



Posebni pogoji zavarovanja zdravil

1. člen: Uvodne določbe

Posebni pogoji zavarovanja zdravil (šifra PZZ-B05-04, v nadaljevanju pogoji) so skupaj s Splošnimi pogoji prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja sestavni del zavarovalne pogodbe.

2. člen: Sklenitev in trajanje pogodbe

- (1) V primeru prve sklenitve pogodbe na podlagi individualne ponudbe je zavarovanec dolžan izpolniti in s podpisom potrditi resničnost vpisanih podatkov v »Izjavi o zdravstvenem stanju«, ki je sestavni del ponudbe.
- (2) V primeru prve sklenitve pogodbe na podlagi skupinske ponudbe je zavarovanec dolžan izpolniti in podpisati pristopno izjavo, ki je sestavni del ponudbe.
- (3) Prvo pogodbo je mogoče skleniti od dopolnjenega 15. leta starosti dalje.
- (4) Trajanje pogodbe je dve zavarovalni leti, razen če je s pogodbo določeno drugače.

3. člen: Čakalna doba ob sprejemu v zavarovanje

Ob prvi sklenitvi pogodbe je čakalna doba ob sprejemu v zavarovanje dva meseca.

4. člen: Vsebina in obseg zavarovanja

- (1) Zavarovanje krije stroške magistralnih pripravkov in zdravil, ki imajo v skladu z zakonom dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji (v nadaljevanju: zdravila) in niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (nerazvrščena zdravila in zdravila z omejitvami predpisovanja), ali se ne predpisujejo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (samoplačniške ambulante), razen tistih zdravil, ki jih izključujejo ti pogoji.
- (2) Zdravilo mora biti predpisano na uradno veljavnem samoplačniškem receptnem obrazcu (v nadaljevanju: recept) za zdravljenje bolezni ali poškodbe. Izdaja se izključno v lekarnah.
- (3) Zavarovanje krije stroške zdravila, predpisanega na recept v količini, ki pri akutnih stanjih zadošča za obdobje zdravljenja akutnega stanja, pri kroničnih boleznih oziroma stanjih pa največ za tri mesece.
- (4) Kadar predpisanega zdravila ni na voljo na domačem trgu, je oskrba mogoča iz tujine.

5. člen: Omejitve in izključitve kritja

Zavarovanje ne krije stroškov:

- za zdravila, ki so zavarovancu izdana brez recepta ali se izdajajo brez recepta tudi v specializiranih prodajalnah, četudi imajo dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji in so izdana na podlagi recepta,
- za zdravila, ki se uporabljajo samo v javnih zdravstvenih zavodih ter pri pravnih in fizičnih osebah, ki opravljajo zdravstveno dejavnost,
- za zdravila, ki so namenjena izključno zdravljenju, ki ga je mogoče spremljati samo v bolnišnici,
- zdravil v obliki ampul ali injekcij, ne glede na način izdaje, cepiv, imunskih serumov, imunoglobulinov ter krvnih izdelkov,
- zdravil za odpravljanje androgene plešavosti, erektilne disfunkcije,
- zdravil za medicinsko neindicirano uravnavanje telesne mase, zdravljenje zasvojenosti z mamilii, alkoholom, nikotinom in drugimi psihotropnimi snovmi ali za zdravljenje njihove zlorabe,
- zdravil z dietetičnimi, dezinfekcijskimi, negovalnimi in kozmetičnimi učinki,
- zdravil, katerih predpisovanje ni medicinsko upravičeno, ampak je le v preventivne namene,
- zdravil za preprečevanje zanositve,
- zdravil, ki jih zavarovanec uporablja ali potrebuje zaradi obolenj in stanj, ki so dokazano nastopila pred prvo sklenitvijo pogodbe.

6. člen: Uveljavljanje pravic iz pogodbe

- (1) Pravica iz zavarovalne pogodbe nastane, ko pristojni zdravnik predpiše zdravilo na recept ambulantno zdravljene zavarovancu skladno z diagnozo in medicinsko doktrino.
- (2) Zavarovanec dovoljuje, da zavarovalnica za preverjanje upravičenosti kritja stroškov zdravil lahko zahteva pisno mnenje zdravnika oziroma kopijo zdravstvene dokumentacije.
- (3) Če zavarovanec uveljavlja povrnitev stroškov zdravil neposredno pri zavarovalnici, priloži pisnemu zahtevku originalni recept in originalni račun iz lekarne.
- (4) Pri zdravljenju debelosti in pri hormonskem zdravljenju s kontraceptivi zavarovanec uveljavlja povrnitev stroškov zdravil neposredno pri zavarovalnici. Pisnemu zahtevku priloži pisno mnenje zdravnika, originalni recept in originalni račun iz lekarne.

