

## **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ**

### **A. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ.**

- Η Universal Life θα ορίσει ένα άτομο το οποίο θα είναι υπεύθυνο για το Σχέδιο Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης του Πανεπιστημίου Κύπρου.
- Το Πανεπιστήμιο Κύπρου θα πρέπει να ορίσει ένα άτομο το οποίο θα είναι υπεύθυνο για το σχέδιο Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης σας.  
Το άτομο αυτό θα είναι υπεύθυνο για την παραλαβή των απαιτήσεων για όλους τους ασφαλισμένους. Οι απαιτήσεις θα πρέπει να αποστέλλονται στο υπεύθυνο άτομο του σχεδίου από όλους τους υπαλλήλους και αφού σφραγισθούν θα πρέπει να αποστέλλονται μια φορά τον μήνα στην Universal Life.  
Μετά την διεκπεραίωση των απαιτήσεων (1 μήνας) από την Universal Life οι επιταγές για τους υπαλλήλους θα αποστέλλονται στο υπεύθυνο άτομο του σχεδίου και θα πρέπει να παραδίδονται στον κάθε υπάλληλο ξεχωριστά.
- Οποιοσδήποτε απορίες, ερωτήσεις ή διευκρινίσεις θα γίνονται μέσω του υπεύθυνου ατόμου του σχεδίου στο Πανεπιστήμιο, στον κ. Παναγιώτη Παλάτο υπεύθυνο άτομο που έχει ορισθεί από την Universal Life, ο οποίος θα φροντίζει να έχετε απάντηση το αργότερο μέσα σε 24 ώρες.

### **B. ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΈΞΟΔΑ ΠΟΥ ΈΧΟΥΝ ΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ.**

- Σε όλες τις περιπτώσεις είναι απαραίτητο να υπάρχει έντυπο απαίτησης (επισυνάπτεται) πλήρως συμπληρωμένο και υπογραμμένο από τον ασφαλισμένο και από τον θεράπων ιατρό συνοδευόμενο από όλες τις αναγκαίες πληροφορίες και όλες τις πρωτότυπες αποδείξεις. Παρακαλούμε φροντίζετε όπως οι απαιτήσεις πρέπει να υποβάλλονται το συντομότερο δυνατό και πρέπει να παραλαμβάνονται από την Universal Life το αργότερο μέσα σε τρεις μήνες από την ημερομηνία επίσκεψης στον γιατρό.
- Οι απαιτήσεις σας θα εξετάζονται και θα γίνονται όλες οι κατάλληλες πληρωμές βάση των όρων και κανονισμών του συμβολαίου, μέσα σε διάστημα 1 μήνα από την ημερομηνία παραλαβής τους.
- Η Universal Life θα σας στέλνει επίσης μια Κατάσταση Ωφελημάτων επιβεβαιώνοντας το ποσό που πληρώθηκε για την κάθε απαίτηση.
- Σε περίπτωση που χρειάζονται επιπρόσθετα δικαιολογητικά το αίτημα θα προχωρά σε μερική κάλυψη ή απόρριψη της απαίτησης για αποζημίωση, και θα αποστέλλεται το αργότερο σε ένα (1) μήνα τεκμηριωμένη αιτιολόγηση.

### **Γ. ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΈΞΟΔΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΈΧΟΥΝ ΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ/ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΔΙΑΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ.**

- Μπορεί να γίνει απ'ευθείας διακανονισμός των λογαριασμών σας σε περίπτωση διαμονής σε Νοσοκομείο ή Κλινική που είναι ενταγμένα στο Δίκτυο Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων της Universal Life (επισυνάπτεται).

Αν το Νοσοκομείο/Κλινική δεν είναι ενταγμένο στο Δίκτυο της Universal Life μπορεί να γίνει απ' ευθείας διακανονισμός των λογαριασμών σας εάν μας ειδοποιήσετε τουλάχιστον δύο εβδομάδες πριν την ημερομηνία της εισαγωγής σας στο Νοσοκομείο/Κλινική.

