

## PROCEDURA DE RAMBURSARE COSTURI SERVICII MEDICALE EFECTUATE ÎN REGIM AMBULATOR

Asigurarea voluntară de sănătate acoperă serviciile medicale efectuate în ambulator (se acoperă riscul de îmbolnăvire și nu partea de prevenție) 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, sunt necesare următoarele documente:

- Recomandarea de efectuare a serviciului medical de la un medic specialist autorizat din România, din care să rezulte necesitatea efectuării serviciilor medicale în cauză. Recomandarea medicală/trimiterea este necesar să conțină următoarele informații: datele de identificare ale Asiguratului - nume, prenume, CNP, 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 semnătură medicului specialist care a emis documentul;  
Recomandarea medicală poate fi reprezentată de Raportul medical rezultat în urma unei consultații; acesta trebuie să conțină elementele menționate în paragraful de mai sus/anterior;
- Rezultatele analizelor, serviciilor de imagistică, explorărilor funcționale recomandate, raportul medical în cazul consultațiilor – necesare confirmării condiției medicale și rambursării solicitate;
- 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. Contul IBAN este necesar să fie consemnat corect și lizibil (ca și opțiune, se poate atașa o copie a extrasului bancar);
- 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);
- Termenul maxim de transmitere a unui dosar de rambursare este de 90 zile calendaristice de la data efectuării serviciului medical.

Pentru ca solicitarea de rambursare să fie validă, este necesar ca Serviciile medicale efectuate pentru care se solicită rambursarea costurilor să nu fi rezultat din sau cauzat de situațiile prevăzute în capitolul „Limitarea răspunderii asiguratorului” din Termenii și Condițiile Generale ale Asigurării de Sănătate de Grup aferente poliței de asigurare deținute și să se regăsească incluse în Planul de Asigurare.

---

\*NOTĂ: 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 plafonului de rambursare prevăzut de Planul de Asigurare deținut (este valabil doar pentru contractele cu limita de rambursare).

Formularul de rambursare se va trimite împreună cu documentație menționată mai sus pe email către Asigurator pe adresa [daune@medicover.ro](mailto:daune@medicover.ro).

În situația în care documentele transmise electronic nu sunt lizibile, Asigurătorul își rezervă 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 medicale, recomandarea noastră fiind să faceți acest lucru imediat ce vă simțiți mai bine. Pentru evitarea oricărui dubiu, costurile aferente transmiterii acestor documente în original sunt suportate de Asigurat și nu fac obiectul rambursării.

## C. CONDIȚII DE RAMBURSARE

Pentru că rambursarea mai sus menționată să devină aplicabilă, este necesar că serviciile medicale pentru care se solicită această rambursare să nu facă parte din investigațiile care fac obiectul excluderilor Termenilor și Condițiilor Generale ale prezentei polițe, sub rezerva că toate celelalte condiții de rambursare a serviciilor efectuate în afara rețelei proprii și partenerie Medicover să fie îndeplinite întocmai. De asemenea, fiecare serviciu medical 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 medical supus solicitării de rambursare fiind acoperit de o recomandare medicală expresă și anterioară desfășurării respectivului act medical).

## D. PROCESUL DE EVALUARE ȘI APROBARE A DOSARULUI DE RAMBURSARE

După trimiterea dosarului complet de rambursare, așa cum este prevăzut la punctele A și B, acesta se analizează din punct de vedere al întrunirii condițiilor necesare validării. Pe tot parcursul procesului de validare veți fi ținut la curent, prin e-mail cu privire la statusul dosarului.

Veți 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 via e-mail.

## E. PLATA INDEMNIZAȚIEI DE ASIGURARE

Suma acordată cu titlu de rambursare, reprezintă .....% din cel mai mic preț dintre prețul de lista al Medicover pentru un serviciu similar și costul serviciului efectuat de asigurat în afara rețelei de clinici proprii și partenerie a Asigurătorului, în condițiile în care acestea sunt prestate în urma producerii unuia dintre riscurile asigurate, atestând o necesitate medicală dovedită cu documente medicale relevante și recomandare de către un medic aflat în rețeaua proprie sau parteneră Medicover.

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

Plata se va face în lei, într-un cont bancar al Asiguratului deschis la o bancă de pe teritoriul României.

---

## F. MENȚIUNI:

Nu se acceptă recomandările medicale cu o vechime de emiteră mai mare de 3 luni, cu excepția cazului în care medicul recomandă o altă perioadă (1 lună, 3 luni, 6 luni, anual, etc.). Recomandarea poate fi folosită o singură dată, nu poate fi trimisă după închiderea dosarului (aceasta va fi trimisă pe e-mail o dată cu toate documentele). O recomandare nu poate fi verbală, print screen, folosind aplicația WhatsApp sau transmisă prin alte canale de comunicare.

Rețetă medicală nu reprezintă un raport medical;

Orice serviciu medical efectuat în context și cu diagnostic de sarcină, se va rambursa raportându-se exclusiv la Protocolul de sarcină al Asiguratorului și detaliat în anexele contractului de asigurare, și în limitele menționate în acesta.

Sarcină diagnosticată cu risc, se va rambursa și limita exclusiv la Protocolul de sarcină agreat;

Orice modificare adusă ulterior unui raport medical, trebuie să conțină semnătură și parafa medicului în dreptul acelei modificări;

Analizele efectuate în regim de urgență (ex: POC, teste rapide, dar nelimitându-se la ele), ecografiile FAST, medicamentele folosite, nu sunt acoperite de asigurare și astfel nu pot face obiectul unei rambursări.

*\*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 rezulta altfel.*

---