

ПОСЕБНИ УСЛОВИ ЗА ОСИГУРАЊЕ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИХ ПРЕГЛЕДА И ДИЈАГНОСТИЧКИХ ПРОЦЕДУРА

Пречишћен текст садржи основни текст усвојен на седници Управног одбора 07.12.2010., у примени од 29.12.2010. и измене Посебних услова за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура донете на основу Одлуке Управног одбора 15.12.2011.)

Опште одредбе

Члан 1.

Посебни услови за осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура (у даљем тексту: Посебни услови) саставни су део уговора о осигурању специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура који уговорач осигурања добровољно закључује са Републичким фондом здравствено осигурање као осигуравачем.

Под дијагностичким процедурама у смислу ових посебних услова, подразумевају се лабораторијска дијагностика и друге дијагностичке процедуре (у даљем тексту: дијагностичке процедуре), које су обухваћене обавезним здравственим осигурањем, а остварују се на начин и по поступку који су друкчији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања који је прописан законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона.

Члан 2.

Уговорач осигурања, по овим посебним условима, може бити физичко или правно лице.

По овим посебним условима може се осигурати лице које има својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању.

Члан 3.

Осигурање специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура по овим посебним условима може се уговорити као индивидуално или колективно осигурање.

Уколико је уговорено индивидуално осигурање, осигураник је дужан да попуни упитник о здравственом стању.

Код колективног осигурања, уговорач осигурања може да закључи уговор за своје запослене или чланове, без обзира на то да ли премију плаћа уговорач осигурања из својих средстава или на терет средстава осигураника.

У случају колективног осигурања, по овим посебним условима може да се осигура најмање 50 запослених или чланова уговорача осигурања, осим ако другачије није уговорено.

Члан 4 .

Максимална годишња обавеза осигуравача, односно максимална сума осигурања, као и премија осигурања, одређени су полисом осигурања.

Премија осигурања утврђена је у односу на максималну суму осигурања.

Осигурани ризици

Члан 5.

По овим посебним условима, осигураник у зависности од изабраног програма осигурања, може закључити уговор о осигурању за следеће специјалистичке прегледе и дијагностичке процедуре:

1. Специјалистички прегледи:

- 1.1. кардиолошки;
- 1.2. пулмолошки;
- 1.3. ендокринолошки;
- 1.4. гастроентролошки;
- 1.5. нефролошки;
- 1.6. имунолошки;
- 1.7. гинеколошки;
- 1.8. уролошки;
- 1.9. неуролошки;
- 1.10. офталмолошки;
- 1.11. дерматолошки;
- 1.12. оториноларинголошки;
- 1.13. ортопедски.

2. Лабораторијска дијагностика:

- 2.1 . крвна слика (еритроцити, леукоцити, хемоглобин, Хцт, Ле формула, тромбоцити), седиментација, шећер у крви, триглицериди, холестерол, билирубин, АСТ, АЛТ;
- 2.2. хормони;
- 2.3. тумор маркери;
- 2.4 . анализа урина, уринокултура;
- 2.5 . брис грла;
- 2.6 . ПАПА тест.

3. Друге дијагностичке процедуре:

- 3.1 . ЕКГ (електрокардиографија);
- 3.2 . ЕМГ (електромиографија);
- 3.3 . ЕМНГ (електромионеурографија);
- 3.4 . ЕЕГ (електроенцелафографија);
- 3.5 . РТГ (рентген);
- 3.6 . ендоскопије;
- 3.7 . УЗ (ултразвучни прегледи);
- 3.8 . ергометрија;
- 3.9 . мамографија;
- 3.10. ЦТ (компјутеризована томографија-скенер);
- 3.11. МР (магнетна резонанца).

Члан 6.

Програм А

По овом програму осигураник има право :

- 1) укупно на три прегледа у току трајања осигурања код специјалиста из члана 5. став 1. тачка 1. ових услова (било код једног специјалисте или код различитих специјалиста од 13 понуђених);
- 2) лабораторијску дијагностику из члана 5. став 1. тч. 2.1; 2.4. и 2.5.

