

PROCEDURA DE ACCESARE A SERVICIILOR MEDICALE DE TIP “SECOND MEDICAL OPINION”

Derularea procedurii de accesare a serviciilor medicale se realizează de către ASIGURĂTOR prin intermediul S.C. INTERMEDICAS WORLDWIDE S.R.L., denumit în continuare Intermedicas, având următoarele coordonate:

Adresa: Bulevardul Maresal Averescu nr. 15B-15C, et. 5, sector 1, Bucuresti
Telefon: +40 21 222 13 70
Fax: +40 21 222 13 68
E-mail: office@intermedicas.com

PROGRAMAREA ȘI ACCESAREA SERVICIILOR MEDICALE PRIVIND OBTINEREA RAPORTULUI “SECOND MEDICAL OPINION”

Eligibilitate:

În baza prezentei polițe, serviciile medicale se acordă numai în cazurile în care, în timpul perioadei de asigurare și după expirarea perioadei de așteptare, Asiguratul a fost diagnosticat cu:

- orice formă de boală malignă – în cazul acoperirii standard privind serviciul de tip “second medical opinion” pentru afecțiuni oncologice;
- afecțiuni cardiovasculare, afecțiuni neurologice, afecțiuni ortopedice și/sau traumatologice - în cazul acoperirii extinse privind serviciul de tip “second medical opinion”.

Accesarea acoperirii:

Pentru a beneficia de programare, Asiguratul va apela serviciul Call - Center la numărul de telefon +40 21 222 13 70.

Operatorul din Call-center-ul verifică datele Asiguratului:

Pentru a solicita raportul de second medical opinion, Asiguratul va furniza următoarele informații operatorului:

- Nume, prenume, C.N.P. Asigurat;
- număr Poliță;
- problema medicală pentru care solicită accesarea serviciilor medicale (diagnosticul inițial în legătura cu afecțiunea pentru care se solicită serviciul de “second medical opinion” și analizele medicale deja efectuate; în cazul afecțiunilor oncologice, diagnosticul trebuie susținut obligatoriu de examenul anatomopatologic și examenul histopatologic);

Prin intermediul Call-center-ului se face:

1. organizarea programării Asiguratului. În prealabil, Asiguratului îi vor fi aduse la cunoștință următoarele:
 - costurile de transport, cazare și masă vor fi suportate direct de client;
 - Polița de asigurare va acoperi costul în legătura cu Raportul medical de second opinion și eventualele investigații suplimentare solicitate de specialistul Intermedicas în legătură cu stabilirea diagnosticului de Second Medical Opinion, conform limitelor/sublimitelor stabilite în Poliță;
 - termenul maxim de accesare a consultului: 14 zile de la data diagnosticării inițiale a afecțiunii.
2. verificarea eligibilității Asiguratului, a valabilității asigurării și a beneficiilor oferite de Asigurator (din perspectiva excluderilor contractuale; includerea serviciului medical solicitat în acoperirea contractuală, inclusiv evaluarea limitelor de acoperire);
3. preluarea documentelor medicale de la Asigurat (documentele care stabilesc diagnosticul în legătura cu afecțiunea pentru care se solicită acordarea serviciului “second medical opinion”, analizele medicale deja efectuate și examenul anatomopatologic și histopatologic confirmat de către un medic specialist oncolog sau hematolog în cazul afecțiunilor oncologice). Preluarea se poate face față în față, în cadrul unei vizite medicale sau pe e-mail.
4. transmiterea coordonatelor programării către Asigurat, într-un interval de 24h de la primirea documentelor medicale cu privire la diagnosticul inițial.
5. Indicarea Managerului de caz. Acesta preia relația cu clientul pe perioada stabilirii Raportului medical de Second Opinion și îi transmite informații cu privire la:
 - decizia de acceptare/refuz a cazului pentru Second Opinion;
 - termenul estimat de răspuns;
 - decizia medicală indicată pentru stabilirea Raportului medical pentru Second Opinion, una dintre:
 - TUMOR BOARD (ECHIPĂ MULTIDISCIPLINARĂ)
 - SECOND OPINION INTERNAȚIONAL SAU ÎN ROMÂNIA
 - SECOND OPINION PE IMAGISTICA
 - SECOND OPINION PE ANATOMOPATOLOGIE

Asiguratul se prezintă la programare cu un act de identitate.

În cazul în care preluarea documentelor se va face în cadrul unei vizite medicale la locația Intermedicas, vizita medicală durează 1h și constă în analiza dosarului medical, consultația pacientului, concluzionare și eventuale recomandări (investigații ulterioare etc.).

În cazul în care Asiguratul nu poate respecta programarea stabilită de către Managerul de caz, aceasta trebuie anulată la Call Center cu cel puțin 24h înainte de data programată. În caz contrar, Asiguratul va suporta eventualele cheltuieli survenite (răspunderea Asigurătorului pentru aceste cheltuieli nu va putea fi antrenată dacă Asiguratul nu onorează programarea din motive independente de voința sa).

