Приложение № 2 към Общите условия за Здравна застраховка	Supplement No.2 to the General Terms and Conditions for Health Insurance
Механизъм за ползване на здравни стоки и услуги	**Mechanism of using medical goods and services**
I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ	**I. GENERAL**
1. Застрахованото лице ползва правата по договора за здравна застраховка лично. **2.** При ползване на здравни стоки и/или услуги на абонаментен принцип (в лечебни заведения, с които застрахователят има сключен договор), застрахованото лице се легитимира в съответното лечебно заведение с валидна персонална здравна карта и не заплаща ползваните здравни стоки и услуги, включени в застрахователното му покритие. В този случай финансовите взаимоотношения се уреждат директно между Застрахователя и съответния изпълнител на медицинска помощ. **3.** При ползване на здравни стоки и/или услуги на принципа на възстановяване на разходи, застрахованото лице избира свободно лекар или лечебно заведение и само заплаща предоставените му здравни стоки и/или услуги. След ползването, застрахованият предявява пред застрахователя претенция за възстановяване на направените разходи съгласно Общите условия за здравна застраховка. **4.** Изборът и начинът на лечение, постановяване на диагнозата на Застрахования и извършваните медицински процедури, както и спазването на правата на пациентите, са задължение и отговорност единствено на компетентните медицински специалисти в лечебните заведения. **5.** Здравните услуги и/или стоки, както и изследванията, подлежащи на финансово обезпечаване по договора за здравна застраховка, трябва да са предоставени от изпълнители на медицинска помощ и доставчици на здравни стоки, които съгласно действащото законодателство на Република България, имат право да извършват здравни услуги и да предлагат медицински продукти и изделия.	**1.** The Insured shall use the rights under the health insurance contract in person. **2.** When using medical goods and/ or services by subscription (at medical institutions with which the insurer has concluded contract), the insured shall prove their identity to the relevant medical institution by a valid personal health card and shall not pay for the used medical goods and services included in the insurance coverage. In this case the financial relations shall be settled directly between the Insurer and the relevant medical care provider. **3.** When using medical goods and/ or services based on reimbursement of expenses, the insured shall choose freely a medical doctor or a medical institution and shall pay for the provided medical goods and/ or services. After their use, the insured shall submit to the insurer a claim for reimbursement of expenses incurred in accordance with the General Terms and Conditions for Health Insurance. **4.** The choice and the method of treatment, the specification of the diagnosis of the Insured and the performed medical procedures as well as the observance of the patients' rights are obligation and responsibility only of the competent medical specialists in the medical institutions. **5.** The medical services and/ or goods as well as the tests subject to financial coverage under the health insurance contract shall be provided by medical care providers and medical goods suppliers, which according to the valid law of the Republic of Bulgaria, are entitled to provide medical services and to offer medical products and goods.

6. Застрахователят не е изпълнител или доставчик на здравни услуги и/или стоки и не може да носи отговорност за качеството на предоставяните от изпълнителите медицинските услуги. При възникнали проблеми Застрахователят може да съдейства за изясняване на причините за тях, доколкото му позволяват условията на договора със съответния изпълнител на медицинска помощ.

6. The Insurer is not provider or supplier of medical services and/ or goods and may not be liable for the quality of the medical services provided by the medical service providers. In case of any problems, the Insurer may assist for clarifying the reasons about them to the extent this is allowed by the terms and conditions of the contract with the relevant medical care provider.

II. Пакет „Профилактика”

II. Prophylaxis package

7. По пакет „Профилактика” Застрахователят организира провеждането на включените в покритието на пакета по съответния застрахователен договор профилактични прегледи и изследвания на всички Застраховани лица при точно определени от него изпълнители на медицинска помощ.

7. Under the Prophylaxis Package the Insurer shall organize the prophylactic examinations and tests included in the coverage of the package under the relevant insurance contract for all Insured persons to be performed by specified by the Insurer medical care providers.