Програм Б

По овом програму осигураник има право:

- 1) укупно на пет прегледа у току трајања осигурања код специјалиста из члана 5. став 1. тачка 1. ових услова (било код једног специјалисте или код различитих специјалиста од 13 понуђених);
- 2) лабораторијску дијагностику из члана 5. став 1. тачка 2. (2.1.-2.6.);
- 3) друге дијагностичке процедуре из члана 5. став 1. тч. 3.1;3.2;3.3; 3.4;3.5;3.6;3.7;3.8; и 3.9.

Програм В

По овом програму осигураник има право:

- 1) укупно на девет прегледа у току трајања осигурања код специјалиста из члана 5. став 1. тачка 1. ових услова (било код једног специјалисте или код различитих специјалиста од 13 понуђених);
- 2) лабораторијску дијагностику из члана 5. став 1. тачка 2. (2.1.-2.6.);
- 3) друге дијагностичке процедуре из члана 5. став 1. тачка 3. (3.1.-3.11.)

Члан 7.

Специјалистичке прегледе и дијагностичке процедуре покривене овим условима, осигураник може обавити само у просторијама даваоца здравствених услуга који имају дозволу за обављање здравствене делатности од министарства надлежног за здравље, и који своју делатност обављају на територији Републике Србије.

Овим посебним условима нису покривени специјалистички прегледи и дијагностичке процедуре обављене у кућној посети и ноћу (22h-7h), осим ако није другачије уговорено.

Обим осигуравајућег покрића

Члан 8.

Уколико осигураник специјалистичке прегледе и дијагностичке процедуре према програмима који се могу уговорити по овим условима оствари на начин и по поступку који је другачији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања, а претходно је прибавио упут изабраног лекара, има право на накнаду у висини 100% трошкова, сходно члану 9. ових услова.

Уколико осигураник специјалистичке прегледе и дијагностичке процедуре према програмима који су обухваћене овим условима оствари на начин и по поступку који је другачији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања и без претходно прибављеног упута изабраног лекара, осигуравач ће му признати накнаду у висини 50% трошкова, сходно члану 9. ових услова.

Изузетно из става 1. и 2. овог члана, специјалистичке прегледе код гинеколога осигураник, у складу са правима из обавезног здравственог осигурања, остварује без упута изабраног лекара и има право на накнаду у висини 50% трошкова, сходно члану 9. ових услова.

Члан 9.

Осигураник, у току уговореног периода осигурања, има право на накнаду трошкова за обављене специјалистичке прегледе и дијагностичке процедуре по програмима из члана 6. ових услова, укупно до суме осигурања назначене у полиси.

Обавезе након настанка осигураног случаја

Члан 10.

Осигураник сам плаћа трошкове специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура, а осигуравач му рефундира настале трошкове до уговореног износа.

Члан 11.

Након обављених уговорених специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура, осигураник подноси осигуравачу захтев за рефундацију трошкова.

Уз захтев осигураник прилаже оригинални фискални рачун, рачун са спецификацијом, упут, односно копију упута изабраног лекара за специјалистички преглед и дијагностичку процедуру, извештај лекара специјалисте, налаз лабораторијске анализе, као и другу потребну документацију.

Осигуравач је дужан да настале трошкове, односно део трошкова, сходно уговору о осигурању, односно полиси, рефундира осигуранику у року од 14 дана од дана пријема потпуне документације на основу које може неспорно утврдити постојање и обим своје обавезе, као и да у истом року донесе одлуку о одбијању неоснованог захтева.

Уколико осигураник користи већи број специјалистичких прегледа и дијагностичких процедура од програмом уговорених или уколико су ти трошкови већи од суме осигурања одређене полисом, онда ти трошкови падају на терет осигураника.

Члан 12.

За све што није регулисано овим посебним условима примењују се одредбе Општих услова.

Ови посебни услови, по добијању мишљења Министарства здравља, ступају на снагу и почињу да се примењују наредног дана по постављању на званичну интернет страницу осигуравача.