

PROCEDURĂ DE RAMBURSARE COSTURI SERVICII SPITALIZARE ÎN REGIM PRIVAT

Asigurarea voluntară de sănătate acoperă Serviciile de spitalizare care sunt furnizate pe durata perioadei de Acoperire, în scopuri medicale valabile și care sunt puse la dispoziția Asiguratului prin intermediul Unităților medicale, pe durata Contractului, în cadrul și în limitele Planului de asigurare selectat și în condițiile specificate în TCG și Contract.

A. DOCUMENTAȚIE NECESARĂ

Pentru constituirea unui dosar de rambursare a costurilor unui Serviciu de spitalizare, sunt necesare următoarele documente:

- Recomandarea de spitalizare/intervenție chirurgicală de la un medic specialist, din care să rezulte necesitatea Serviciului de spitalizare*. Recomandarea medicală/trimiterea este necesar să conțină următoarele informații: datele de identificare ale Asiguratului, simptomatologia prezentă la momentul primirii recomandării medicale, diagnostic cert sau suspiciune în conformitate cu simptomatologia prezentată, istoricul simptomatologiei sau al diagnosticului menționat de medic în recomandare, elemente de examen clinic care să susțină diagnosticul, serviciile medicale detaliate și recomandate în conformitate cu simptomatologia, elementele clinice și diagnosticul menționat de medic, data emiterii, parafa și semnătura medicului specialist care a emis documentul;
- Biletul de externare emis pe numele persoanei asigurate, datat, semnat și parafat de medicul curant și ștampilat de unitatea medicală emitentă, în care trebuie să fie menționată perioada de spitalizare;
- Anexa/Decont detaliat la factura fiscală în care să fie evidențiate cel puțin următoarele: tipul serviciului medical solicitat spre decontare, prețul serviciilor medicale efectuate (pentru cazurile în care nu există detaliere cost/ serviciu medical pot fi solicitate documente suplimentare), al consumabilelor utilizate (medicamente, pansamente, implanturi, cazare, catering, onorarii standard, tarife suplimentare celor standard, etc.);
- Factura fiscală sau bonul fiscal** emis de furnizor, însoțit de dovada plății. Bonul fiscal sau factura fiscală poate fi eliberată la cerere de către furnizorul de servicii medicale. Deși chitanță POS confirmă efectuarea plății, nu poate înlocui factura fiscală sau bonul fiscal, deoarece acestea sunt necesare pentru identificarea detaliată a serviciilor medicale efectuate și a costurilor aferente. În situația în care chitanță POS nu este disponibilă, poate fi furnizată o copie după extrasul de cont bancar, din care să rezulte plata efectivă. În lipsa acestor documente justificative, cererea de rambursare nu poate fi procesată;
- Formularul de rambursare completat și semnat de persoana asigurată sau reprezentantul legal al acesteia;
- Copia actului de identitate al persoanei asigurate; prin act de identitate se înțeleg CI/BI/Pașaport asigurat major, respectiv Certificat de naștere/CI pentru asiguratul minor și copia unui act de identitate (CI/BI/Pașaport) al reprezentantului legal (părinți, tutori, curatori).

Pentru ca solicitarea de rambursare să fie validă este necesar că Serviciile de spitalizare pentru care se solicită rambursarea costurilor să nu fi rezultat din sau cauzat de situațiile prevăzute în capitolul „Limitarea răspunderii asigurătorului” din Termenii și Condițiile Generale ale Asigurării de Sănătate de Grup aferente poliței de asigurare deținute și să se regăsească între Serviciile de spitalizare rambursabile conform Planului de Asigurare.

