



ЧПП - Доброволно приватно здравствено осигурување

Како се активира осигурувањето ?

Осигуреникот ги остварува правата од осигурување во моментот кога ќе почувствува причина за лекување. Причината за лекување е одредена појава на потешкотија, знаци на болест или симптоми поради кои осигуреникот остварува право од осигурување. Кога се појавува потреба од лекување врз основ на некоја од споменатите причини за лекување, не е потребна никаква претходна најава во осигурителна компанија, ниту пак упат од матичен лекар.

Кој го одредува текот на лекувањето и дијагностиката ?

Текот на лекувањето и дијагностичките методи ги одредува лекарот специјалист кој го врши прегледот. Врз база на она што тој ќе го препорача во извештајот за извршениот преглед, се дефинира текот и видот на постапката за лекување.

Каренца ?

Задолжителна генерална каренца за сите осигуреници во период од 2 (два) месеци, освен: кај лица со осигурување во континуитет, односно при настапување на несреќен случај (незгода), хируршки интервенции како последица од несреќен случај, болести и повреди кај кои без непосредна медицинска помош може да дојде до животна опасност.

Q1: Во кои здравствени установи може да се користи полисата за приватно здравствено осигурување ?

A1: Полисата за приватно здравствено осигурување може да се користи во сите приватни здравствени установи кои имаат дозвола за работа издадена од Министерството за здравство.

Q2: Што покрива полисата за доброволно приватно здравствено осигурување и кога може да се користи ?

A2: Полисата за доброволно приватно здравствено осигурување ги покрива трошоците за лекување кои ќе настанат во рамки на покритието, кај доктор специјалист во приватните здравствени установи. Полисата може да се користи единствено доколку се јави причина за лекување односно доколку се појават одредени здравствени потешкотии, знаци на болести или симптоми.

Q3: Дали е потребен упат од матичен лекар за користење на услугите од доброволно приватно здравствено осигурување ?

A3: За да може да се користат услугите од доброволно приватно здравствено осигурување не е потребен упат од матичен доктор. Доколку се јави причина за лекување осигуреникот директно се упатува во приватна здравствена установа.

Q4: Дали доброволното приватно здравствено осигурување важи и надвор од границите на Република Северна Македонија ?

A4: Доброволното приватно здравствено осигурување важи и ги покрива трошоците кои ќе настанат во приватните здравствени установи во рамките на територија на Република Северна Македонија.

Q5: Дали се признаваат трошоци во јавно здравство ?

A5: Осигурувањето покрива трошоци кои ќе настанат само во приватни здравствени установи. Тоа не ги покрива трошоците на име учество со лични парични средства (партиципација) при користење на здравствени услуги од задолжителното здравствено осигурување.

Q6: Дали пред користење на услугите на приватната здравствена установа е потребна најава во контакт центарот на Винер Осигурување ?

A6: За да може да се користат услугите во приватната здравствена установа не е потребна најава во контакт центарот на Винер Осигурување (за покритие во сегментот вонболничко специјалистичко лекување). Доколку се јави причина за лекување треба директно да се посети приватна здравствена установа. Секако доколку постои потреба од дополнителни информации во врска со осигурителното покритие на полисата, се препорачува консултација со контакт центарот на Винер Осигурување пред остварување на посета на приватната здравствена установа, со цел избегнување на било какви потенцијални недоразбирања по основ на правилен тек на настаните при користење на полисата.

Q7: Како се прави рефундација на средства и која документација е потребна ?

A7: Штетите кои се поднесуваат за рефундација, се пријавуваат целосно преку е-маил адресата infozdravje@winner.mk, скенирани и во енкриптирана форма. Потребно е да се испрати целокупната медицинска документација поврзана со лекувањето, пријава за штета (достапна на www.winner.mk), доказ за извршено плаќање (фискална сметка) и копија од трансакциска сметка на осигуреникот во чија што корист треба да се изврши рефундацијата на средства.

Q8: Дали се признаени трошоци за лекови и кои лекови се признаени ?

A8: Признати се лекови за кои има одобрение за пуштање на лекови во промет согласно законската регулатива и истите да се регистрирани како лек во Централниот регистар на лекови во Република Северна Македонија. Лекови кои се наменети за хронични терапии се исклучени од осигурувањето.

Q9: Што е контакт центар за ДПЗО ?

A9: Контакт центарот за ДПЗО на Винер Осигурување, на осигуреникот му дава информации за осигурувањето и давателите на здравствени услуги, посредува при закажување на термини и врши најава кај давателите на здравствени услуги. Достапен е на телефонскиот број: **078 489 860** или на е-маил адресата: infozdravje@winner.mk.

Q10: Во кој случај се покриени трошоци за психијатриски услуги ?

A10: Трошоците за психијатриски услуги се покриени ако настане еден од овие 4 ризици: физичко малтретирање, силување, смрт на член на семејство (под член на семејство се смета брачен/вонбрачен партнер и деца) и дијагностицирано малигно заболување.

Q11: Како се постапува при итен случај, дали треба најава ?

A11: Доколку се јави итен случај (несреќен случај/незгода односно животна загрозувачка состојба), во тој случај осигуреникот директно се упатува во најблиската приватна здравствена установа без претходна најава во Винер Осигурување со цел давање на здравствена помош. Ако осигуреникот не е задржан на болничко лекување тогаш осигуреникот поднесува барање за рефундирање на средства. Доколку осигуреникот е задржан за болничко лекување или операција, тогаш приватна здравствена установа, односно осигуреникот/негов близок, го информираат Винер Осигурување и се доставува целата документација со цел навремено (пред да биде пуштен од болница осигуреникот) да се испрати потврда за трошоците до ПЗУ.

