

**Anexa 13** la Contractul Nr. 2E2131038/ 29.11.2021  
pentru SINDICATUL NATIONAL AL GREFEI JUDICIARE DICASTERIAL

**Procedura de despagubire in cazul accesarii serviciilor medicale in afara rețelei Regina Maria**

1. Pentru orice serviciu medical acoperit prin asigurare si denumit "eveniment/evenimente asigurat(e)", accesat de Asigurat/Persoana dependenta in afara Retelei de sanatate Regina Maria, Asiguratorul va plati Asiguratului/Persoanei dependente despagubirea convenita in baza documentelor puse la dispozitie de Asigurat/Persoana dependenta, cu conditia ca serviciile medicale sa se incadreze in limitele si acoperirile specificate in contractul de asigurare.

Prezenta procedura este aplicabila si serviciilor efectuate in Reteaua Regina Maria si achitate de catre pacient ca urmare a accesarii unor servicii incluse in asigurare, dar disponibile in Retea doar contra cost.

Pentru evitarea oricaror confuzii, rambursarea costurilor serviciilor ambulatorii se limiteaza la serviciile medicale incluse 100% in pachet (anexele 5.1 si 5.2) in rețeaua Regina Maria.

Nu fac obiectul rambursarilor:

- Serviciile medicale de screening; pachetele de servicii preoperatorii precum si serviciile a caror necesitate medicala nu este certificata prin documente medicale valide vor fi considerate preventie/rutina/screening si nu vor fi acoperite
- Serviciile de medicină de urgență
- Serviciile pentru sarcina/in legatura cu sarcina
- Serviciile de recuperare medicala
- Serviciile stomatologice sau servicii asociate afectiunilor stomatologice
- Serviciile medicale cu coplata/coplata pentru serviciile medicale
- vaccinarile si serviciile medicale asociate acestora
- Serviciile medicale din categoria „Servicii speciale”: Banca centrala de celule Stem, One Day check-up

2. Inainte de accesarea in afara Retelei de sanatate Regina Maria a oricarui serviciu medical acoperit prin asigurare, Asiguratul/Persoana dependenta trebuie sa aiba recomandare medicala valida scrisa de la medic pentru serviciul medical pe care urmeaza sa il efectueze si sa se programeze la unitatea sanitara unde urmeaza sa efectueze serviciul medical. Recomandarea medicala trebuie emisa anterior efectuării serviciilor recomandate. Exceptie de la aceste cazuri sunt consultatiile la medicul generalist/specialist/pediatru, pentru care nu trebuie sa existe o recomandare scrisa de la un medic.
3. In cazul serviciilor medicale pentru Ambulator, Asiguratul/Persoana dependenta are posibilitatea de a contacta Call Center-ul Asiguratorul ui la numarul de telefon 021 9767 pentru a anunta intentia de a accesa serviciul medical in afara rețelei Regina Maria si pentru a furniza datele de identificare si serviciul medical pe care urmeaza sa il acceseze;

Call Center-ul Asiguratorului va furniza Asiguratului/Persoanei dependente următoarele:

- asistenta privind acoperirile incluse în Contractul de asigurare;
- nivelul maxim al sumei ce va fi rambursată de către Asigurator pentru serviciul medical ce urmează a fi accesat în afara Rețelei de sănătate Regina Maria și care va fi reprezentat de 100 % din valoarea achitată de către pacient pentru serviciile medicale acoperite, dar nu mai mult de 700 lei/serviciu.
- lista documentelor necesare în vederea constituirii dosarului de daună și decontării contravalorii serviciilor medicale de către Asigurator.

4. Pentru spitalizare și intervenții chirurgicale este necesară notificarea Groupama prin Call center (021 9767) pentru preautorizare (cu minim 3 zile lucrătoare înainte de data programată a internării) sau în termen de 5 zile calendaristice de la externare, dacă în acest timp nu s-a putut face notificarea prin Call Center, din cauza stării sale de sănătate și apoi în termen de 30 zile lucrătoare de la data evenimentului trebuie depuse documentele pentru finalizarea dosarului.

