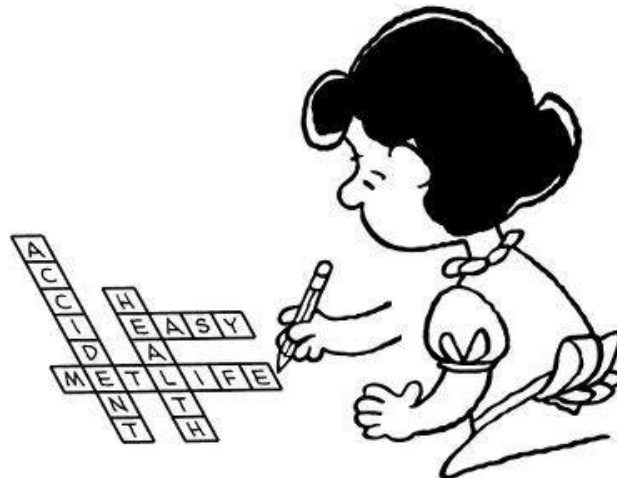


# Advanced Benefit Club

2015



042214 Lucy doing puzzle.ai

## ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

800 800 99 99 (χωρίς χρέωση από σταθερό)

210 61 27 722 (από κινητό)

24 ώρες το 24ωρο

365 ημέρες το χρόνο

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### Τι είναι το Advanced Benefit Club (ABC);

---

Είναι ένα Δυναμικό Σύστημα Παροχών που βρίσκεται κοντά σας 24 ώρες το 24ωρο, 365 ημέρες το χρόνο, για άμεση καθοδήγηση και απάντηση σε ερωτήσεις, αλλά και για το συντονισμό των ιατρικών υπηρεσιών που θα χρειαστείτε.

Το ABC έχει δημιουργηθεί με σκοπό να σας διευκολύνει, παρέχοντάς σας υψηλού επιπέδου υπηρεσίες σε πολύ χαμηλότερο κόστος, βοηθώντας σας **να εξοικονομήσετε χρήματα και χρόνο**.

### Ποιοι έχουν πρόσβαση στο Advanced Benefit Club;

---

- **Ατομικά Προγράμματα:**  
Όλοι οι κάτοχοι προγραμμάτων Ατυχημάτων και Υγείας (A&H) έχουν πρόσβαση στο Advanced Benefit Club.
- **Ομαδικά Προγράμματα:**  
Όλοι οι Ενεργοί Ασφαλισμένοι μέσω των εταιρικών ομαδικών προγραμμάτων έχουν πρόσβαση στο Advanced Benefit Club.

### Τι πληροφορίες δίνει το Συντονιστικό Κέντρο του Advanced Benefit Club;

---

- **Ενημερώνει** για Εφημερεύοντα / Διανυκτερεύοντα Φαρμακεία και Νοσοκομεία.
- **Παρέχει** Ιατρικές Συμβουλές σε επείγοντα περιστατικά (τρόπους αντιμετώπισης, καθοδήγηση και Πρώτες Βοήθειες).
- **Παρέχει** Απλές Ιατρικές Συμβουλές.
- **Πληροφορεί** σχετικά με τις ισχύουσες, τη δεδομένη στιγμή, συνεργασίες (Νοσοκομεία, Διαγνωστικά Κέντρα και Γιατρούς).
- **Καθοδηγεί** για τη διαδικασία ενεργοποίησης των Προνομίων του ABC.

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

**Ποιά διαδικασία πρέπει να ακολουθήσετε σε περίπτωση που χρειαστεί να νοσηλευθείτε σε συνεργαζόμενο νοσοκομείο με το Advanced Benefit Club;**

Η διαδικασία είναι η εξής:

- Καλείτε στο Συντονιστικό Κέντρο του Advanced Benefit Club (**800 800 99 99** από σταθερό χωρίς χρέωση ή στο **210 61 27 722** από κινητό) για την αναγγελία της νοσηλείας και αναφέρετε το ονοματεπώνυμό σας, την ημερομηνία γέννησής σας και:
  - εφόσον καλύπτεστε από **Ατομικό Πρόγραμμα**: τον αριθμό του Ασφαλιστηρίου σας
  - εφόσον καλύπτεστε από **Ομαδικό Πρόγραμμα**: το όνομα της εταιρίας από το πρόγραμμα της οποίας καλύπτεστε.
  - εφόσον καλύπτεστε τόσο από **Ατομικό, όσο και Ομαδικό Πρόγραμμα**: τον αριθμό του ατομικού ασφαλιστηρίου σας και την επωνυμία της εταιρίας από το πρόγραμμα της οποίας καλύπτεστε, ώστε να υπάρξει κάλυψη και από τα 2 προγράμματα.
- Ενημερώνετε το Συντονιστικό Κέντρο του Advanced Benefit Club για τη νοσηλεία σας:
  - Εάν πρόκειται για **προγραμματισμένη νοσηλεία**, τουλάχιστον 2 ημέρες νωρίτερα.
  - Εάν πρόκειται για **επείγον περιστατικό**, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (εσείς ή κάποιος συγγενής σας).
- ❖ Για την αναγγελία, θα πρέπει να αναφέρετε:
  - Το Όνομα του Νοσοκομείου
  - Την Ημερομηνία Εισαγωγής
  - Τη Φύση πάθησης
  - Τον Κύριο Φορέα Ασφάλισής σας.



### **ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΥΡΙΟΥ ΦΟΡΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ:**

Κατά την προσέλευσή σας στο νοσοκομείο, δίνετε το Βιβλιάριο Ασθενείας του Κυρίου Φορέα Ασφάλισης και ενημερώνετε την Γραμματεία ότι θέλετε να κάνετε χρήση του ταμείου σας για να προχωρήσει στην Αναγγελία.

## A. ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

### ❖ Απευθείας Αποζημίωση:

Σε περίπτωση που νοσηλευθείτε σε ένα από τα παρακάτω νοσοκομεία:

- Υγεία
  - Μητέρα
  - Metropolitan
  - Ευρωκλινική Παιδων
  - Πειραιϊκό Θεραπευτήριο
  - Βιοκλινική Αθηνών, Πειραιά, Θεσσαλονίκης
  - Mediterraneo
  - Άγιο Λουκά Θεσσαλονίκης
- Κατά την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο, θα κληθείτε να υπογράψετε - εφόσον το επιθυμείτε - μια εξουσιοδότηση προς τη MetLife για την **εφαρμογή της απευθείας πληρωμής του ποσού που θα καλύψει το πρόγραμμά σας.**
  - Κατά την έξοδό σας από το νοσοκομείο, σε περίπτωση που έχετε ενεργοποιήσει τη διαδικασία Απευθείας Πληρωμής, θα υπογράψετε συναλλαγματική που θα σας καλύπτει μέχρι την ημερομηνία οριστικής απάντησης από τη MetLife, με μέγιστο τους 2 μήνες.
  - Όταν ολοκληρωθεί η διαδικασία της αποζημίωσής σας, θα σας ενημερώσουν από το νοσοκομείο για τυχόν υπόλοιπο προς εξόφληση.
  - Σε περίπτωση που κατά την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο δεν υπογράψετε την εξουσιοδότηση, θα εφαρμοστεί η απολογιστική αποζημίωση, όπως περιγράφεται παρακάτω.

### ❖ Απολογιστική Αποζημίωση:

Σε περίπτωση νοσηλείας σας στα υπόλοιπα νοσοκομεία που είναι συμβεβλημένα με το ABC:

- Κατά την είσοδό σας στο νοσοκομείο και αφού έχετε προβεί στην αναγγελία της νοσηλείας σας στο Συντονιστικό Κέντρο, ενημερώνετε τη γραμματεία ότι είστε ασφαλισμένος/η της MetLife ώστε να επωφεληθείτε των προνομιακών τιμών.
- Κατά την έξοδό σας από το νοσοκομείο, συναλλάσσετε με το νοσοκομείο για την οφειλή και παίρνετε όλα τα τιμολόγια, τα οποία και υποβάλλετε στη MetLife για την αποζημίωσή σας απολογιστικά, βάσει των όρων του προγράμματός σας.