Q12: Дали се признаваат трошоци за редовен преглед или терапија ?

A12: Осигурувањето не нуди покритие за редовни, превентивни здравствени прегледи како и самоиницијативно следења на состојба, испитување, дијагностика и здравствена нега, исто така и прегледи и интервенции за кои постои препорака за лекување пред почетокот на покритието а истите се одложени и нереализирани не се предмет на осигурување.

Q13: Дали има рок за пријавување на штета и колкав е тој рок ?

A13: Рокот за пријавување на штета е до 90 дена од настанот. Штетата може да се пријави преку е-маил адресата infozdravje@winner.mk без обврска за достава на оригинална документација и истата треба да се прати во енкриптирана форма.

Q14: Дали може да се издаде гаранција за преглед или лекување ?

A14: Првичните прегледи секогаш се по пат на рефундирање на средства. Доколку има дополнителни испитувања со цел поставување на дијагноза а истите се содржани на медицинскиот извештај и постои можност да се одложат во тој случај осигуреникот може да побара на е-маил адресата infozdravje@winner.mk Винер осигурување директно да гарантира за трошоците, односно да поднесе барање за гаранција. Од друга страна трошоците за операции секогаш одат преку Винер Осигурување со најава во контакт центарот, со исклучок на итните случаи каде обезбедувањето на гаранција се одвива тековно за време на хоспитализацијата на осигуреникот. Периодот за одговор по барање на гаранција е до 5 работни дена од поднесување на барањето.

Q15: Дали малигните заболувања се покриени со полисата за доброволно приватно здравствено осигурување ?

A15: Да како дел од здравствениот план Premium-Comfort, покритието се однесува на комплетна дијагностика, второ мислење, психијатриски услуги, оперативен зафат, хемо и радиотерапија, постоперативни помагала како и пластична и реконструктивна хирургија како резултат на излекувано малигно заболување, кое важи само во случај на постоење на континуирано осигурување кое трае без прекин и тоа најмалку од дијагностицираното малигно заболување се до моментот на извршување на пластична и реконструктивна хирургија.

Q16: Дали се признаваат трошоци за физикална терапија ?

A16: Трошоците за физикална терапија се признаваат ако се во склоп на лекување и ако за истите има препорака од доктор специјалист од соодветна област. Трошоците се признаваат до висина на лимитот наведен на полисата за осигурување и доколку се настанати во приватна здравствена установа која има дозвола за работа издадена од Министерството за здравство.

Q17: Кој може да даде препорака за правење на одредени испитувања ?

A17: Препорака за испитувања, односно поставување на дијагноза и лекување на одредена состојба може да даде само доктор специјалист од соодветната област.

Q18: Дали се признати лабораториски испитувања по препорака од матичен лекар ?

A18: Не. Лабораториски испитувања се признати само во случај ако истите се во склоп на некое лекување и се наведени во медицинскиот извештај од специјалистичкиот преглед како дополнително испитување со цел поставување на дијагноза. Генерално користењето на бенефициите од полисата за за било кој тип на здравствена услуга не е поврзано или на било кој начин ограничено со потребата да осигуреното лице претходно обезбеди наод, упат, преглед кај матичен лекар. Предмет на покритие со доброволното приватно здравствено осигурување се здравствени услуги од ниво на лекар - специјалист па натаму, согласно конкретните потреби.

Q19: Дали се признаваат трошоци за лекување на вродени состојби за кои осигуреникот не знаел дека ги има ?

A19: Согласно условите за осигурување вродените состојби се исклучени од покритие, трошоци во врска со истите не се признаваат, без оглед дали осигуреникот знаел за нивното постоење или не.

Q20: Како се активира покретието од полисата ?

A20: Покретието се активира со постоење на причина за лекување. Причината за лекување значи дека лицето чувствува одредени потешкотии или симптоми поради кои мора да посети лекар за да знае со каков здравствен проблем се соочува. Притоа е важно да се напомене дека и во случај да не се постави дијагноза, трошоците за прегледите ќе бидат надоместени секогаш кога постои причина за лекување, согласно правилото за разграничување на состојба на превентивен преглед (не подлежи на покрите) и преглед поради причина за лекување (подлежи на покрите).

Q21: Што во случај на штета ?

A21: За користење на услугите на специјалистичкото лекување не е потребна најава во асистенстскиот центар. Осигуреникот може но и не мора да го најави прегледот во контакт центарот, освен во случај на хируршка интервенција во дневна болница каде во посредство со контакт центарот се закажува и издава гаранција за исплата на интервенцијата. Трошоците за здравствените услуги во делот на специјалистичко лекување ги плаќа осигуреникот и потоа по утврдување на основот се рефундираат, освен ако за прегледот се најавил во контакт центарот и контакт центарот издал гаранција за прегледот, со претходно утврдување на основот. Потребна документација за пријава на штета е: пријава за штета, копии од извештај/наод од овластен лекар, дополнителна медицинска документација поврзана со конкретниот настан, копии од фискални сметки каде е извршено плаќањето и копија од трансакциската сметка на осигуреникот. За услуги на Операции (освен итни операции) е потребна задолжителна најава во контакт центарот со тоа што заедно се врши закажување на зафатот во координација со осигуреникот. Трошоците ги покрива ВИНЕР ОСИГУРУВАЊЕ АД Скопје. Потребна документација за пријава на штета: пријава за штета, копии од извештај/наод од доктор специјалист, дополнителна медицинска документација поврзана со конкретниот настан. Разликата кај операциите е во тоа што тука кај барањето однапред се утврдува основот. Штетите се исплаќаат во рок не подолг од 14 дена од денот на комплетирање на документацијата.