

**MKB-Pannónia Egészség- és Önsegélyező Pénztár**  
**GONDOSKODÁS PLUSZ BETEGSÉGBIZTOSÍTÁS SZOLGÁLTATÁSAI**

| <b>I. A Gondoskodás PLUSZ Csoportos Betegségbiztosítás szolgáltatási csomagja</b> |                                 |
|---|---------------------------------|
|   | <b>Gondoskodás Plusz csomag</b> |
| 24 órás forródrót <sup>1</sup>  | ✓                               |
| Nemzetközi második orvosi szakvélemény  | ✓                               |
| Járóbeteg-ellátás   | ✓                               |
| Laborvizsgálatok  | ✓                               |
| Diagnosztikai ellátások   | éves limit: 250 000 Ft          |

<sup>1</sup>A 24 órás forródrót szolgáltatás NEM helyettesíti a beteg személyes orvosi vizsgálatát, és így utóbbi elmaradása esetén az ebből fakadó bármely következményért, illetve kárért az UNIQA Biztosító Zrt. semmilyen felelősséget nem vállal. A telefonos ellátásszervezés munkanapokon 08:00 és 20:00 között érhető el a következő telefonszámon: +36 1 461 1527.

Érvényes: A Gondoskodás Plusz Csoportos Betegségbiztosítási szerződés hatálybalépésétől visszavonásig.

- 1.) JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS:** jelen biztosítás feltételei szerint biztosítási esemény, a Biztosítottnak a kockázatviselési tartamon belül baleset, betegség vagy sérülés következtében váratlanul szükségessé váló orvosilag indokolt egészségügyi ellátása. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a járóbeteg-ellátás igénybe vételének napja.
- 2.) LABORVIZSGÁLATOK:** jelen biztosítás feltételei szerint biztosítási esemény, ha a kockázatviselési tartamon belül a Biztosítottat kezelő szakorvos a Biztosított egészségi állapotával összefüggésben és orvosilag megalapozott módon a Biztosított számára laborvizsgálatot ír elő. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szakorvosi javaslat kiállításának dátuma
- 3.) DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK:** jelen biztosítás feltételei szerint biztosítási esemény, ha a kockázatviselési tartamon belül a Biztosítottat kezelő szakorvos a Biztosított egészségi állapotával összefüggésben és orvosilag megalapozott módon a Biztosított számára szakorvosi javaslat alapján diagnosztikai vizsgálatot ír elő. Nem tartoznak a biztosítási események közé a szűrési célú vizsgálatok. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szakorvosi javaslat kiállításának dátuma.
- 4.) NEMZETKÖZI MÁSODIK ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY:** jelen biztosítás feltételei szerint biztosítási esemény, a Biztosított saját, a Biztosító kockázatviselése kezdetéhez képest előzmény nélkül kialakult súlyos betegsége, mellyel kapcsolatban nemzetközi második orvosi szakvélemény felállítását igényeli. A biztosítási esemény bekövetkezésének időpontja a szakvélemény iránti igény benyújtásának dátuma.

## **II. A szolgáltatások részletezése**

### **1.) JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS**

A kockázatviselés tartama alatt, az 1.. számú *Melléklet* szerinti szolgáltatás. A Biztosító az egészségügyi szolgáltatónak a járóbeteg-ellátás szolgáltatás keretében megtéríti az Egészségügyi Ellátásszervezőn (továbbiakban EESZ) keresztül igénybe vett beavatkozás számlával igazolt költségeit.

A Biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és a vizsgálat költségeinek megtérítésén kívül egyéb költségek megtérítésére nem terjed ki.

A járóbeteg-ellátás igénybevételéhez orvosi beutaló nem szükséges, azonban a Szemészet, Bőrgyógyászat, Belgyógyászat, Fül-orr-gégészet, Sebészet, Nőgyógyászat kivételével a Biztosító vagy az Ellátásszervezője előzetes orvosi vizsgálatot írhat elő (és biztosít) a vizsgálat indokoltságának megítélésére.

Az EESZ a biztosítási esemény Biztosítási bejelentését követően a megjelölt dokumentumok beérkezését követő 10 munkanapon belül biztosít időpontot a Biztosított járóbeteg-vizsgálatához.