Asigurătorul va rambursa costurile aferente Serviciului de spitalizare în limitele și conform condițiilor stabilite în Planul de asigurare (durata, suma maximă), costurile spitalizării incluzând cazare, masă, consultații, proceduri și analize efectuate, investigații, precum și intervenția chirurgicală, onorariile standard și consumabilele medicale (seringi, ace, catetere, set perfuzii, fașe, pansamente etc.) și medicamentele administrate de Spital pe durata spitalizării, **excepție** făcând (i) medicamentele și orice alte materiale achiziționate de către Asigurat, cu sau fără prescripție medicală și orice alte materiale și dispozitive enumerate la punctul 2 în capitolul „Limitarea răspunderii asigurătorului” precum și (ii) tarifele preferențiale/suplimentare/extra fee-urile tarifelor standard practicate de Spital pentru personalul medical implicat în Serviciul de spitalizare ce face obiectul rambursării.

**NOTA: fiecare Serviciu de spitalizare pentru care se solicită rambursarea trebuie să fie în directă legătură cu riscul de îmbolnăvire asigurat și trebuie realizat în conformitate cu regulile de prescriere medicală fiind bazat pe o recomandare medicală anterioară (fiecare Serviciu de spitalizare supus solicitării de rambursare fiind acoperit de o recomandare medicală expresă și anterioară desfășurării respectivului act medical).*

***NOTA: chitanța POS nu poate înlocui bonul fiscal sau chitanța emisă de furnizorul medical și astfel nu este o dovadă de plată validă.*

B. PROCEDURA DE DEPUNERE A CERERII DE RAMBURSARE

Rambursarea se efectuează în limita indemnizației prevăzute de Planul de Asigurare deținut.

Formularul de rambursare împreună cu documentație menționată mai sus se vă trimite pe email către Asigurator pe adresa daune@medicover.ro.

În situația în care documentele transmise electronic nu sunt lizibile, Asigurătorul își rezerva dreptul de le solicita și în original prin transmiterea acestora de către Asigurat către Medicover Asigurare AB Stockholm Sucursala București la adresa: Șoseaua Orhideelor nr. 15D, Clădirea TB1, et. 1, camera 5, Sector 6, București în maximum 30 de zile de la efectuarea Serviciilor de spitalizare, recomandarea noastră fiind să faci acest lucru imediat ce te simți mai bine. Pentru evitarea oricărui dubiu, costurile aferente transmiterii acestor documente în original sunt suportate de Asigurat și nu fac obiectul rambursării.

C. MODALITATEA DE RAMBURSARE

În funcție de Unitatea medicală unde s-a efectuat Serviciul de spitalizare, plata indemnizației de asigurare se face în limita sumei asigurate/ eveniment după cum urmează:

- a. Pentru spitalizare și/sau intervenție chirurgicală în spitalele Medicover din București, indemnizația vă fi achitată direct de Asigurator prin decontare directă;
- b. Pentru spitalizare și/sau intervenție chirurgicală în spitalul Medicover Cluj și Spitalul Pelican din Oradea, precum și în alte Unități medicale din afara rețelei Medicover, dacă această opțiune este acoperită conform Poliței de asigurare, indemnizația vă fi achitată de Asigurator către Asigurat prin rambursare conform planului de asigurare deținut.

D. PROCESUL DE EVALUARE ȘI APROBARE A DOSARULUI DE RAMBURSARE

În situația prevăzută la punctul C lit b) de mai sus, după ce ne trimiți solicitarea de rambursare și documentația prevăzută la punctul A completă, noi o analizăm pentru a ne asigura că întrunește condițiile necesare validării și te ținem la curent cu statusul dosarului, prin e-mail, pe tot parcursul procesului.

Vei fi informat cu privire la decizia de aprobare sau respingere în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la primirea dosarului complet de rambursare. Decizia de aprobare sau respingere vă fi comunicată prin e-mail.

E. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

Plata indemnizației de asigurare, în cazul aprobării cererii de rambursare, se vă face în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării deciziei de aprobare.

Plata indemnizației de asigurare prin rambursare se vă face în lei într-un cont bancar al Asiguratului deschis la o bancă de pe teritoriul României.

NOTĂ: Orice termeni folosiți cu majuscule în prezenta procedură, precum și orice alți termeni similari vor avea același sens că termenii cu majuscule folosiți în Contractul de asigurare și Termenii și Condițiile Generale ale Asigurării de Sănătate de Grup, dacă din context nu rezultă altfel.
