

- 4) tatima;
- 5) Zubni implantati;
- 6) Fiksne proteze;
- 7) Višepovršinske plombe (onlay);
- 8) Fasete i svi pripadajući troškovi;
- 9) Izrada retencionih folija, splintova.

III. ZAJEDNIČKE ODREDBE

Član 13.

Isključenja obaveze Osiguravača

- (1) Pored isključenja definisanih Općim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, Osiguravač nije u obavezi da nadoknadi i sljedeće troškove:
 - 1) koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih Dodatnih uslova;
 - 2) za dodatna osiguravajuća pokrivanja koja nisu ugovorena i za koje nije plaćena dodatna premija;
 - 3) troškove operativnih zahvata;
 - 4) inovativnog, odnosno originalnog lijeka na recept kada postoji i generička zamjena, osim ako je ljekar naznačio da je neophodan naznačeni lijek;
 - 5) zdravstvenih usluga bez odobrenja ovlaštenog ljekara osigurane osobe, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašten ljekar osigurane osobe u potpunosti informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtjev;
 - 6) krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
 - 7) tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova;
 - 8) tretmana za podmlađivanje ili smanjenje tjelesne težine;
 - 9) liječenja ozljeda stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza; svih vrsta gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i pregledi uraslih noktiju i zanoktica;
 - 10) terapije vježbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašten ljekar;
 - 11) ambijentalne terapije radi odmora i/ili posmatranja;
 - 12) svih vrsta masaže;
 - 13) nabavke ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala kao što su: potpora za tabane i ortopedski pomagala i materijali, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštanih tabana i tarzalije ili metatarzalije;
 - 14) svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez naloga; pomoćnih pomagala i sanitarne sprave za korištenje u vanbolničkim uslovima i u trajne svrhe kao što su: insulinske pumpe, motorna invalidska kolica ili krevet, bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dizalica, antidekubitus dušeci, pojasevi, predmeti za povećanje udobnosti (kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promjenu kvaliteta vazduha ili temperature (kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečistači vazduha);
 - 15) materijala za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grijanje, bidei, sjedišta za toalet, sjedišta za kadu, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vježbanje i slični predmeti;
 - 16) sve nemedicinske troškove;
 - 17) održavanja trajne medicinske opreme;
 - 18) prilagodavanja vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
 - 19) korištenja kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvenih usluga za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
 - 20) prevoza do zdravstvene ustanove osim u slučaju definisanom u članu 6. ovih Dodatnih uslova.
 - 21) prenatalnih testova za otkrivanje hromozomskih aberacija te analizu DNK ploda (Nifty test, My prenatal test, Verified test, PRENA, NIPT, Tranquility, Harmony i slični testovi);
 - 22) laserski tretmani korekcije vida;
 - 23) liječenje astigmatizma i strabizma, miopije, hipermiopije, presbiopije uključujući hirurški zahvat radikalne keratomije;
 - 24) operacije katarakte;
 - 25) cirkumcizija (sunećenje);
 - 26) pregledi ljekara u svrhu izdavanja potvrda o zdravstvenom stanju, za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i slične medicinske potrebe;
 - 27) svi tipovi vakcina kao i serum;
 - 28) sve dijagnostičke postupke na madežima (nevus), osim u slučaju da je Ph analizom potvrđena zloćudna promjena na njima;
 - 29) tretmane krvnom plazmom;
 - 30) ispitivanje funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa test;
 - 31) eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumjeva tretman koji nije naučno ili medicinski priznat, proučavanje sna (sleep apnea) i druge tretmane u vezi sa zastojem disanja u snu;
 - 32) usluge nutricioniste, logopeda, defektologa i psihologa;
 - 33) troškovi laboratorije iz oblasti molekularne genetike;
 - 34) troškovi hiperbarične komora;
 - 35) laboratorijska ispitivanja i dijagnostičke procedure u svrhu ispitivanja plodnosti i liječenja neplodnosti, svi trenmani pripreme za vještačku oplodnju i lijekovi i bilo koji oblik vještačke oplodnje;
- (2) Ne postoji obaveza Osiguravača da nadoknadi troškove pregleda ljekara opšte prakse ili specijaliste ukoliko su troškovi posljedica davanja drugog mišljenja;

Član 14.

Ostvarenje prava iz osiguranja i prijava osiguranog slučaja

- (1) U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguraničnik je, ukoliko je ugovoreno grupno osiguranje, u obavezi da prije korištenja medicinske usluge pozove MedUniaq kontakt centar Osiguravača koji za osiguranu osobu ugovara vrstu, datum i vrijeme pregleda ili drugih medicinskih usluga. U slučaju vanbolničkog liječenja medicinske usluge će se ugovoriti u okviru zdravstvenih ustanova koje pripadaju Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova.
- (2) Smatra se da je osigurana osoba izvršila svoju obavezu pozivanja MedUniaq kontakt centra Osiguravača ukoliko prije korištenja medicinskih usluga pozove MedUniaq kontakt centar Osiguravača i osobi MedUniaq kontakt centra odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju. U slučaju da osiguranik ne pozove MedUniaq kontakt centar Osiguravača nastali troškovi

neće biti nadoknađeni.