A járóbeteg-ellátás helyszíne az Egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitások alapján kerül kiválasztásra az ügyfél lakóhelyének figyelembe vételével.

A járóbeteg-ellátás eredményéről szóló vizsgálati leletet az Egészségügyi szolgáltató adja át a Biztosítottnak a Biztosított által választott módon.

A Biztosított a számára felajánlott vizsgálati időpontot a vizsgálatot megelőzően legalább 3 munkanappal az EESZ-nél telefonon keresztül lemondhatja. Ebben az esetben az EESZ újabb időpontot ajánl fel a Biztosítottnak a lemondás időpontjától számított 10 munkanapon belül. Amennyiben a Biztosított nem él a fentiek szerinti lemondás lehetőségével és a vizsgálaton nem jelenik meg, a Biztosító 6 hónapra mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.

Egy adott vizsgálat másodszori lemondása esetén a Biztosító nem köteles a Biztosított részére újabb vizsgálati időpontot biztosítani, és 6 hónapra mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.

Több járóbeteg-ellátás egyidejű bejelentése esetén az EESZ határozza meg a vizsgálatok sorrendjét.

A Biztosított által egyszerre bejelentett vizsgálatok időpontja és helyszíne az elérhető kapacitások függvényében eltérhet egymástól.

Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

## **2.) LABORVIZSGÁLATOK**

A kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett, a *2. számú Melléklet* szerinti szolgáltatás. A Biztosító az egészségügyi szolgáltatóknak a laborvizsgálatok szolgáltatás keretében megtéríti az EESZ-en keresztül igénybe vett beavatkozás számlával igazolt költségeit.

A Biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és a vizsgálat költségeinek megtérítésén kívül egyéb költségek megtérítésére nem terjed ki.

Az EESZ a biztosítási esemény bejelentését követően a megjelölt dokumentumok beérkezését követő 10 munkanapon belül biztosít időpontot a Biztosított laborvizsgálatához.

A laborvizsgálat helyszíne az Egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitások alapján kerül kiválasztásra az ügyfél lakóhelyének figyelembe vételével.

A laborvizsgálat eredményéről szóló vizsgálati leletet az Egészségügyi szolgáltató adja át a Biztosítottnak a Biztosított által választott módon.

A Biztosított a számára felajánlott vizsgálati időpontot a vizsgálatot megelőzően legalább 3 munkanappal az EESZ-nél telefonon keresztül lemondhatja. Ebben az esetben az EESZ újabb időpontot ajánl fel a Biztosítottnak a lemondás időpontjától számított 10 munkanapon belül. Amennyiben a Biztosított nem él a fentiek szerinti lemondás lehetőségével és a vizsgálaton nem jelenik meg, a Biztosító 6 hónapra mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.

Egy adott vizsgálat másodszori lemondása esetén a Biztosító nem köteles a Biztosított részére újabb vizsgálati időpontot biztosítani, és mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.

Több laborvizsgálat egyidejű bejelentése esetén az EESZ az orvosi beutalón meghatározott sorrendben szervezi meg a vizsgálatok időpontját.

A Biztosított által egyszerre bejelentett vizsgálatok időpontja és helyszíne az elérhető kapacitások függvényében eltérhet egymástól.

Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

### 3.) DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATOK SZOLGÁLTATÁS

A kockázatviselés tartama alatt, szakorvosi javaslatra igénybe vett szolgáltatás. A Biztosító az egészségügyi szolgáltatóknak a diagnosztikai vizsgálatok szolgáltatás keretében megtéríti az EESZ-en keresztül igénybe vett beavatkozás számlával igazolt költségeit meghatározott **éves forint-limit erejéig (250.000 Ft/év)**.

A Biztosító szolgáltatása az ellátás megszervezésén és a vizsgálat költségeinek megtérítésén kívül egyéb költségek megtérítésére nem terjed ki.

Az EESZ a biztosítási esemény bejelentését követően a megjelölt dokumentumok beérkezését követő 10 munkanapon belül biztosít időpontot a Biztosított diagnosztikai vizsgálatához.

A diagnosztikai vizsgálat helyszíne az Egészségügyi szolgáltatóknál elérhető szabad kapacitások alapján kerül kiválasztásra az ügyfél lakóhelyének figyelembe vételével.

