Приложение № 3 към Общите условия за Здравна застраховка	Supplement No.2 to the General Terms and Conditions for Health Insurance
Необходими документи за завеждане на претенция по Здравна застраховка. Изисквания към документите	**Required documents for submission of claim under health insurance Requirements to the documents**
1. Застрахователят извършва застрахователни плащания въз основа на надлежно попълнено и подадено Заявление за възстановяване на разходи от застрахованото лице, съгласно покритията по застрахователния договор и придружено с необходимите документи, съобразно вида на направения разход.	**1.** The insurer shall make insurance payments based on duly completed and submitted Application for reimbursement of expenses by the insured according to the coverage provided by the insurance contract and accompanied with the required documents consistent with the type of incurred expenses.
ПРИ РАЗХОДИ ЗА: **1. лекарства и помощни средства:** рецепта, епикриза или амбулаторен лист, издадени от изпълнител на медицинска помощ, фактура с фискален бон; **2. извънболнична медицинска помощ:** амбулаторен лист, искане за изследване резултат от проведеното изследване, издадени от лекуващия лекар, фактура с фискален бон; **3. болнична медицинска помощ:** епикриза, издадена от лечебното заведение и подписана от лекуващия лекар и завеждащ клиника/отделение, заявление за избор на лекар/екип от медицински специалисти, фактура с фискален бон; **4. физиотерапия/кинезитерапия**: епикриза или амбулаторен лист с назначени процедури, физиопроцедурна карта с назначени и проведени физиотерапевтични процедури, фактура с фискален бон; **5. стоматологично лечение /дентална помощ/:** амбулаторен лист с отразен зъбен статус, подробно описани всички извършени манипулации, дата на проведеното лечение, фактура с фискален бон. **6. за диоптрични стъкла за очила или контактни лещи за корекция на зрението:** амбулаторен лист, рецепта от офталмолог, работещ в лечебно заведение, (описанието в рецептата е необходимо да отговаря на отразената корекция на диоптрите в амбулаторния лист от прегледа), стикерите/опаковките на закупените диоптрични стъкла /лещи/, фактура с фискален бон. **7. договорена пакетна услуга „Наблюдение/Проследяване на бременност“ -** амбулаторен лист за установяване на бременността, документ от лечебното заведение със списък на медицинските услуги – по вид, брой и цена, включени в пакета, резултати от назначените и извършени изследвания, фактура с фискален бон.	**IN CASE OF EXPENSES FOR:** **1. medicines and auxiliary means:** prescription form, discharge summary or outpatient certificate issued by a medical care provider, invoice with a till receipt; **2. outpatient medical care:** outpatient certificate, referral for test, result from performed test, issued by the medical doctor in charge, invoice with a till receipt; **3. inpatient medical care** discharge summary, issued by the medical institution and signed by the medical doctor in charge and the head of the clinic/ the ward, application for choice of a medical doctor/ team of medical specialists, invoice with a till receipt; **4. physical therapy/ kinesitherapy**: discharge summary or outpatient certificate with prescribed procedure, physical therapy card with prescribed and performed physical therapy procedures, invoice with a till receipt; **5. dental care:** outpatient certificate containing teeth status, all performed procedures described in details, date of treatment, invoice with a till receipt. **6. for dioptric glasses or contact lenses for vision correction:** outpatient certificate, prescription form issued by an ophthalmologist working in a medical institution (the description in the prescription form must correspond to the indicated vision correction in the outpatient certificate), stickers/ packs of the purchased dioptric glasses /lenses/, invoice with a till receipt. **7. agreed package service Pregnancy Monitoring/ Follow-up -** outpatient certificate for ascertainment of pregnancy, a document from the medical institution with a list of the medical services - by type, number and price included in the package, results from prescribed and performed tests, invoice with a till receipt.

Особености:

•при 100% авансово заплащане на пакета - застрахованото лице получава фактура и фискален бон при регистрацията на бременността, събира оригинали на всички медицински документи по реда на извършване на медицинските услуги, съобразно обема и срока на извършването им и при приключване на наблюдението прилага всички документи /медицински и финансови/ към заявлението за възстановяване на разходи.