Call Center-ul va furniza Asiguratului/Persoanei dependente următoarele informații:

- asistenta privind acoperirile incluse în Contractul de asigurare;
- acordul/refuzul Asiguratorului pentru acoperirea prin asigurare a spitalizării/intervenției după analiză documentației medicale de către medicul Asiguratorului;
- nivelul maxim al sumei ce va fi rambursată de către Asigurator pentru spitalizarea/intervenția chirurgicală în afara Rețelei de sănătate Regina Maria, conform poliței de asigurare;
- lista documentelor necesare în vederea constituirii dosarului de daună și decontării contravalorii serviciilor medicale de către Asigurator, conform art. 5.
- Documentele necesare pentru plata despăgubirii de către Asigurator, în cazul accesării serviciilor medicale în afara Rețelei de sănătate Regina Maria sunt cele prevăzute la art. 5.1 și 5.2.

5.1. Pentru servicii medicale ambulatorii sunt necesare următoarele documente:

- Formularul pentru anunțarea evenimentului asigurat - tipizat Groupama, prevăzut la Anexa 14;
- Actul de identitate - copie;
- Pentru consultații (inițiale/controale/interpretare analize sau servicii asimilabile acestora): raportul medical valid sau scrisoarea medicală validă eliberată în urma consultului
- Pentru restul serviciilor medicale (altele decât consultații: investigații, analize de sânge, etc): recomandare medicală validă. În cazul în care Raportul medical sau scrisoarea medicală eliberată în urma consultului conține recomandările medicale pentru diversele investigații/analize de laborator necesare pentru identificarea afecțiunilor este suficient doar raportul medical. În cazul în care raportul medical sau scrisoarea medicală nu conțin recomandările medicale pentru diversele investigații/analize de laborator necesare pentru identificarea afecțiunilor va fi necesar raportul medical împreună cu recomandarea medicală emisă de medicul examinator.

- Copiile rezultatelor investigatiilor paraclinice: analize de laborator, ecografii, investigatii imagistice, etc
- Alte documente medicale, emise dupa caz de Furnizorul de servicii medicale – copie;
- Documentele de plata, din care sa reiasa cheltuielile efectuate, si care trebuie sa cuprinda numele persoanei tratate, data efectuarii serviciilor, serviciile medicale prestate, valoarea fiecarui serviciu medical efectuat: bon fiscal/chitanta +/- factura, emise de Furnizorul de servicii medicale unde a fost efectuat serviciul medical) – copie. Nota: nu vor fi acceptate ca documente de plata valide bonurile fiscale/chitantele in care nu apar costurile defalcate ale fiecarui serviciu medical efectuat si achitat; pentru evitarea oricarei confuzii, documentele de plata ce inregistreaza pachete de servicii (cum ar fi: consult + ecografie, abonament..., pachet ...) nu sunt considerate valide.
- Alte documente cerute de Asigurator, care sa ateste producerea riscului asigurat, pentru a determina legalitatea platii si nivelul indemnizatiei de asigurare.

Pentru accesarile in afara retelei se va deconta 100 % din valoarea achitata de catre pacient pentru serviciile medicale acoperite integral, dar nu mai mult de 700 lei/serviciu.

Termenul de despagubire din momentul depunerii ultimului document este de 15 zile.

**Pentru ca recomandarea medicala (biletul de trimitere) sa fie valid** trebuie sa contina urmatoarele informatii:

- unitatea medicala care a eliberat recomandarea;
- numele si prenumele asiguratului/persoanei dependente;
- diagnosticul (cert sau prezumptiv);
- investigatia/investigatiile recomandata(e) de catre medic (din care sa reiasa necesitatea medicala a acestor investigatii);
- parafa si semnatura medicului care elibereaza recomandarea;
- data eliberarii.