## B. ΟΜΑΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Σε περίπτωση που καλύπτεστε από Ομαδικό Πρόγραμμα:**

- Κατά την είσοδό σας στο νοσοκομείο, αναφέρετε ότι είστε ασφαλισμένος στη MetLife με ομαδικό πρόγραμμα, ώστε να εφαρμοσθεί η απευθείας κάλυψη στη νοσηλεία, βάσει των όρων του προγράμματός σας.
- Κατά την έξοδό σας από το νοσοκομείο, καταβάλετε τη συμμετοχή σας στο κόστος της νοσηλείας.

## Γ. ΑΤΟΜΙΚΟ & ΟΜΑΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Σε περίπτωση που καλύπτεστε τόσο από Ατομικό, όσο και από Ομαδικό Πρόγραμμα:**

- Αναφέρετε στο νοσοκομείο ότι έχετε και Ατομικό και Ομαδικό πρόγραμμα με τη MetLife.
- Κατά την έξοδό σας από το νοσοκομείο πληρώνετε τη συμμετοχή σας στο κόστος της νοσηλείας.

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

**Ποιά διαδικασία πρέπει να ακολουθήσετε σε περίπτωση που χρειαστεί να υποβληθείτε σε διαγνωστικές εξετάσεις σε συνεργαζόμενο διαγνωστικό κέντρο του Advanced Benefit Club;**

Η διαδικασία είναι η εξής:

- Καλείτε στο Συντονιστικό Κέντρο του Advanced Benefit Club και ενημερώνετε για το πλησιέστερο, στην περιοχή που θέλετε, συνεργαζόμενο διαγνωστικό κέντρο.
- Ζητάτε από το Συντονιστικό Κέντρο του Advanced Benefit Club το τηλέφωνο του διαγνωστικού κέντρου ή συνδέεστε απευθείας για το συντονισμό του ραντεβού σας ανάλογα με την εξέταση που επιθυμείτε.
- Κατά την προσέλευσή σας στο διαγνωστικό κέντρο, θα πρέπει να προσκομίσετε:
  - Αστυνομική Ταυτότητα
  - Κάρτα ABC

### A. ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Σε περίπτωση που καλύπτεστε από Ατομικό Πρόγραμμα:**

- Δείχνετε το παραπεμπτικό του γιατρού με τις εξετάσεις για τις οποίες σας παραπέμπει.
- Επωφελείστε από τις προνομιακές τιμές της MetLife.

### B. ΟΜΑΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Σε περίπτωση που καλύπτεστε από Ομαδικό Πρόγραμμα:**

- Το παραπεμπτικό του Γιατρού θα πρέπει να γράφει το ονοματεπώνυμό σας, την φύση της πάθησης ή το σύμπτωμα που σας παραπέμπει ο γιατρός για εξετάσεις, καθώς και τις σχετικές εξετάσεις.

#### ❖ Απευθείας Αποζημίωση

Σε περίπτωση που επισκεφθείτε το διαγνωστικό κέντρο που έχει επιλέξει η εταιρία σας για την απευθείας αποζημίωση των εξετάσεων με βάση το ομαδικό πρόγραμμα από το οποίο καλύπτεστε:

- Εφόσον το παραπεμπτικό πληροί τις παραπάνω προδιαγραφές, πληρώνετε μόνο τη συμμετοχή σας στο κόστος των εξετάσεων.
- Εφόσον προσκομίσετε παραπεμπτικό του ΕΟΠΥΥ, θα πληρώσετε τη συμμετοχή σας σύμφωνα με το τιμολόγιο του ΕΟΠΥΥ. Προσκομίζοντας το τιμολόγιο του διαγνωστικού κέντρου με τη συμμετοχή σας και φωτοτυπία του παραπεμπτικού του ΕΟΠΥΥ, αποζημιώνετε για τη συμμετοχή σας στο 100%, εφόσον το ορίζει το πρόγραμμά σας.