•при заплащане на пакета на вноски - застрахованото лице получава фактури и фискални бонове за всяка заплатена вноска, събира оригинали на всички медицински документи по реда на извършване на медицинските услуги, съобразно обема и срока на извършването им и при приключване на наблюдението, заплатено със съответната вноска, прилага всички документи /медицински и финансови/ към заявлението за възстановяване на разходи.

2. Медицинските документи трябва да съдържат: трите имена на Застрахования, дата на раждане, адрес, дата на прегледа или периода на болничното лечение, диагноза и данни за извършеното лечение и предоставените услуги, както и УИН, подпис и печат на лекуващия лекар и/или печат на лечебното заведение и подписи на лекуващия лекар и завеждащ клиника/отделение.

3. Изисквания към документите:

3.1. КЪМ РЕЦЕПТАТА:

1. подробно и четливо попълнени следните реквизити –имена на застрахованото лице, възраст, дата, адрес, наименование на лекарствения продукт и количество на активното вещество в него, количество /брой опаковки/ изписано с цифри, а когато съдържа наркотични вещества и с думи, дневна доза, име, подпис и печат на лекаря и лечебното заведение. Върху печата на лекаря е необходимо да бъде изписан неговия УИН.

2. Върху рецептурната бланка задължително се отбелязва режимът на отпускане – за еднократно или многократно отпускане.

3. Рецептите с режим многократното отпускане имат валидност 6 /шест/ месеца от датата на издаването им и съдържат означение на броя на отпусканията.

4. Върху рецептата не следва да са правени корекции и поправки.

5. Датата на рецептата следва да съвпада с датата на амбулаторния лист.

3.2. КЪМ АМБУЛАТОРНИЯ ЛИСТ (БЛАНКА НА

Special conditions:

•in case of 100% prepayment of the package - the insured shall receive an invoice and a till receipt upon registration of pregnancy, shall collect the originals of all medical documents in the order of provision of the medical services consistent with the volume and the term for their performance and upon completion of the follow-up shall enclose all documents /medical and financial/ to the application for reimbursement of expenses.

•in case of deferred payment of the package - the insured shall receive invoices and till receipts for each paid instalment, shall collect the originals of all medical documents in the order of provision of the medical services consistent with the volume and the term for their performance and upon completion of the follow-up, paid with the relevant instalment, shall enclose all documents /medical and financial/ to the application for reimbursement of expenses..

2. The medical documents must contain: full name of the Insured, date of birth, address, date of examination or period of inpatient treatment, diagnosis and data about performed treatment and provided services, as well as unique identification number, signature and stamp of the medical doctor in charge and/ or stamp of the medical institution and the signatures of the medical doctor in charge and the head of clinic/ ward.

3. Requirements to the documents:

3.1. TO THE PRESCRIPTION FORM:

1. the following requisites entered in details and legibly - name of the insured, age, date, address, name of the medicinal product and quantity of the active substance in it, quantity /number of packages/ indicated in numbers and when narcotic substances are contained - in words too, daily dose, name, signature and stamp of the medical doctor and the medical institution. The stamp of the medical doctor must contain also his/ her unique identification number.

2. The prescription form must indicate the mode of prescription - one-off or multiple use.

3. The prescription forms for multiple use shall be valid for 6 (six) months after the issue date and shall indicated the designated number of uses.

