прилага и копие от рецептурната книжка;
  - ✓ Закупени диоптрични стъкла за очила или лещи – амбулаторен лист от преглед от лекар от лечебно заведение за извънболнична помощ, рецепта, опаковки от диоптричните стъкла/лещите, гаранционна карта.
  - ✓ Закупени помощни средства - амбулаторен лист и рецепта.
  - ✓ Закупени консумативи – амбулаторен лист/епикриза, оригинални стикери от опаковките им.
- **За „Възстановяване на разходи за дентално лечение”:**
  - ✓ Амбулаторен лист с отразен зъбен статус и проведено лечение по дати.
- **За „Възстановяване на разходи за медицинско транспортиране”:**
  - ✓ Медицински документ /амбулаторен лист, талон, епикриза и др./, удостоверяващи необходимостта от медицинско транспортване.

#### **2. Разходни документи:**

- ✓ **Фактура** с описание на ползваните услуги по вид единична цена и обща цена.  
Фактурата се издава на името на Застрахованото лице.
- ✓ Свързан с фактурата **фискален бон**;

- Гореописаните документи следва да бъдат предоставени лично или изпратени на адреса на Застрахователя: гр. София 1407, бул. Тодор Александров №141 ЗД „Съгласие“ АД,

Съгласно чл. 106, ал.1 от КЗ, при настъпване на застрахователно събитие потребителят на застрахователни услуги уведомява писмено Застрахователя за събитието **в срок предвиден в застрахователния договор** чрез попълнено и подписано - Заявление за изплащане на суми, придружено от медицинска /амб.лист, епикриза, рецепта и др./ и финансова документация . След приемане на Искането и приложените към него документи, съответното длъжностно лице на Застрахователя образува ликвидационна преписка като я завежда в електронен регистър на щетите, автоматично генериращ пореден номер и дата. Съгласно чл. 106, ал.3 от КЗ,Застрахователят може да изиска допълнителни доказателства в срок 45 дни от датата на завеждане на претенцията в случай, че липсват към датата на завеждане на същата или необходимостта от тях не е можела да се предвиди към тази датата . Правата и задълженията по застрахователния договор по застраховка „Заболяване“ във връзка със застрахователното обезщетение или сума се погасяват с 5-годишна давност, считано от датата на настъпване на застрахователното събитие /чл.378, ал.2 от КЗ/.

- Одобрената за изплащане сума се превежда по банков път.
- Изплатената сума се отнема от лимита по съответния пакет.

При пълен или частичен отказ застрахованото лице се информира писмено със съответна мотивация за това на адреса за кореспонденция на Застрахователя или по имейл.

### **Срокове:**

- ✓ Подаването на Заявление за изплащане на суми става по реда и в сроковете, предвидени в застрахователния договор пред застрахователя считано от датата на предоставянето на здравни услуги или закупуването на здравни стоки. След този срок изплащането на суми може да стане само по изключение, при наличие на независещи от застрахованото лице причини /продължаване на лечението в болнични условия, неподвижност и др./, за които се представят писмени доказателства.
- ✓ Закупуване на лекарствени продукти за домашно лечение – в 7 дневен срок от предписването им.
- ✓ Закупуване на лекарствени продукти в количество, необходимо за лечение за срок по-дълъг от 30 дни - на възстановяване подлежат само тази част от разходите, които съответстват на количество, необходимо за лечение за срок от 30 дни. За закупуването на количества, необходими за следващите 30 дни, се прилага копие на първоначалния амбулаторен лист и рецепта и фактура и касов бон с актуална дата.
- ✓ Закупуване на диоптрични стъкла – 30 дневен срок от предписването им.
- ✓ Изплащане на суми по подадено Заявление – 15 /петнадесет/ работни дни от представянето на всички доказателства съгласно чл.108, ал.1 от Кодекса за застраховането.