

Приложение № 1 към Общи условия за Медицинска застраховка

НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ЗАВЕЖДАНЕ НА ПРЕТЕНЦИИ ПРИ НАСТЪПВАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО СЪБИТИЕ ПО „МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА“

Всяка претенция се завежда с представяне на попълнена бланка „Искане за плащане“, придружена от посочените необходими документи, съобразно вида на направения разход, както следва:

ПАКЕТ „ИЗВЪРНЕБОЛНИЧНА ПОМОЩ“	<p>При прегледи и манипулации в амбулаторни условия при възникнал здравен проблем:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и терапия, дата на издаване, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал Фискален бон – оригинал <p>При клинично-лабораторни и клинично-инструментални изследвания, включително образна диагностика:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и терапия, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Резултати от проведените изследвания Разчитане/интерпретация на резултат от образно-диагностично изследване Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал Фискален бон – оригинал <p>За контрастно вещество при образни изследвания:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98), с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Разчитане/интерпретация на резултат от образно-диагностично изследване Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на заплатената здравна стока – оригинал Фискален бон – оригинал <p>При физиотерапия и рехабилитация:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) за извършен преглед от лекар – специалист, по профила на заболяването, с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние и препоръка за физиотерапия и рехабилитация, подпис и печат на лекаря/лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Амбулаторен лист, издаден от лекар – специалист по „физикална и рехабилитационна медицина“, с отразен преглед и назначен комплекс от процедури – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Физиопроцедурна карта с назначени и проведени физиотерапевтични процедури – копие, заверено от лечебното заведение Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща 	<ul style="list-style-type: none"> всички нормативни реквизити, с описани вида и броя на платените процедури, както и техните индивидуални цени. – оригинал Фискален бон – оригинал <p>При „Наблюдение на бременност“:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания и терапия, подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Резултат/интерпретация от назначени и проведени изследвания. Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал Фискален бон – оригинал <p>При договорена пакетна услуга „Наблюдение на бременност“:</p> <ul style="list-style-type: none"> При плащане на пакетна услуга/вноска по такава/ Застрахованото лице задължително изисква издаване на фактура и фискален бон и спецификация, посочваща обхвата на пакета, с индивидуализация на услугите включени в него. Застрахованото лице събира оригинали на всички медицински документи по реда на извършване на медицинските услуги, съобразно обема и срока на извършването им и при приключване на наблюдението, прилага всички документи /медицински и финансови/ към молбата за възстановяване на разходи. Задължително се представят: Амбулаторен лист за установяване на бременността – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Документ от лечебното заведение със списък на медицинските услуги – по вид и брой, включени в пакета. Резултатите от назначените и извършени изследвания – копие Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал Фискален бон – оригинал <p>* Сроъкът за предявяване на претенция започва да тече от датата на последната извършена услуга от пакета за наблюдение на бременността.</p> <p>При подготовка за планова хоспитализация:</p> <ul style="list-style-type: none"> Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98) с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени консултации, изследвания с подпис и печат на лекаря или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Резултат/интерпретация и заключения от назначените консултации и извършени изследвания Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал Фискален бон – оригинал
ПАКЕТ „БОЛНИЧНА ПОМОЩ“	<p>При болнично лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> Епикриза с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ При „избор на лекар/екип“ – заявление за избор на лекар/екип – копие, заверено от лечебното заведение Резултати от проведени изследвания, извън обхвата на клиничната пътека, (в случай че са назначени) – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Разчитания от образна диагностика, извън обхвата на клиничната пътека, (в случай че е назначена) – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички необходими реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал Фискален бон – оригинал <p>При физикална терапия и рехабилитация в специализирани лечебни заведения:</p> <ul style="list-style-type: none"> Епикриза, от проведено болнично лечение, носеща подпис на лекуващ лекар и печат на лечебното заведение, с препоръка за последващо рехабилитационно лечение – оригинал /при невъзмож- 	<ul style="list-style-type: none"> ност четливо копие/ Епикриза от Специализирана болница за рехабилитация, отразяваща проведенофизикална терапия и/или рехабилитация – оригинал /при невъзможност четливо копие/ Физиопроцедурна карта с назначени и проведени физиотерапевтични/рехабилитационни процедури – копие, заверено от лечебното заведение Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал Фискален бон – оригинал <p>При Раждане:</p> <ul style="list-style-type: none"> Епикриза на родилката, носеща подпис на лекуващия лекар и печат на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/. При „избор на лекар/екип“ – заявление за избор на лекар/екип – копие, заверено от лечебното заведение. Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал Фискален бон – оригинал