În cazul asigurării oferite pentru acordarea serviciului de second medical opinion pentru afecțiuni oncologice, dacă Asiguratul nu deține documentele prin care să se fi stabilit în prealabil un diagnostic în legătura cu forma de boală malignă (confirmat de un medic specialist oncolog sau hematolog) și analize medicale în acest sens, acesta nu va fi programat la un medic specialist pentru obținerea raportului pentru Second Medical Opinion.

Furnizorul de servicii medicale – INTERMEDICAS

După efectuarea serviciului medical de Second Medical Opinion, **Intermedicas** prezintă Asiguratului Raportul de Second Medical Opinion.

Acesta va cuprinde următoarele rubrici/ capitole:

- i. **Date despre pacient:** cuprinde datele de identificare ale Asiguratului;
- ii. **Istoricul afecțiunii:** sunt prezentate simptomele, evoluția, investigațiile și tratamentele urmate până în momentul solicitării “Second Medical Opinion”;
- iii. **Investigațiile medicale:** cuprinde investigațiile medicale pe baza cărora a fost pus diagnosticul și a fost instituit tratamentul. Copii ale originalelor primite precum și varianta tradusă transmisă pentru a obține “Second Medical Opinion”, Imagistică (filme RMN, CT) se transmite prin e-mail, în format arhivat.
- iv. **Diagnosticul:** diagnosticul însoțit de numele complet al medicului, specializarea lui, gradele științifice, spitalul sau unitatea medicală.
- v. **Tratamentul** propus în urma diagnosticului: nume medicamente, dozaj, mod de administrare.
- vi. **Date despre medicul** care oferă “Second Opinion”: nume, grade științifice, unitate/unități medicale cu care colaborează sau lucrează direct, documente necesare pentru a demonstra, în mod incontestabil, caracterul de specialist în domeniul respectiv.
- vii. **Diagnosticul “Second Opinion”:** diagnosticul pus de Specialistul Intermedicas pe baza investigațiilor și a documentației primite.
- viii. **Recomandari “Second Opinion”:** va cuprinde eventuale recomandări pentru investigații suplimentare, locația unde acestea pot fi efectuate, prețul estimativ, eventuale facilități oferite de Intermedicas dacă se dorește continuarea investigațiilor.
- ix. **Tratament “Second Opinion”:** va cuprinde tratamentul recomandat de specialistul Intermedicas, locațiile în care acesta poate fi urmat, prețul acestuia, facilitățile oferite de Intermedicas (discount, suport, furnizare de formulare etc.).
- x. O rubrica de **disclaimer**-uri prin care se delimitează responsabilitatea medicului și a Intermedicas strict la datele și investigațiile prezentate și care au stat la baza diagnosticului “Second Opinion”.

Follow-up Intermedicas: după transmiterea raportului “Second Opinion”/Tumor Board, Intermedicas, prin intermediul Managerului de caz, va contacta telefonic Asiguratul pentru a afla situația Asiguratului și, dacă este cazul, să ofere informații sau sugestii pentru rezolvarea problemelor întâmpinate de acesta.

Raportul de Second Medical Opinion va fi însoțit de un formular care va fi oferit spre semnare Asiguratului prin care se confirmă ca i-au fost efectuate serviciile medicale specificate în Poliță în legătură cu furnizarea Raportului de Second Medical Opinion.

PROGRAMAREA ȘI ACCESAREA SERVICIILOR MEDICALE PRIVIND OBȚINEREA RAPORTULUI “SECOND MEDICAL OPINION”

În cazul în care, pentru stabilirea raportului de second medical opinion, medicul specialist din cadrul Intermedicas recomandă efectuarea unor investigații suplimentare, se va proceda astfel:

- Asiguratul își alege furnizorul de servicii medicale;
- Asiguratul se programează independent de Call-Center-ul Intermedicas. La cererea Asiguratului, Intermedicas, prin intermediul call-center-ului, poate facilita acestuia programarea pentru desfășurarea investigațiilor în rețeaua unui furnizor de servicii medicale partener al Intermedicas.
- Furnizorul prestează serviciul medical și emite documentele justificative;
- Asiguratul plătește serviciile medicale accesate și păstrează documentele justificative emise de furnizorul de servicii medicale pentru a putea primi despăgubirea, conform contractului de asigurare;
- Asiguratul transmite în scris către Asigurător, în termenele menționate în Poliță, cererea de despăgubire cu privire la decontarea costurilor efectuate în legătură cu investigațiile suplimentare întreprinse de Asigurat la recomandarea medicului specialist în stabilirea Raportului Medical de Second Opinion;
- Asigurătorul analizează informațiile prezentate în raport cu acoperirea Poliței încheiate și aprobă sau respinge rambursarea costurilor solicitate conform limitelor/sublimitelor de despăgubire oferită prin contractul de asigurare.