**Pentru ca raportul medical (scrisoarea medicala) eliberat in urma consultului sa fie valid** trebuie sa contina urmatoarele informatii:

- unitatea medicala care a eliberat raportul medical;
- numele si prenumele asiguratului/persoanei dependente;
- elementele consultului: motivele prezentarii/simptomatologie, antecedente personale patologice, istoricul bolii, examen clinic obiectiv, diagnostic, investigatia/investigatiile recomandata(e) de catre medicul examinator;
- parafa si semnatura medicului care elibereaza raportul medical;
- data eliberarii;

Responsabilitatea obtinerii si furnizarii documentatiei corecte si complete revine in intregime Asiguratului, indiferent

de locația în care au fost efectuate serviciile medicale.

**5.2.** Pentru spitalizare / intervenții chirurgicale în regim de spitalizare sunt necesare următoarele documente :

- Formularul pentru anunțarea evenimentului asigurat - tipizat Groupama, prevăzut la Anexa 14 - copie;
- în cazul unui accident se pot solicita: procesul verbal încheiat de autoritățile competente sau orice acte care pot arăta circumstanțele producerii accidentului, în cazul unui accident: declarații cu martori, certificat de analiză toxicologică, alcoolemia, adeverințe medicale eliberate de instituția medicală care a acordat primul ajutor, etc. - copie;
- Actul de identitate - copie;
- Documente medicale care să cuprindă diagnosticul și evoluția afecțiunilor medicale (adeverința medicală /biletul de externare /fisa medicală, etc) - copie;
- Documentele de plată din care să reiasă cheltuielile efectuate și care trebuie să cuprindă numele persoanei tratate, data și diagnosticul, valoarea serviciilor medicale efectuate, pentru spitalizarea la stat nu este cazul, cu excepția cheltuielilor nedecontate de CAS- copie;
- Alte documente cerute de Asigurator, care să ateste producerea riscului asigurat, pentru a determina legalitatea plății și nivelul indemnizației de asigurare.

În cazul decesului Asiguratului, pe lângă documentele prevăzute se mai solicită copia certificatului de deces și copia certificatului medical constatator al decesului.

În cazul spitalizării și/sau intervenției chirurgicale în afara Rețelei, se va prezenta și fișa de externare alături de notele de plată pentru tratamentele administrate și/sau pentru intervențiile chirurgicale efectuate.

Notele de plată/chitanțele pentru spitalizare, intervenții chirurgicale în afara Rețelei de sănătate, trebuie să cuprindă:

- numele persoanei tratate;
- diagnosticul stabilit;
- detalii asupra tratamentului medical administrat sau a serviciului medical prestat și data efectuării acestora;
- costul detaliat al fiecărei proceduri/serviciu medical/tratament/intervenție chirurgicală;
- durata internării.

**6.** Plata indemnizației de asigurare se va face în lei, într-un cont bancar al Asiguratului / Beneficiarului specificat în Formularul pentru anunțarea evenimentului asigurat - , deschis la o bancă de pe teritoriul României.

**7.** În cazul în care documentația transmisă către Asigurator este incompletă, iar Asiguratul / Persoana dependentă nu a furnizat informațiile solicitate de Asigurator prin telefon sau email, Asiguratorul va contacta asiguratul / Persoana dependentă în vederea obținerii documentelor suplimentare.

**8.** Plata indemnizației de asigurare, în cazul evenimentelor asigurate produse în afara Rețelei de sănătate, se va face în termen maxim de 15 zile lucrătoare de la data depunerii ultimului document solicitat de Asigurator pentru stabilirea cu exactitate a împrejurărilor și a cauzelor producerii riscului asigurat.

9. Dacă Asiguratul/Persoana dependentă nu respectă procedura de despăgubire în cazul accesării serviciilor medicale în afara Rețelei de sănătate, Asiguratorul poate să refuze plata indemnizației de asigurare, dacă din acest motiv nu a putut stabili responsabilitățile care îi revin conform Contractului de asigurare.

***Documentele pentru deschiderea dosarului de daună se recomandă a fi depuse prin e-mail la adresa [documente@groupama.ro](mailto:documente@groupama.ro).***