



KLAVZULA ZAVAROVANJA SAMOPLAČNIŠKIH STORITEV V SPECIALISTIČNIH AMBULANTAH IN ZAVAROVANJA ZDRAVILA 03- ZSO-02/17

1. UVODNE DOLOČBE

Ta klavzula velja za zavarovalno kritje za stroške samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah (**Zavarovanje Specialisti** in **Zavarovanje Specialisti Plus**) ter za zavarovalno kritje za stroške magistralnih pripravkov in zdravil, ki niso predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja ali se ne predpisujejo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ter za stroške doplačil za zdravila iz seznama medsebojnih zamenljivih zdravil (**Zavarovanje Zdravila**).

Za navedena zavarovanja veljajo naslednji pogoji:

- Splošni pogoji prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja 01-PZZ-SPN-04/11;
- Posebni pogoji zavarovanja samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah 02-PZZ-C01-05/12 (za **Zavarovanje Specialisti** in **Zavarovanje Specialisti Plus**);
- Posebni pogoj zavarovanja Samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah PZZ-C01-03/OKS (za **Zavarovanje Specialisti** in **Zavarovanje Specialisti Plus**);
- Posebni pogoji zavarovanja zdravil PZZ-B05-04 (za **Zavarovanje Zdravila**);
- Dodatni pogoji zavarovanja zdravil PZZ-B05-04/1 (za **Zavarovanje Zdravila**).

Za zavarovanja, ki obsegajo plačilo stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter zdravil zaradi bolezni ali nezgode zavarovanca, velja po tej klavzuli v odstopanju od pogojev naslednje:

- Pristopna starost zavarovanca: zavarovanec je lahko oseba od 1. leta starosti dalje.
- Trajanje zavarovanja: trajanje je določeno na polici.
- Čakalna doba: čakalne dobe ni za zdravstvene storitve, ki so posledica nezgode.

2. VSEBINA IN OBSEG DODATNEGA KRITJA FIZIOTERAPIJE PRI ZAVAROVANJU SPECIALISTI IN SPECIALISTI PLUS

S to klavzulo se določa obseg dodatnega zavarovalnega kritja za plačilo stroškov fizioterapije v ambulantni obravnavi (v nadaljevanju: fizioterapija). Stroški fizioterapije so kriti izključno v naslednjih primerih:

- po opravljenem operativnem posegu;
- po zlomu kosti;
- po delnem ali popolnem izpahu sklepa;
- po delni ali popolni raztrganini mišic, tetiv in /ali vezi.

Primeri iz tretje in četrte alineje morajo biti dokazani z ustrežno slikovno diagnostiko (npr. UZ, MRI).

Fizioterapija se lahko v okviru dodatnega zavarovalnega kritja za zgoraj navedene primere koristi največ eno leto po nastali bolezni ali poškodbi, oziroma se obdobje enega leta začne upoštevati po tistem, ko je bil zavarovanec sposoben za izvedbo fizioterapije (strokovno utemeljen začetek opravljanj fizioterapije), razen v primerih poškodovanih živcev, kjer je ta rok dve leti.

Za uveljavljanje storitev fizioterapije mora zavarovanec zavarovalnici predložiti medicinsko dokumentacijo (napotnica, izvidi, ki so nastali v času zdravljenja), ter drugo dokumentacijo na zahtevo zavarovalnice.

Zavarovanec izbere fizioterapevta iz skupine s strani zavarovalnice pooblaščenih fizioterapevtov ali fizioterapevta po lastni izbiri. V obeh primerih je zavarovancu odobreno medicinsko utemeljeno število potrebnih



fizioterapevtskih obravnav, po predhodni odobritvi zavarovalnice, v skladu s to klavzulo.

Če zavarovanec izbere s strani zavarovalnice pooblaščenega fizioterapevta, zavarovalnica stroške fizioterapije plača neposredno izvajalcu teh storitev.

Če zavarovanec izbere fizioterapevta, ki s strani zavarovalnice ni pooblaščen, mora stroške fizioterapije poravnati sam. Zavarovanec po opravljeni in plačani fizioterapiji vloži vlogo pri zavarovalnici za povračilo stroškov fizioterapije na s strani zavarovalnice predpisanem obrazcu, ki mu priloži vso medicinsko dokumentacijo in originalen račun s specifikacijo opravljenih storitev fizioterapije ter poročilo o stanju zavarovanca po opravljeni fizioterapiji. Zavarovalnica v tem primeru zavarovancu povrne stroške za 4 fizioterapevtske obravnave, vendar največ v višini 200 € za posamezen zavarovalni primer.

V primerih, ko je potrebna dodatna fizioterapija zaradi posledic iste poškodbe ali bolezni, o vrsti in številu potrebnih dodatnih fizioterapevtskih obravnav odloča zavarovalnica na podlagi medicinske dokumentacije in strokovnega mnenja oziroma pregleda specialista ustrezne stroke z vidika potrebnosti teh obravnav.

3. UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJ

Za uveljavljanje zdravstvenih storitev iz kritja »*Stroški samoplačniških storitev v specialističnih ambulantah*« potrebuje zavarovanec predhodno odobritev zavarovalnice - avtorizacijo.

Pri izdaji avtorizacije se upošteva **datum nastanka potrebe po zdravstveni storitvi ali datum postavitve diagnoze pri bolezni ter datum poškodbe pri nezgodi.**

4. OMEJITVE IN IZKLJUČITVE KRITJA

Zavarovanje, poleg izključitev iz Posebnih pogojev, po tej klavzuli ne krije naslednjih stroškov:

- zdravstvenih storitev, povezanih s kroničnimi boleznimi;
- potnih ali drugih telekomunikacijskih stroškov, ki so nastali ob uveljavljanju zdravstvenih storitev;
- zdravljenja s krvnimi pripravki in matičnimi celicami (kot npr. zdravljenje s trombocitno plazmo);
- ostalih metod zdravljenja, ki še niso dokazano uspešne;
- zdravstvenih storitev, za katere zavarovalnica ni dala predhodne odobritve (avtorizacije).

Prav tako zavarovalnica po tej klavzuli pri dodatnem kritju fizioterapije ne krije stroškov fizioterapije za naslednja stanja oziroma v naslednjih primerih:

- zaradi bolečin, ki so posledice poškodb in drugih vzrokov, in nimajo za posledico medicinsko dokazanih svežih poškodb kosti, mišic, vezi in /ali tetiv;
- pretreniranosti in čezmernih naporov, zaradi intenzivnosti udejstvovanja pri športu in drugih aktivnostih;
- če iz medicinskih razlogov fizioterapija ni priporočljiva ali je odsvetovana (npr. v primeru kroničnih tendinopatij, miopatij, utrujenosti, pretreniranosti...).

5. KONČNE DOLOČBE

Če se določila pogojev in te klavzule razlikujejo, veljajo in se uporabljajo določila te klavzule, razen v primeru, ko je to izrecno drugače urejeno v zavarovalni pogodbi.