4. The prescription form shall not contain corrections and alterations.

5. The date of the prescription form must be the same as the date of the outpatient certificate.

3.2. TO THE OUTPATIENT CERTIFICATE (FORM OF THE MINISTRY OF HEALTH № 119/98):

МЗ № 119/98): **1.** подробно и четливо попълнени: трите имена на застрахованото лице, ЕГН, възраст, дата на прегледа, диагноза, анамнеза, обективно състояние, назначени изследвания (в случай, че има), назначена терапия, име, подпис и печат на лекаря и/или на лечебното заведение. Върху печата на лекаря е необходимо да бъде изписан неговия УИН. **2.** Върху амбулаторния лист не следва да са правени корекции и поправки. **3.3. КЪМ ЕПИКРИЗАТА:** **1.** трите имена на застрахованото лице, възраст, период на лечение, клинична пътека / диагноза/, анамнеза проведени изследвания и терапия, описание на извършената хирургичната намеса /ако има такава/, описание на вложените импланти и/или консумативи /ако има такива/, назначена терапия за домашно лечение, име и подпис на лекуващ лекар и завеждащ клиника/отделение, печат на здравното заведение. **2.** Върху епикризата не следва да са правени корекции и поправки**.** **3.4. КЪМ ФАКТУРАТА:** **1.** задължителните реквизити по чл. 114 и сл. от Закона за данъка върху добавената стойност, както и трите имена на застрахованото лице, ЕГН, адрес, подробно описание на количеството и вида на закупените лекарства и помощни средства и/или предоставените медицински услуги с единична цена за всеки артикул и обща стойност на услугите. **2.** Фактурата трябва да е издадена не по-късно от 5 дни от датата на ползване на здравните стоки и/или услуги и/или на закупуване на лекарства и консумативи. **3.** За две или повече заплатени стоки или ползвани услуги през един календарен месец може да се издаде сборна фактура. Същата следва да е издадена не по-късно от последния ден на съответния месец. **4.** Поправки и добавки върху фактурата не се допускат. **3.5. КЪМ ФИСКАЛНИЯ БОН** **1.** наименование и адрес на търговския обект; пореден номер на касовата бележка; ЕИК по Булстат на лицето; **2.** количество и стойност по видове закупени стоки или услуги; обща сума за плащане; дата и час на издаване; **3.** стойността на фискалния бон трябва да съвпада със стойността на издадената към него фактурата. **4.** медицинските документи се представят в оригинал или четливо копие,	**1.** detailed and legibly completed: full name of the insured, personal number, age, examination date, diagnosis, medical history, objective status, prescribed tests (if any), prescribed therapy, name, signature and stamp of the medical doctor and/ or the medical institution. The stamp of the medical doctor must contain also his/ her unique identification number. **2.** The outpatient certificate shall not contain corrections and alterations. **3.3. TO THE DISCHARGE SUMMARY:** **1.** full name of the insured, age, period of treatment, clinical pathway/ diagnosis/, medical history, performed tests and therapy, description of performed surgical intervention / if any/, description of used implants and/ or consumables /if any/, prescribed home treatment, name and signature of the medical doctor in charge and the head of the clinic/ ward, stamp of the medical institution. **2.** The discharge summary shall not contain corrections and alterations**.** **3.4. TO THE INVOICE:** **1.** the obligatory requisites under art. 114 et seq. of the Value Added Tax Act, as well as the three names of the insured person, personal identification number, address, detailed description of the quantity and type of medicines and auxiliaries purchased and / or provided medical services with a single price for each item and total value of services. **2.** Invoice must be issued not later than 5 days after the date of using the medical goods and/ or services and/ or purchasing medicines and consumables. **3.** For two or more paid goods or used services within one calendar month, an aggregate invoice may be issued. It shall be issued not later than the last day of the relevant month. **4.** Corrections and additions to the invoice are not allowed. **3.5. TO THE TILL RECEIPT** **1.** name and address of the entity; serial number of the till receipt, uniform identification code Bulstat of the entity **2.** quantity and value by types of purchased goods or services; total amount for payment; issue date and time; **3.** the value of the till receipt must correspond to the value of the invoice attached to it. **4.** medical documents must be presented in original or a legible copy, certified as true to the original by the consumer of the

заверено за вярност с оригинала от потребителя на застрахователни услуги.	insurance services.
5. Финансовите документи (фактура и фискален бон) задължително се представят в оригинал и трябва да отговарят на изискванията на приложимата нормативна уредба.	**5.** The financial documents (invoice and till receipt) must be presented in original and must meet the requirements of the applicable regulations.
6. Всички доказателства (медицински, финансови и други документи) се представят в Централно управление лично или по пощата, като получаването им се удостоверява с дата и входящ номер от служител на застрахователя.	**6.** All evidence (medical, financial and other documents) must be submitted to the headquarters in person or by mail and the receipt shall be certified by date and incoming number by an employee of the insurer.
Застрахователят има право да изиска допълнителни документи, както и да провери достоверността на предоставената медицинска документация и да използва цялата информация за установяване на застрахователното събитие и размера на обезщетението.	*The Insurer may request additional documents and may verify the reliability of the provided medical documentation and may use the whole information for ascertainment of the insured event and the size of the compensation.*