A diagnosztikai vizsgálat eredményéről szóló vizsgálati leletet az Egészségügyi szolgáltató adja át a Biztosítottnak a Biztosított által választott módon.

Az aktuálisan elérhető szolgáltatási keretösszeg egyenlegét az EESZ tartja nyilván, és a Biztosított kérésére erről tájékoztatást nyújt.

A képző diagnosztikai vizsgálat díját a Biztosító csak a szolgáltatási keretösszegeből rendelkezésre álló összeg mértékéig vállalja át. Amennyiben a Biztosított igénybe kívánja venni a diagnosztikai vizsgálatot, annak ára (amelyről az EESZ a kárigény elbírálásakor ad tájékoztatást) és a szolgáltatási keretösszegeből rendelkezésre álló összeg különbözetének megfizetése a Biztosítottat terheli. A különbözetet a Biztosított köteles az Egészségügyi szolgáltató részére megfizetni a vizsgálat igénybevételét követően. A különbözet mértékéről, és a megfizetésének módjáról az EESZ ad tájékoztatást.

A szolgáltatási keretösszeg értéke adott biztosítási évre vonatkozik. Az adott biztosítási évben fel nem használt szolgáltatási keretösszeg egyenlege nem vihető át a következő biztosítási évre.

A Biztosított a számára felajánlott vizsgálati időpontot a vizsgálatot megelőzően legalább 3 munkanappal az EESZ-nél telefonon keresztül lemondhatja. Ebben az esetben az EESZ újabb időpontot ajánl fel a Biztosítottnak a lemondás időpontjától számított 10 munkanapon belül. Amennyiben a Biztosított nem él a fentiek szerinti lemondás lehetőségével és a vizsgálaton nem jelenik meg, a Biztosító 6 hónapra mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.

Egy adott vizsgálat másodszori lemondása esetén a Biztosító nem köteles a Biztosított részére újabb vizsgálati időpontot biztosítani, és mentesül az adott biztosítási eseményre szóló biztosítási szolgáltatás nyújtása alól.

Több diagnosztikai vizsgálat egyidejű bejelentése esetén az EESZ az orvosi beutalón meghatározott sorrendben szervezi meg a vizsgálatok időpontját.

A Biztosított által egyszerre bejelentett vizsgálatok időpontja és helyszíne az elérhető kapacitások függvényében eltérhet egymástól.

Amennyiben a kockázatviselési tartam során nem következik be biztosítási esemény, a Biztosító nem nyújt biztosítási szolgáltatást.

### 4.) NEMZETKÖZI MÁSODIK ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY SZOLGÁLTATÁS

A kockázatviselés tartama alatt, az EESZ-en keresztül igénybe vett szolgáltatás.

4.1. A második orvosi vélemény szolgáltatást EESZ az alábbi betegségek esetén biztosítja:

- Az életet fenyegető rosszindulatú daganatos megbetegedés
- Szívbetegség, szív- és érsebészeti beavatkozást szükségessé tevő kórképek
- Szervátültetések

- Neurológiai és idegsebészeti betegségek
- Az idegrendszer degeneratív betegségei és szklerózis multiplex
- A veseelégtelenség következtében kialakult betegségek és állapotok
- Az életet fenyegető egyéb betegség vagy nagy bonyolultságú beavatkozás szükségessége.
- A felsoroltakon kívüli betegségek, állapotok esetén EESZ a második orvosi vélemény biztosítása tekintetében mérlegelési jogkörrel rendelkezik. A második orvosi vélemény örökletes vagy vele született betegségek illetve rendellenességek esetén nem vehető igénybe.