ПАКЕТ „КОМФОРТ“	<p>Допълнително поискани услуги при хоспитализация:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Епикриза, с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ • Фактура, издадена на името на застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание на ползваните медицински услуги – оригинал • Фискален бон – оригинал 	<p>При „избор на лекар/екип“ за болнично лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Епикриза, с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ • „Заявление за избор на лекар/екип от медицински специалисти“ – копие, заверено от лечебното заведение • Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на ползваните медицински услуги – оригинал • Фискален бон – оригинал
ПАКЕТ „ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА РАЗХОДИ“	<p>За лекарствени продукти:</p> <p>Лекарствени продукти, предписани на бяла рецептурна бланка – образец МЗ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторен лист/епикриза – с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, вкл. предписаните лекарствени продукти, с отразена дозировка и период на лечение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ • Рецепта /бяла рецептурна бланка – образец МЗ/ – с отразено количество и схема на лечение за всеки медикамент, с подпис и печат на лекуващия лекар и дата на издаване – оригинал /в случай, че рецептата е в режим „многократно предписване“ – четливо копие/. • Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на вида, количеството и единичните цени на закупените лекарствени продукти – оригинал • Фискален бон – оригинал <p>Лекарствени продукти, предписани на рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5 за едномесечна терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторен лист – с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, вкл. предписаните лекарствени продукти, с отразена дозировка и период на лечение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ • Рецепта – рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5 – копие. • Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на вида, количеството и единичните цени на закупените лекарствени продукти – оригинал • Фискален бон – оригинал <p>Лекарствени продукти, предписани на рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5А с три отрязъка – А, В и С:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторен лист – с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, вкл. предписаните лекарствени продукти, с отразена дозировка и период на лечение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ • Копие от същия амбулаторен лист се прилага и към рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5А – отрязък В и С. • Рецепта – рецептурна бланка образец МЗ-НЗОК № 5А – отрязък А, В и С – копие • Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на вида, количеството и единичните цени на закупените лекарствени продукти – оригинал • Фискален бон – оригинал 	<p>За медицински консумативи, превързочни материали и помощни средства:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98), с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, обосноваващи заплащане на медицински консуматив и/или превързочен материал, назначение за ползване на помощно средство, подпис и печат на лекарят или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ • Рецепта, с подпис и печат на лекуващия лекар и дата на издаване, с отразено назначение за закупуване на помощно средство – оригинал. • Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на вида, количеството и единичните цени на закупените здравни стоки – оригинал • Фискален бон – оригинал <p>За медицински изделия, при болнично лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Епикриза, с подписи на лекуващ лекар и началник клиника/отделение, дата и печат на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ • Стикер, идентифициращ медицинското изделие – оригинал /при невъзможност четливо копие – копие, заверено от лечебното заведение/ • Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на вида, количеството и единичните цени на закупените здравни стоки – оригинал • Фискален бон – оригинал <p>За диоптрични стъкла за очила или контактни лещи за корекция на зрението:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторен лист/Медицинско направление (Бланка на МЗ № 119/98), с отразени диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначена оптична корекция, подпис и печат на лекарят или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/ • Рецепта от офталмолог, с ясно посочени параметрите на корекцията на диоптъра – оригинал /при невъзможност четливо копие/ • Описанието в рецептата е необходимо да отговаря на отразената корекция на диоптрите в амбулаторния лист от прегледа. • Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, с посочени индивидуални стойности на „диоптрична рамка“, „диоптрични стъкла“ / „диоптрични лещи“ и „монтаж“ – оригинал • Фискален бон – оригинал <p>За да бъде приета от Застрахователя, като легитимно издадена, всяка рецептурна бланка, съдържа следните реквизити: имена, УИН, подпис и печат на лекаря, назначил лекарствена терапия, дата на предписване, режим на отпускане, име и възраст на пациента.</p>
ПАКЕТ „ДЕНТАЛНА ПОМОЩ“	<p>При проведено дентално лечение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторен лист, с отразен зъбен статус, диагноза, вид на извършените дентални услуги и дата на проведено лечение, подпис и печат на лекарят по дентална медицина или на лечебното заведение – оригинал /при невъзможност четливо копие/. • Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити, съдържаща описание и индивидуални цени на предоставените дентални услуги – оригинал. • Фискален бон – оригинал <p>При медикаментозна лечение, назначено от лекал по дентална медицина:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторен лист, с отразен зъбен статус, диагноза, вид на извършените дентални услуги и дата на проведено лечение, на- 	<p>значена медикаментозна терапия, подпис и печат на лекарят по дентална медицина или на лечебното заведение или Епикриза на пациента с подпис на лекуващия лекар и печат – оригинал /при невъзможност четливо копие/.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Рецепта /бяла рецептурна бланка – образец МЗ/ – с отразено количество и схема на лечение за всеки медикамент, с подпис на лекуващия дентален лекар, печат на лечебното заведение и дата на издаване на рецептата – оригинал. • Фактура, издадена на името на Застрахованото лице, съдържаща всички нормативни реквизити и описание на вида, количеството и единичните цени на закупените лекарствени продукти – оригинал • Фискален бон – оригинал

Забележки:

1. По всички застрахователни пакети, вместо фискален бон по смисъла на **Наредба № Н-18/13.12.2006 г. за регистриране и отчитане чрез фискални устройства на продажбите в търговските обекти, изискванията към софтуерите за управлението им и изискванията към лицата, които извършват продажби чрез електронен магазин**, като легитимен разходо-оправдателен документ доказващ извършения разход, Застрахователят приема и заверено от банката издател платежно нареждане, стига в същото да е визирано основание за плащане, отговарящо на посоченото издадената от доставчика на зравна стока/услуга фактура.
2. Застрахователят няма да изиска представяне на разходо-оправдателен документ – фактура, в случай че Застрахованото лице представи фискален бон, издаден от фискално устройство, съдържащ реквизитите по чл.114, ал.1, т.3, 4, 5, 7, 9 и 10 от Закона за ДДС, а именно: дата на издаване, име и адрес на доставчика, идентификационен номер по чл. 94, ал. 2 на доставчика, име и адрес на получателя по доставката, количеството и вида на стоката, вида на услугата, датата, на която е възникнало данъчното събитие на доставката, или датата, на която е получено плащането.