8. Координаторите, посочени в застрахователния договор, уточняват предпочитани дати, списъчния състав, лечебните заведения, в които ще се провеждат профилактичните прегледи. Координаторът по застрахователния договор от страна на Застрахователя предоставя лице за контакт в съответното лечебно заведение.

8. The coordinator designated in the insurance contract shall specify the preferred dates, the headcount of staff, and the medical institutions where prophylactic examinations will be carried out. The coordinator under the insurance contract on the part of the Insurer shall designate a contact person in the relevant medical institution.

9. Профилактичните прегледи и изследвания се извършват на здрави лица, като се цели откриване на заболявания в ранен стадий, когато те все още не са предизвикали видими отклонения в състоянието на лицето. Целите на профилактичните прегледи са откриване, а не лечение на вече известно заболявания.

9. The prophylactic examinations and tests shall be carried out only for healthy people and aim to identify diseases in their early stage when they still have not caused visible deviations in the condition of the individual. The purpose of the prophylactic examinations is identifying and not treatment of already known disease.

10. Видовете медицински прегледи и изследвания са предварително дефинирани в обема на закупения пакет „Профилактика” и се провеждат веднъж за застрахователната година.

10. The types of medical examinations and test have been preliminary defined in the volume of the purchased Prophylactic package and are carried out once within the insurance year.

11. На предварително договорените дати застрахованите лица, посочени в списъка, се явяват в лечебното заведение, като задължително носят лична карта.

11. On the preliminary agreed dates, the insured included in the list shall appear in the medical institution and shall bring their personal cards.

12. От координатора в лечебното заведение застрахованото лице получава „Карта за профилактичен преглед”.

12. From the coordinator in the medical institution the insured person shall receive Prophylactic Examinations Card.

13. „Карта за профилактичен преглед” в повечето случаи е индигиран документ в три екземпляра, по един за застрахованото лице, за застрахователя и за службата по трудова медицина /при предварително заявено писмено

13. The Prophylactic Examinations Card in most cases is a carbonized document in three copies, one for the insured, one for the insurer and one for the occupational medical service (if the Policyholder has requested so in advance and

желание от страна на Застраховащия/. В случаите, когато не е индигирана, екземпляр от картата остава за съхранение при Застрахователя, а друг екземпляр от нея застрахованото лице получава по служебен път.

14. Начинът на провеждане на прегледите и редът на преминаване през отделните кабинети се договарят заедно с координатор от съответното лечебно заведение.

15. На базата на останалите прегледи и изследвания интернистът/довереният лекар на Застрахователя дава заключение за здравния статус на лицата и необходимостта от допълнителни прегледи и/или изследвания.

16. Профилактичните прегледи се провеждат и могат да бъдат използват за целите на службите по трудова медицина.

17. Застрахователят организира допълнителни /резервни/ дати за профилактични прегледи за лицата, които по обективни причини не са успели да преминат на основните дати. Броят на допълнителните /резервни/ дати се определя от застрахователя и зависи от броя на застрахованите лица и застрахователното покритие.

18. Застраховащият се задължава да уведоми и организира застрахованите лица за провеждане на профилактичните прегледи, съобразно окончателния график, представен на Застрахователя.

19. В случай, че застрахованите лица не се явят за профилактични прегледи на определените по график основни и резервни дати, задължението на Застрахователя за организиране и провеждане на профилактични прегледи се счита за изпълнено.

20. По време на провеждане на профилактичните прегледи се ползват само услугите, договорени в пакет „Профилактика”.

III. Пакети „Извънболнична медицинска помощ” „Болнична медицинска помощ”

21. Пакет „Извънболнична медицинска помощ” се ползва при наличие на здравословен проблем и изключва профилактични и общи рутинни прегледи.

22. След сключване на застрахователния договор, застрахованото лице получава персонална здравна карта, списък на лечебните заведения-изпълнители на медицински услуги

in writing). If it is not carbonized, a copy of the card shall be retained by the Insurer and the insured shall receive another copy of it ex officio.

14. The method for performance of the medical examinations and the order for visiting the individual consulting rooms shall be agreed jointly with a coordinator from the relevant medical institution.