- Κατά την εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο/Κλινική δώστε την Κάρτα Συμμετοχής σας και ζητήστε από το Νοσοκομείο/Κλινική να προχωρήσει σε απ' ευθείας διακανονισμό με την Universal Life.
- Κατά την απόλυση σας ζητήστε από το Νοσοκομείο/Κλινική να στείλει ένα συμπληρωμένο έντυπο απαίτησης και το τιμολόγιο στην Universal Life. Η πληρωμή θα γίνει στο Νοσοκομείο/Κλινική μέσα σε 28 εργάσιμες ημέρες μετά την παραλαβή των πιο πάνω.
- Θα σας σταλεί μια κατάσταση ωφελημάτων (benefit statement) όπου θα αναγράφεται τι έχει πληρωθεί στο Νοσοκομείο/Κλινική και αν υπάρχουν οποιαδήποτε ποσά που θα πρέπει να πληρωθούν από εσάς, με βάση τους όρους του συμβολαίου.

#### Δ. ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΣ ΤΟ ΈΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

Το έντυπο απαίτησης είναι το πιο σημαντικό έγγραφο όταν υποβάλλεται μια απαίτηση. Εάν είναι συμπληρωμένο ορθά θα μας βοηθήσει στην γρήγορη διαδικασία εξέτασης της απαίτησης σας.

##### **Το έντυπο απαίτησης**

Εάν δεν είναι συμπληρωμένο ορθά τότε η διαδικασία της εξέτασης της απαίτησης θα καθυστερήσει.

##### **Πληροφορίες Μέλους και Ασθενούς**

Συμπληρώνεται από το άτομο που λαμβάνει την θεραπεία. Εάν το άτομο αυτό είναι κάτω των 18 ετών τότε το μέρος αυτό συμπληρώνεται από τον κυρίως ασφαλιζόμενο.

Παρακαλούμε όπως χρησιμοποιείτε κεφαλαία γράμματα

Παρακαλούμε όπως αναγράψετε τον Αριθμό του Ομαδικού σας Σχεδίου και τον Αριθμό Συμμετοχής σας (εάν γνωρίζετε).

Είναι αναγκαίο να έχουμε το ονοματεπώνυμο του ασθενή και την ημερομηνία γεννήσεως του.

Παρακαλούμε όπως απαντήσετε την κάθε ερώτηση πλήρως, όπου είναι δυνατό.

##### **Δήλωση ασθενούς και συγκατάθεση**

Βεβαιωθείτε ότι το μέρος αυτό είναι υπογραμμένο από τον ασθενή. Εάν ο ασθενής είναι κάτω των 18 ετών βεβαιωθείτε ότι το μέρος αυτό είναι υπογραμμένο από τον κυρίως ασφαλιζόμενο.

##### **Δήλωση ιατρού**

Το μέρος αυτό πρέπει να είναι συμπληρωμένο και υπογραμμένο από τον θεράποντα ιατρό του ασθενή.

Η Universal Life δεν είναι υπεύθυνη για οποιανδήποτε χρέωση από τον θεράποντα ιατρό για την συμπλήρωση του εντύπου αυτού.

Βεβαιωθείτε ότι ο θεράπωντας ιατρός έχει συμπληρώσει πλήρως το έντυπο αυτό, ότι έχουν αναγραφεί η Ιατρική Κατάσταση, οι σχετικές ημερομηνίες, το ιατρικό ιστορικό και οι λεπτομέρειες της θεραπείας και οποιαδήποτε μελλοντική θεραπεία μπορεί να ακολουθηθεί.

Βεβαιωθείτε ότι ο θεράπων ιατρός έχει δώσει όλες τις σχετικές πληροφορίες για την νοσηλεία σας συμπεριλαμβανόμενης της ημερομηνίας εγχείρησης σας (εάν αυτή είναι η περίπτωση).

Βεβαιωθείτε ότι το μέρος αυτό έχει την υπογραφή του θεράποντα ιατρού και ημερομηνία.

#### **Άλλες ασφαλίσσεις και δικαίωμα ανάκτησης.**

Το μέλος θα πρέπει να μας ενημερώσει στο έντυπο απαίτησης αν κάποια από τα έξοδα μπορούν να απαιτηθούν από οποιαδήποτε άλλη πηγή ή από άλλο συμβόλαιο. Αν αυτό συμβαίνει τότε:

- αν υπάρχει και άλλο συμβόλαιο, τότε θα καλύψουμε αποκλειστικά το δικό μας μέρος, ή
- αν υπάρξει απαίτηση για ωφελήματα προς μέλος του οποίου ο τραυματισμός ή η ιατρική κατάσταση προκλήθηκε από άλλο πρόσωπο (τον “τρίτο”), θα καταβάλλουμε τα ωφελήματα που μπορεί να απαιτήσει το μέλος στο πλαίσιο του συμβολαίου αυτού (εκτός αν καλύπτονται από άλλο συμβόλαιο, οπότε θα καταβάλλουμε αποκλειστικά το μέρος των ωφελημάτων που μας αναλογεί) ωστόσο κατά την καταβολή των ωφελημάτων αυτών, αποκτούμε δικαίωμα ανάκτησης του ποσού των ωφελημάτων από τρίτους, τόσο μέσω των όρων του συμβολαίου όσο και από το νόμο. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να μας ενημερώσετε το ταχύτερο δυνατό ότι ο τραυματισμός ή η ιατρική κατάσταση προκλήθηκε εξ υπαιτιότητας τρίτου. Έπειτα, θα σας αποστείλουμε ένα έντυπο φόρμας, στο οποίο το μέλος μπορεί να μας δώσει πλήρεις γραπτές πληροφορίες.

#### **Διορισμός ανεξάρτητων ιατρών.**

Μπορούμε να διορίσουμε και να καλύψουμε την αμοιβή ενός ανεξάρτητου ιατρού προκειμένου να μας συμβουλευθεί επί των ιατρικών θεμάτων που ενέχονται σε οποιαδήποτε απαίτηση. Εφόσον απαιτείται από την εταιρεία μας, ο ανεξάρτητος ιατρός θα εξετάσει επίσης ιατρικώς το μέλος που κατέθεσε το έντυπο απαίτησης και θα μας καταθέσει σχετική έκθεση. Το μέλος θα πρέπει να συνεργαστεί με τον ανεξάρτητο ιατρό, διαφορετικά, δεν θα πληρώσουμε την απαίτηση.

#### **Ανειλικρίνεια/Ψευδείς απαιτήσεις.**

Αν κάποιο μέλος καταθέσει ανειλικρινή απαίτηση:

- δεν θα καταβάλλουμε ωφελήματα για την απαίτηση αυτή και
- αν έχουμε ήδη καταβάλει ωφέλημα για την απαίτηση αυτή, πριν ανακαλύψουμε την ανειλικρίνεια, μπορούμε να ανακτήσουμε το ποσό του ωφελήματος από εσάς.

#### **Χαριστικές Πληρωμές.**

Τυχόν χαριστικές πληρωμές ωφελημάτων που γίνονται λόγω εύνοιας εκ μέρους μας και τις οποίες συνεπώς δεν δικαιούσατε θα συμπεριλαμβάνονται στα τυχόν ανώτατα ετήσια όρια που ισχύουν για οποιοδήποτε ωφέλημα.

### **Ε. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ**

#### **1. Σε ποιες περιπτώσεις χρειάζομαι καινούριο Έντυπο Απαίτησης;**

(α) καινούριο έντυπο απαίτησης είναι αναγκαίο για κάθε περίοδο νοσηλείας

(β) μία φορά κάθε 6 μήνες για συνεχιζόμενη εξωνοσοκομειακή θεραπεία

(γ) για κάθε καινούρια ιατρική κατάσταση που χρήζει νοσηλείας ή εξωνοσοκομειακής θεραπείας ή για επιβεβαίωση κάλυψης των εξόδων

**2. Σε ποιο σημείο της θεραπείας συμπληρώνω το έντυπο απαίτησης;**

Το έντυπο απαίτησης πρέπει να συμπληρώνεται στην πρώτη επίσκεψη σας στον θεράποντα ιατρό. Εάν δεν ακολουθείτε κάποια θεραπεία ακόμη, αλλά θέλετε να επιβεβαιώσετε ότι τα έξοδα της θεραπείας που θα ακολουθήσετε καλύπτονται, προσκομίστε ένα συμπληρωμένο έντυπο απαίτησης πριν κάνετε οποιαδήποτε έξοδα. Αν όμως ακολουθείτε ήδη κάποια θεραπεία τότε πρέπει να προσκομίσετε το έντυπο απαίτησης και τις πρωτότυπες αποδείξεις.

**3. Εάν η εισαγωγή σε νοσοκομείο είναι για επείγον περιστατικό;**

Εάν η θεραπεία που σας δίδεται είναι για επείγον περιστατικό, τότε δεν μπορείτε να μας ειδοποιήσετε από πριν. Ζητήστε όμως από κάποιον να μας ειδοποιήσει το συντομότερο δυνατό και να βεβαιωθεί ότι το Νοσοκομείο/Κλινική έχει την Κάρτα Συμμετοχής σας, ούτως ώστε να μας ειδοποιήσει αμέσως.