

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
valabila din 01.12.2023**

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 urmatoarele:

- asistenta privind acoperirile incluse in Contractul de asigurare;
- nivelul maxim al sumei ce va fi rambursata de catre Asigurator pentru serviciul medical ce urmeaza a fi accesat in afara Retelei de sanatate Regina Maria si care va fi reprezentat de 100 % din valoarea achitata de catre pacient pentru serviciile medicale acoperite, dar nu mai mult de 700 lei/serviciu.
- lista documentelor necesare in vederea constituirii dosarului de dauna si decontarii contravalorii serviciilor medicale de catre Asigurator.

4. Pentru spitalizare si interventii chirurgicale este necesara notificarea Groupama prin Call center (021 9767) pentru preautorizare (cu minim 3 zile lucratoare inainte de data programata a internarii) sau in termen de 5 zile calendaristice de la externare, daca in acest timp nu s-a putut face notificarea prin Call Center, din cauza starii sale de sanatate si apoi in termen de 30 zile lucratoare de la data evenimentului trebuie depuse documentele pentru finalizarea dosarului.

Call Center-ul va furniza Asiguratului/Persoanei dependente urmatoarele informatii:

- asistenta privind acoperirile incluse in Contractul de asigurare;
- acordul/refuzul Asiguratorului pentru acoperirea prin asigurare a spitalizarii/interventiei dupa analiza documentatiei medicale de catre medicul Asiguratorului;
- nivelul maxim al sumei ce va fi rambursata de catre Asigurator pentru spitalizarea/interventia chirurgicala in afara Retelei de sanatate Regina Maria, conform politei de asigurare;
- lista documentelor necesare in vederea constituirii dosarului de dauna si decontarii contravalorii serviciilor medicale de catre Asigurator, conform art. 5.
- Documentele necesare pentru plata despagubirii de catre Asigurator, in cazul accesarii serviciilor medicale in afara Retelei de sanatate Regina Maria sunt cele prevazute la art. 5.1 si 5.2.

5.1. Pentru servicii medicale ambulatorii sunt necesare urmatoarele documente:

- Formularul pentru anuntarea evenimentului asigurat - tipizat Groupama, prevazut la Anexa 14;
- Actul de identitate - copie;
- Pentru consultatii (initiale/controale/interpretare analize sau servicii asimilabile acestora): raportul medical valid sau scrisoarea medicala valida eliberat(a) in urma consultului
- Pentru restul serviciilor medicale (altele decat consultatii: investigatii, analize de sange, etc): recomandare medicala valida. In cazul in care Raportul medical sau scrisoarea medicala eliberat(a) in urma consultului contine recomandarile medicale pentru diversele investigatii/analize de laborator necesare pentru identificarea afectiunilor este suficient doar raportul medical. In cazul in care raportul medical sau scrisoarea medicala nu contin recomandarile medicale pentru diversele investigatii/analize de laborator necesare pentru identificarea afectiunilor va fi necesar raportul medical impreuna cu

recomandarea medicala emisa 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 rețelei 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 locatia in care au fost efectuate serviciile medicale.

5.2. Pentru spitalizare / interventii chirurgicale in regim de spitalizare sunt necesare urmatoarele documente :

- Formularul pentru anuntarea evenimentului asigurat - tipizat Groupama, prevazut la Anexa 14 - copie;
- in cazul unui accident se pot solicita: procesul verbal incheiat de autoritatile competente sau orice acte care pot arata circumstantele producerii accidentului, in cazul unui accident: declaratii cu martori, certificat de analiza toxicologica, alcoolemia, adeverinte medicale eliberate de institutia medicala care a acordat primul ajutor, etc. - copie;
- Actul de identitate - copie;
- Documente medicale care sa cuprinda diagnosticul si evolutia afectiunilor medicale (adeverinta medicala /biletul de externare /fisa medicala, etc) - copie;
- Documentele de plata din care sa reiasa cheltuielile efectuate si care trebuie sa cuprinda numele persoanei tratate, data si diagnosticul, valoarea serviciilor medicale efectuate, pentru spitalizarea la stat nu este cazul, cu exceptia cheltuielilor nedecontate de CAS- copie;
- Alte documente cerute de Asigurator, care sa ateste producerea riscului asigurat, pentru a determina legalitatea platii si nivelul indemnizatiei de asigurare.

In cazul decesului Asiguratului, pe lânga documentele prevazute se mai solicita copia certificatului de deces si copia certificatului medical constatator al decesului.

In cazul spitalizarii si/sau interventiei chirurgicale in afara Retelei, se va prezenta si fisa de externare alaturi de notele de plata pentru tratamentele administrate si/sau pentru interventiile chirurgicale efectuate.

Notele de plata/chitantele pentru spitalizare, interventii chirurgicale in afara Retelei de sanatate, trebuie sa cuprinda:

- numele persoanei tratate;
- diagnosticul stabilit;
- detalii asupra tratamentului medical administrat sau a serviciului medical prestat si data efectuarii acestora;
- costul detaliat al fiecărei proceduri/serviciu medical/tratament/interventie chirurgicala;
- durata internarii.

6. Plata indemnizatiei de asigurare se va face in lei, intr-un cont bancar al Asiguratului / Beneficiarului specificat in Formularul pentru anuntarea evenimentului asigurat, deschis la o banca de pe teritoriul României.

7. In cazul in care documentatia transmisa catre Asigurator este incompleta, iar Asiguratul / Persoana dependenta nu a furnizat informatiile solicitate de Asigurator prin telefon sau email, Asiguratorul va contacta asiguratul / Persoana dependenta in vederea obtinerii documentelor suplimentare.

8. Plata indemnizatiei de asigurare, in cazul evenimentelor asigurate produse in afara Retelei de sanatate, se va face in termen maxim de 15 zile lucratoare de la data depunerii ultimului document solicitat de Asigurator pentru

stabilirea cu exactitate a împrejurarilor si a cauzelor producerii riscului asigurat.

9. Daca Asiguratul/Persoana dependenta nu respecta procedura de despagubire in cazul accesarii serviciilor medicale in afara Retelei de sanatate, Asiguratorul poate sa refuze plata indemnizatiei de asigurare, daca din acest motiv nu a putut stabili responsabilitatile care ii revin conform Contractului de asigurare.

Procesul de notificare a daunei si depunere a dosarului de despagubire de catre asigurati, se va desfasura **exclusiv online**, prin accesarea sectiunii *Daune – Avizare daune online - Notificare evenimente pentru Asigurari de Sanatate, Calatorii sau Accidente* de pe site-ul **www.groupama.ro** si completarea campurilor aferente formularului de notificare online.

Asiguratii nu vor mai putea folosi adresa de e-mail documente@groupama.ro.

**GROUPAMA
ASIGURARI S.A**

**SINDICATUL NATIONAL AL
GREFEI JUDICIARE DICASTERIAL**