15. Based on the other medical examinations and tests, the internist/ the trusted physician of the Insurer shall make conclusion on the health status of the individuals and the need of additional examinations and/ or tests.

16. The prophylactic examinations shall be carried out and may be used for the purpose of the occupational medical services.

17. The insurer shall organize additional dates for prophylactic examinations for the individuals who for objective reasons were not able to appear on the first dates. The number of additional dates shall be determined by the insurer and depends on the number of insured and the insurance coverage.

18. The Policyholder shall notify and organize the insured for the performance of the prophylactic examinations in accordance with the final schedule presented to the Insurer.

19. If the insured fail to appear for prophylactic examinations on the main and additional dates specified in the schedule, the obligation of the Insurer for organizing and performing prophylactic examinations shall be considered completed.

20. During the performance of the prophylactic examinations shall be used only the services agreed in the Prophylaxis package.

III. Packages Outpatient Medical Care Inpatient Medical Care

21. The Outpatient medical care package shall be used in case of a health issue and excludes prophylactic and general routine examinations.

22. After conclusion of the insurance contract, the insured shall receive personal health card, a list of medical institutions - providers of medical services with their addresses, telephone of the

с техните адреси, телефони на регистратура, име на координатора и неговия телефон.

23. Актуален списък на лечебните заведения – изпълнители на медицински услуги, се поддържа на официалната страница на Застрахователя в Интернет.

24. За ползването на медицински услуги, застрахованото лице може да се свърже с координатор от избраното лечебно заведение, който уговаря дата и час за извършване на преглед или изследване и улеснява извършването му.

25. При необходимост, съдействие по координацията оказват служителите на Застрахователя, на телефони, посочени в здравната карта.

26. Медицинската услуга се осъществява след задължително представяне от лицето на персонална здравна карта и лична карта пред служителите на лечебното заведение.

27. Плащането на разходите за ползваните медицински услуги се извършва по служебен път от Застрахователя към лечебното заведение.

28. При ползване на медицински услуги на абонаментен принцип и в случай на изчерпване на застрахователния лимит, Застрахованият дължи възстановяване на тяхната стойност в полза на Застрахователя.

29. Медицински услуги, които не са включени в покритието на пакета или касаят заболявания, които са застрахователно изключение съгласно Общи условия, са за сметка на застрахованото лице.

IV. Пакет „Възстановяване на разходи” Пакет „Дентална помощ”

30. Възстановяване на разходи се извършва в случаите, когато:

1. съответният пакет/пакети е/са част от покритията на застрахователния договор;

2. застрахованото лице е заплатило за своя сметка покрити в застрахователния договор здравни услуги и стоки;

3. медицинските услуги са предоставени от изпълнител на медицинска помощ, с който Застрахователят няма сключен договор;

4. медицинските услуги са предоставени от изпълнител на медицинска помощ, с който Застрахователят има сключен

registry office, coordinator's name and his/her telephone.

23. Updated list of medical institutions - medical services providers is maintained on the official website of the Insurer.

24. For the purpose of using medical services, the insured may contact the coordinator of the chosen medical institution who shall make an appointment for examination or test and shall assist for their performance.

25. If necessary, employees of the Insurer shall also assist for the coordination on the telephones indicated in the health card.

26. The medical service shall be provided subject to submission by the person of a personal health card and personal card to the employees of the medical institution.

27. The payment of the expenses for the used medical services shall be carried out ex officio by the Insurer to the medical institution.

28. When using medical services by subscription and if the insurance limit is exceeded, the Insured shall recover the relevant amount to the Insurer.

29. Medical services, which are not included in the coverage of the package or refer to diseases, which are an exception according to the General Terms and Conditions, shall be on the account of the Insured.

IV. Reimbursement of Expenses package Dental care package

30. Reimbursement of expenses is carried out in the cases when:

1. the relevant package/s is/are a part of the coverage provided by the insurance contract;

2. the insured has paid for medical services and goods covered by the insurance contract;

3. the medical services have been provided by a medical care provider with whom the Insurer has concluded contract:

4. medical services have been provided by a medical care provider with whom the Insurer has concluded contract but the

договор, но същите не са включени в договора на Застрахователя с изпълнителя на медицинска помощ.