- (3) Ukoliko osigurana osoba iz opravdanih razloga nije u mogućnosti da izvrši obavezu iz st. 1. i 2. ovog člana, to će učiniti ovlaštena osoba pružaoca zdravstvene usluge.
- (4) Pravo na naknadu troškova za vanbolničko liječenje, saglasno ovim Dodatnim uslovima i ugovoru o osiguranju, Osiguranik može ostvariti samo unutar Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova. Ova odredba se ne odnosi na pokrivača iz člana 5. i člana 7. ovih Dodatnih uslova, kao i u slučaju da u mjestu prebivališta Osiguranika ne postoji ustanova koja je u Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova, te u slučaju nabavke pomagala za vid nakon ljekarske indikacije.
- (5) Ukoliko osigurana osoba ne izvrši obavezu iz stava 1. i 2. ovog člana, niti to učini ovlaštena osoba pružaoca zdravstvene usluge u skladu sa stavom 3. ovog člana, Osiguravač nije u obavezi da nadoknadi nastale troškove.
- (6) Pregled Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova objavljen je na web stranici Osiguravača i dostavlja se osiguraniku uz polis osiguranja.
- (7) Nakon pruženih medicinskih usluga, zdravstvena ustanova dostavlja Osiguravaču dokumentaciju potrebnu za isplatu troškova pruženih usluga.
- (8) Osiguranik ima pravo na refundaciju troškova, koje je snosio sam, samo u slučajevima definisanim stavu (4) ovog člana Dodatnih uslova.
- (9) U slučaju refundacije troškova, potrebno je da Osiguranik dostavi sljedeću dokumentaciju:
 - 1) obrazac prijave osiguranog slučaja,
 - 2) ljekarski nalaz sa potpunom dijagnozom, podacima o početku i prestanku liječenja, te razlozima zašto je liječenje počelo,
 - 3) otpusno pismo iz bolnice, ako je osiguranik boravio u bolnici,
 - 4) povijest bolesti,
 - 5) propisan recept za lijekove/pomagala od strane ovlaštenog ljekara,
 - 6) originalni fiskalni račun za obavljene medicinske usluge,
 - 7) tekući račun,
 - 8) fotokopiju lične karte.
- (10) Prijave se mogu podnijeti samo za tretman koji je stvarno primljen u toku perioda osiguranja i troškovi će biti nadoknađeni samo ako su nastali prije isteka perioda osiguranja.
- (11) Osiguravač u postupku rješavanja odštetnog zahtjeva ima pravo da zahtjeva od osiguranika da ovlaštenim osobama Osiguravača obezbijedi izvod iz medicinske dokumentacije kojima raspolažu treće osobe, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osiguranika (izvod iz medicinske dokumentacije, izvještaji specijalističkih ordinacija, izvode iz povijesti bolesti u bolničkim ustanovama i sl).
- (12) Na zahtjev Osiguravača, Ugovarač osiguranja je dužan da omogući Osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi Ugovarač osiguranja, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem, u skladu sa zakonom.
- (13) Ukoliko su troškovi, koji su proistekli korištenjem prava iz osiguranja, manji od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokrivanje, odnosno ugovorene sume osiguranja predviđene polisom, tj. ugovorom, osigurana osoba nema pravo na isplatu razlike u slučaju isteka osiguranja.

IV. ZAVRŠNE ODREDBE

Član 15.

Vrsta i obim osiguravajuće zaštite i participacija osiguranika
Vrsta i obim osiguravajuće zaštite, isključenje participacije odnosno obim participacije osiguranika u troškovima određeni su ponudom osiguranja, polisom osiguranja, Općim i Dodatnim uslovima osiguranja.

Član 16.

Primjena Dodatnih uslova

1. Za odnose između Osiguravača i Ugovarača osiguranja koji nisu regulisani ovim Dodatnim uslovima primjenjivaće se odredbe Općih uslova, ukoliko su odredbe Općih uslova u suprotnosti sa odredbama Dodatnih uslova, primjenjivaće se Dodatni uslovi.

Ovi Dodatni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje usvojeni su Odlukom Uprave Društva broj 20220810-0008-000009, a stupaju na snagu i primjenjuju se od 10.08.2022. godine.

Stupanjem na snagu ovih, prestaju da važe Dodatni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje usvojeni odlukom Uprave Društva broj 20210107-0020-000002, od 07.01.2021. godine.

Direktor Društava
Senada Olević