#### 4.2. A nemzetközi második orvosi vélemény szolgáltatás működése:

- Biztosított az EESZ-nél bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét.
- EESZ ellenőrzi, hogy a kérelmező a szolgáltatás igénybe vételére jogosult-e.
- EESZ jogi nyilatkozatot és a szolgáltatás igényléséhez szükséges adatlapot küld a Biztosítottnak.
- Biztosított az adatlap kitöltésével, valamint jogi nyilatkozat aláírásával, és mindezek EESZ részére történő megküldésével írásban kezdeményezi a szolgáltatás igénybevételét.
- EESZ a szolgáltatás iránti igényt orvos-szakmai szempontok alapján elbírálja
- EESZ a kiválasztott nemzetközi szakorvostól/októl beszerzi a második orvosi véleményt,
- EESZ a Biztosítottal egyeztetett módon, de mindenképpen írásban (email, telefax, nyomtatott formában postai küldeményként) megküldi a Biztosított részére a szakvéleményt.
- EESZ ezt követően a második orvosi vélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló további konzultációt biztosít a Biztosított számára.

#### 4.3. A nemzetközi második orvosi vélemény szolgáltatás feltételei:

- A második orvosi véleményt minden esetben a Biztosított kezelőorvosai által készített leletek és a már felállított diagnózis alapján készül, a Biztosított személyes kivizsgálására e szolgáltatás keretei között nincs lehetőség.
- Biztosított csak akkor jogosult a második orvosi vélemény igénybevételére, ha őt előtte a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos megvizsgálta, és a vizsgálatról leleteket készített, illetve írásos diagnózist állított fel.
- A második orvosi vélemény igénylésekor a kérelemhez az Ügyfélnek csatolnia kell az esetről készült orvosi / kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetmintákat, és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti diagnózist, továbbá csatolnia kell a EESZ által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket. A Biztosított kérésére és felhatalmazásával EESZ kapcsolatba léphet a kezelőorvossal, hogy megbeszélje vele az esetet, és bekérje tőle a megfelelő második orvosi véleményhez szükséges információt.
- A második orvosi vélemény iránti kérelem benyújtása magyar nyelven történik. A kérelem megválaszolása magyarul és angolul történik. A magyar és angol szöveg közti eltérés esetén az angol nyelvű szöveg az irányadó.
- EESZ által nyújtott második orvosi vélemény a benyújtott adatok megbízhatóságától és pontosságától függ.
- Biztosított által kapott második orvosi véleményt nem használható fel a Biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.
- EESZ nem vállal semmilyen felelősséget a nyújtott információ helytelen értelmezéséért vagy felhasználásáért. Ezen információ nem szolgálhat tudományos vagy jogi bizonyítékként, jogi eljárásban történő felhasználáshoz EESZ nem járul hozzá.
- A második orvosi vélemény elkészítésének határideje 20 munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges összes dokumentum és lelet EESZ rendelkezésére áll.

- Az EESZ, a Biztosító a biztosítottra vonatkozó kockázatviselésének kezdetétől számított három (3) hónapon belül kizárólag baleset esetén nyújt szolgáltatást.
- Biztosított a második orvosi vélemény tárgyát képező betegség kapcsán a külföldi gyógykezelése megszervezését is kérheti, mely kapcsán az Ellátásszervező az alábbi szolgáltatásokat nyújtja: a megfelelő kórház kiválasztása és javaslattevel Biztosított részére; árajánlat beszerzése a javasolt kórháztól; a kórházi kezelés időpontjának egyeztetése.