31. Възстановяването може да касае целия разход или част от него.

32. Частично възстановяване се прилага, когато:

1. лимитът за здравната услуга не е достатъчен за покриване на целия разход и се възстановява частта от разхода до лимит;

2. Част от извършения разход подлежи на възстановяване от НЗОК или от друг застраховател. Пример: това е частта от дадена рецепта, която се покрива от задължителното здравно осигуряване, или част от проведените изследвания, които задължителното здравно осигуряване заплаща, както и други здравни услуги по това осигуряване.

3. В извършеният разход са включени здравни услуги и стоки извън договорените. В случай, че даден разход е покрит от задължителното осигуряване и застрахованият е ползвал тези си права, Застрахователят не изплаща този разход. Ако разходът е покрит от друга застраховка при друг застраховател, застрахованото лице следва да предостави финансов документ с отразена сума, заплатена от другия Застраховател.

V. Срокове:

33. При направени разходи за лекарствени продукти, предписани от лекар, застрахованото лице има право да иска възстановяването им, само в случаите, когато лекарствените средства/продукти са закупени не по-късно от 7 дни от датата на изписването им, но само в срока на действие на договора за здравна застраховка.

34. При претенция за възстановяване на разходи за лекарствени продукти, предписани и закупени в количество, необходимо за лечение за срок, по-дълъг от тридесет дни, на възстановяване подлежат само тази част от разходите, които съответстват на количество, необходимо за лечение за срок от 30 дни. За закупуването на количества, необходими за следващите 30 дни, се прилага копие на първоначалния амбулаторен лист, рецепта и

relevant serviced are not included in the contract of the Insurer with the medical care provider.

31. Reimbursement may refer to all expenses or a part thereof.

32. Partial reimbursement shall apply when:

1. the limit for the health service is not sufficient to cover all expenses and only the expenses up to the limit are reimbursed;

2. a part of the expenses is subject to reimbursement by NHIF or by another insurer. Example: this is that part of the prescription medicines, which are covered by the mandatory health insurance or a part of the performed tests, which the compulsory health insurance shall cover as well as other medical services under such insurance.

3. The incurred expenses include medical goods and services other than the agreed ones. If any expenses are covered by the compulsory insurance and the insured has used his rights, the Insurer shall not cover these expenses. If the expenses are covered under another insurance with other insurer, the insured person shall provide a financial document indicating the amount paid by the other Insurer.

V. Terms:

33. With regard to expenses for medicinal products, prescribed by a medical doctor, the insured may request their reimbursement only in the cases when the medicinal products are purchased not later than 7 days after the prescription date but only within the period of validity of the health insurance contract.

34. In case of claim for reimbursement of expenses incurred for medicinal products, prescribed and purchased in quantity necessary for treatment for a period longer than 30 days, only that part of the expenses that correspond to the quantity for a 30-day treatment will be reimbursed. For purchasing the quantity necessary for the next 30 days. a copy of the initial outpatient certificate, a prescription form and an invoice with a till receipt and actual date

фактура с касов бон с текуща дата. **35.** При направени разходи за клинико-лабораторни и инструментални изследвания, предписани от лекар, застрахованото лице има право да иска възстановяването им, само в случаите, когато същите са проведени не по късно от 30 дни от датата на назначаването им, но само в срока на действие на договора за здравна застраховка. **36.** При направени разходи за закупуване на диоптрични стъкла и помощни средства застрахованото лице има право да иска възстановяването им в 30 дневен срок от предписването им, но само в срока на действие на договора за здравна застраховка.	shall be provided **35.** With regard to expenses for clinical lab test and instrumental tests, prescribed by a medical doctor, the insured may request their reimbursement only in the cases when they are performed not later than 30 days after their prescription but only within the period of validity of the health insurance contract. **36.** With regard to expenses for purchasing dioptric glasses and auxiliary means, the insured may claim reimbursement within 30 days after their prescription but only within the period of validity of the health insurance contract.