7. člen: Sprememba obsega kritja

Zavarovalnica lahko zdravila, ki prvič pridobijo dovoljenje za promet po sklenitvi zavarovalne pogodbe, naknadno izključi iz kritja ter o tem pisno ali na drug primeren način (dnevno časopisje, radio, televizija in podobno) obvesti zavarovanca.

8. člen: Končne določbe

- (1) V primeru, da se določila Splošnih pogojev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in teh pogojev razlikujejo, veljajo in se uporabljajo določila teh pogojev, razen takrat, ko je to izrecno drugače urejeno.
- (2) Ti pogoji veljajo, ko jih sprejme uprava ADRIATICA SLOVENICE Zavarovalne družbe d.d., uporabljajo pa se od 1. 8. 2007 dalje.



Dodatni pogoji zavarovanja zdravil

1. člen: Uvodne določbe

- (1) Dodatni pogoji zavarovanja zdravil (šifra PZZ-B05-04/1, v nadaljevanju pogoji) opredeljujejo dodatna kritja in določajo posebnosti zavarovanja zdravil. Skupaj s Splošnimi pogoji prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in posebnimi pogoji zavarovanja zdravil (PZZ-B05-04) so sestavni del zavarovalne pogodbe.
- (2) Najvišja priznana vrednost je tista vrednost, ki jo za posamezno skupino medsebojno zamenljivih zdravil določi nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- (3) Medsebojno zamenljiva zdravila so zdravila, ki jih organ, pristojen za zdravila, opredeli in objavi kot primerna za medsebojno zamenjavo, pri čemer upošteva, da mora biti pri teh zdravilih verjetnost nastanka klinično pomembnih razlik v učinkovitosti in varnosti ustrezno nizka oziroma zanemarljiva.

2. člen: Vsebina in obseg zavarovanja

Zavarovanje krije doplačilo za zdravilo iz seznama medsebojnih zamenljivih zdravil. Doplačilo za zdravilo je znesek, ki ga predstavlja razlika med dejansko ceno zdravila in najvišjo priznano vrednostjo na dan izdaje zdravila (v nadaljevanju: doplačilo).

3. člen: Omejitve in izključitve kritja

Zavarovanje ne krije doplačil iz 2. člena teh pogojev za:

- zdravila, ki niso na seznamu medsebojno zamenljivih zdravil ali za medsebojno zamenljiva zdravila, za katera ni določena najvišja priznana vrednost,
- medsebojno zamenljiva zdravila, za katera je zdravnik na receptu označil »ne zamenjaj«,
- zdravila, ki se uporabljajo samo v javnih zdravstvenih zavodih ter pri pravnih in fizičnih osebah, ki opravljajo zdravstveno dejavnost,
- zdravila, ki so namenjena izključno za zdravljenje, ki ga je mogoče spremljati samo v bolnišnici,
- zdravila, ki so zavarovancu izdana brez recepta ali so izdana na samoplačniški recept.

4. člen: Uveljavljanje pravic iz pogodbe

- (1) Pravica iz pogodbe nastane, ko pristojni zdravnik ambulantno zdravljenemu zavarovancu predpiše na recept medsebojno zamenljivo zdravilo, katerega cena v lekarni je višja od najvišje priznane vrednosti in na receptu ni označbe »ne zamenjaj«.
- (2) Zavarovanec dovoljuje, da zavarovalnica za preverjanje upravičenosti kritja doplačil lahko zahteva pisno mnenje zdravnika oziroma kopijo zdravstvene dokumentacije.
- (3) Če zavarovanec uveljavlja povrnitev doplačil neposredno pri zavarovalnici, priloži pisnemu zahtevku originalni račun iz lekarne.

5. člen: Končne določbe

- (1) V primeru, da se določila Splošnih pogojev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in/ali posebnih pogojev zavarovanja zdravil in teh pogojev razlikujejo, veljajo in se uporabljajo določila teh pogojev, razen takrat, ko je to izrecno drugače urejeno.
- (2) Ti pogoji veljajo, ko jih sprejme uprava Adriatica Slovenice Zavarovalne družbe d.d., uporabljajo pa se od 1. 8. 2007 dalje.