#### **A szolgáltatási igény elfogadásának feltételei**

- 1.4. A biztosítási esemény bejelentését az EESZ telefonos elérhetőségén keresztül kell megtenni.
- 1.5. A szolgáltatás igénylésekor a Biztosítottnak az alábbi dokumentumokat kell email-en, faxon vagy postai úton eljuttatnia az EESZ-nek:
  - laborvizsgálatra, diagnosztikai vizsgálatra, egészségügyi ellátásra szóló beutaló, vagy szakorvosi javaslat,
  - releváns szakorvosi ellátásról szóló dokumentáció, amely igazolja, hogy a Biztosított az egészségi állapotával kapcsolatos szakorvosi ellátást vett igénybe,
  - vonatkozó egyéb orvosi dokumentumok (pl.: kórházi zárójelentések, ambuláns lapok stb.).
- 1.6. Az EESZ az elbírálási folyamat során meghatározott dokumentumok beérkezésétől számított 5 munkanapon belül további kiegészítő dokumentumokat kérhet be. Amennyiben a Biztosító orvosa a benyújtott dokumentumok alapján megállapítja, hogy a Biztosított laborvizsgálata, diagnosztikai vizsgálata, egészségügyi ellátása orvosilag nem indokolt vagy, hogy a beutalót, illetve vizsgálati javaslatot a Biztosított egészségi állapota szempontjából nem releváns szakorvos állította ki, a Biztosító jogosult a szolgáltatási igényt elutasítani.
- 1.7. A Biztosított legkésőbb a szolgáltatás igénylésekor felhatalmazást ad a Biztosítónak a közölt adatok ellenőrzésére. A Biztosított felhatalmazza kezelőorvosait, az őt kezelő kórházakat és egészségügyi intézményeket, a társadalombiztosítási szervet és a társadalombiztosítási kifizetőhelyeket, hogy az általuk nyilvántartott – a kockázat elvállalásával és a biztosítási esemény bekövetkezésével összefüggő, a Biztosított egészségi állapotára és egészségbiztosítási ellátásaira vonatkozó – adatokat a Biztosítónak és a Biztosító által EESZ, a Keretszerződés teljesítésében közreműködő ellátásszervezőnek kérésére, átadják. A fenti felhatalmazások hiányában a Biztosított nem jogosult a Biztosító szolgáltatásainak igénybevételére.

**Járóbeteg-ellátást nyújtó orvos-szakmák**

A Gondoskodás Plusz Csoportos betegségbiztosítás kizárólag a jelen Függelékben meghatározott orvos-szakmák járóbeteg-ellátásaira terjed ki.

| <b>Orvos-szakmák</b> |
|----------------------|
| Allergológia         |
| Angiológia           |
| Baleseti sebészet    |
| Belgyógyászat        |
| Bőrgyógyászat        |
| Diabetológia         |
| Endokrinológia       |
| Érsebészet           |
| Fül-orr-gégészet     |
| Gastroenterológia    |
| Hematológia          |
| Idegsebészet         |
| Infektológia         |
| Kardiológia          |
| Kézsebészet          |
| Nefrológia           |
| Neurológia           |
| Onkológia            |
| Ortopédia            |
| Patológia            |
| Reumatológia         |
| Sebészet             |
| Szemészet            |
| Nőgyógyászat         |
| Tüdőgyógyászat       |
| Urológia             |

**Labor és diagnosztikai vizsgálatok listája**

**A Gondoskodás Plusz Csoportos betegségbiztosítás kizárólag a jelen Függelékben meghatározott laborvizsgálatokra és diagnosztikai vizsgálatokra nyújt fedezetet.**

| <b>Labor és diagnosztikai vizsgálatok</b>  |
|--|
| Vérvizsgálat (vérkép, vörösvérsejt-süllyedés (We), vércukor, koleszterin/összkoleszterin, HDL, LDL/, triglicerid, véralvadás-vizsgálat, TSH, FT3, FT4, PSA, hgA1c, INR, húgysav, CK, ionok, crp) |
| Teljes vizeletvizsgálat  |
| Széketvizsgálat: széklet bakteriológiai vizsgálata, széklet immun vérteszt   |
| Fertőzésvizsgálat  |
| Terhesség megállapítása  |
| Hematológia  |
| Szerológia – immunológiai vizsgálat (immunológus által előírt)   |
| PCR  |
| Hormonvizsgálat  |
| Tumor- és rákmarkerek  |
| Toxikológiai vizsgálatok   |
| Genetikai vizsgálatok  |
| Biopszia   |
| Endoszkópia (altatás nélkül)   |
| H2 kilégzés teszt  |
| Ureáz teszt  |
| Mammográfia  |
| Izotóp vizsgálatok   |
| Ultrahang  |
| Standard röntgen vizsgálatok   |
| ABPM   |
| Arteriográf  |
| Csontsűrűség vizsgálat   |
| EKG (12 elvezetéses)   |
| Holter Monitorozás   |
| Terheléses EKG   |
| Patológia  |
| Epicutan allergia teszt  |
| Dermatoszkópos vizsgálat   |
| Audiológiai vizsgálat  |
| Hüvelycitológia  |
| Szcintigráfia  |
| Spirometria  |
| Kontrasztanyag Röntgen vizsgálatok   |
| Neurológiai elektrofiziológiai vizsgálatok   |