

ДОБРОВОЛНО
ПРИВАТНО
ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ

**УПАТСТВО СО НАСОКИ
ЗА КОРИСТЕЊЕ УСЛУГИ**

Осигуреникот ги остварува правата од осигурувањето во моментот кога ќе почувствува одредена причина за лекување, односно појава на одредена здравствена потешкотија, знаци на болест, односно одредена симптоматологија, настанат несрекен случај, незгода, и сл.

Важно да се напомене дека и во случај да не се постави конкретна дијагноза, трошоците за прегледите ќе бидат надоместени, со оглед на тоа што во даден момент постоело основана причина за посета на лекар (акутна состојба), притоа водејќи се по основното правилото за разграничување на состојба на превентивен преглед (не подлежи на покрите) и преглед поради причина за лекување (подлежи на покритие).

Полисата за приватно здравствено осигурување може да се користи во сите приватни здравствени установи на територија на цела држава, кои имаат активна дозвола за работа издадена од Министерството за здравство.

За да може да се користат услугите од доброволно приватно здравствено осигурување не е потребен упат од матичен доктор. Доколку се јави причина за посета на лекар, осигуреникот директно се упатува во приватната здравствена установа кај конкретен лекар-специјалист, без задолжителна потреба од најава во контакт центарот на Винер Осигурување.

Секако доколку постои потреба од дополнителни информации во врска со осигурителното покритие на полисата (доколку околностите го дозволуваат истото), 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 она што полисата содржи односно не содржи како покритие.

Првичните прегледи секогаш се покриваат по пат на рефундирање на средства. Доколку има дополнителни испитувања со цел поставување на дијагноза а истите се содржани на медицинскиот извештај на лекарот-специјалист, 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 издавање на гаранција.

Од друга страна трошоците за болничко лекување и операции секогаш треба да одат преку издавање на гаранција од страна на Винер Осигурување преку најава во контакт центарот. Секако исклучок од ова се сите ситуации на животна загрозувачка состојба, каде што процедурата за обезбедување на гаранција се одвива тековно за време на хоспитализацијата на осигуреникот во приватната здравствена установа.

ПАРТНЕРИ

АСИВАДЕМ
SISTINA



БОЛНИЦА
NEUROMEDICA



ZAN MITREV
CLINIC

РЕ МЕДИКА
през  приватна општа болница

Покритието по основ на полисата важи во сите ПЗУ на целата територија на Р.С. Македонија, кои што имаат важечки лиценци за работа согласно законските одредби

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

ВОНБОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ – РЕФУНДАЦИЈА

Рефундирање на трошоците најдоцна во рок од 14 (четиринаесет) дена.

Постои можност со претходно договорено одобрение, и за издавање на гаранција и за дел од покритијата од сегментот на вонболничко лекување (одредени специјалистички постапки за кои што е дадена насока од лекар специјалист, односно се дел од веќе започнат процес на специјалистичко лекување).

БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ – ГАРАНЦИЈА

Винер Осигурување директно ги подмирува трошоците кон ПЗУ, со издавање на гаранција.

ОПЕРАЦИИ – ГАРАНЦИЈА

Винер Осигурување директно ги подмирува трошоците кон ПЗУ, со издавање на гаранција.

За користење на услугите на специјалистичко вонболничко 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 вонболничко лекување ги плаќа осигуреникот и потоа по утврдување на основот се рефундираат, освен ако за прегледот се најавил во контакт центарот и контакт центарот одговорил позитивно со издавање на гаранција за прегледот, со претходно утврдување на основот. Потребна документација за пријава на штета е: формулар-пријава за штета, копии од извештај/наод од лекар специјалист, 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 Болничко лекување и Операции (освен за итни/неодложни случаи) 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.

Здравствената установа доставува првична документација до Друштвото за осигурување (електронски допис, барање за третман, болнички услуги, односно краток опис за потребните услуги кои би се спровеле). Врз основа на тоа, Друштвото за осигурување утврдува дали има осигурително покритие и доколку се исполнети условите за користење на здравствени услуги, постапува со одобрување на барањето за лекување (издавање на гаранција за директно покривање на трошоците кон приватната здравствена установа)

Друштвото за осигурување го задржува правото да побара дополнителна потребна документација за извршените услуги и наоди.

Во неработни денови и во термини после работно време, како и за секој непланиран здравствен преглед кој претходно не е закажан преку Друштвото за осигурување, осигуреникот трошоците за користените услуги во здравствената установа ги покрива во целост со сопствени средства. Со соодветна документација за добиена и реализирана здравствена услуга, осигуреникот доставува барање до Друштвото за осигурување за рефундирање на средствата по основ на здравствената услуга, кое што барање за одобрување за поврат на средства за здравствени услуги се разгледува од страна на Друштвото за осигурување.