#### **ΕΟΠΥΥ**

*Η διαδικασία Αποζημίωσης του ΕΟΠΥΥ βασίζεται στις ισχύουσες καλύψεις και διαδικασίες. Οποιαδήποτε αλλαγή σε αυτές μπορεί να αποφέρει αλλαγές στη συγκεκριμένη διαδικασία.*

### ❖ Απολογιστική Αποζημίωση

Σε περίπτωση που επισκεφθείτε ένα οποιοδήποτε άλλο συνεργαζόμενο διαγνωστικό κέντρο του Advanced Benefit Club:

- Επωφελείστε από τις προνομιακές τιμές της MetLife.
- Προσκομίζετε τα δικαιολογητικά στη MetLife για αποζημίωση με βάση τους όρους του προγράμματός σας.



*Η ειδικότητα του γιατρού θα πρέπει να συνάδει με τη φύση της πάθησης ή το σύμπτωμα που αναγράφεται στο παραπεμπτικό.*

## ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΓΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ

**Ποιά διαδικασία πρέπει να ακολουθήσετε σε περίπτωση που θέλετε να επισκεφθείτε συνεργαζόμενο γιατρό του Advanced Benefit Club;**

Η διαδικασία είναι η εξής:

- Τηλεφωνείτε στο Συντονιστικό Κέντρο του Advanced Benefit Club και αναφέρετε την ειδικότητα του γιατρού που θέλετε να επισκεφθείτε, στην περιοχή που επιθυμείτε.
  - Επιπλέον, μπορείτε να ρωτήσετε αν ο δικός σας γιατρός είναι μέσα στο δίκτυο με τους συνεργαζόμενους γιατρούς του Advanced Benefit Club.
- Το Συντονιστικό Κέντρο σας παραθέτει τις επιλογές που έχετε και επιλέγετε σε ποιο γιατρό θέλετε να κλείσετε το ραντεβού.
- Το κόστος της επίσκεψης για την κλινική εξέταση στο ιδιωτικό ιατρείο είναι **20€**, ενώ υπάρχει δυνατότητα να καλέσετε γιατρό στο σπίτι. Η τιμή της επίσκεψης τις καθημερινές (μέχρι τις 22:00) είναι **50€** και Σαββατοκύριακα, αργίες ή μετά τις 22:00 είναι **60€**.

### A. ΑΤΟΜΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Σε περίπτωση που καλύπτεστε από Ατομικό Πρόγραμμα:**

- Μπορείτε να κλείσετε ραντεβού με τον συμβεβλημένο γιατρό που επιθυμείτε καταβάλλοντας **20€** για την κλινική επίσκεψη. Επιπλέον, σε περίπτωση που χρειαστεί και διαγνωστική εξέταση μέσα στο ιατρείο, το κόστος είναι προσυμφωνημένο και χαμηλότερο από ό,τι αν πηγαίνατε ως ιδιώτης.

### B. ΟΜΑΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**Σε περίπτωση που καλύπτεστε από Ομαδικό Πρόγραμμα:**

- Μπορείτε να κλείσετε ραντεβού με τον συμβεβλημένο γιατρό που επιθυμείτε, καταβάλλοντας **20€** για την κλινική επίσκεψη. Επιπλέον, σε περίπτωση που χρειαστεί και διαγνωστική εξέταση μέσα στο ιατρείο, το κόστος είναι προσυμφωνημένο και χαμηλότερο από ό,τι αν πηγαίνατε ως ιδιώτης. Η κλινική εξέταση στον συμβεβλημένο γιατρό καλύπτεται από την Ομαδική ασφάλεια.

Η αποζημίωση γίνεται:

- **Απευθείας Αποζημίωση:** Η MetLife καταβάλλει απευθείας στο γιατρό για το ποσό για τη Κλινική Εξέταση, με βάση τους όρους του ομαδικού προγράμματος της εταιρίας που εργάζεστε.
- **Απολογιστική Αποζημίωση:** Πληρώνετε το γιατρό και προσκομίζετε την απόδειξη για αποζημίωση με βάση τους όρους του ομαδικού προγράμματος της εταιρίας που εργάζεστε.

### Διαδικασία Υποβολής Αναφορών

---

Σε περίπτωση που διαπιστώσετε ότι κάτι από τα πιο πάνω αναφερόμενα δεν λειτουργήσε με τον τρόπο που περιγράφουμε, τότε παρακαλούμε να συμπληρώσετε το επισυναπτόμενο έντυπο (τελευταία σελίδα) με τα στοιχεία σας και την περιγραφή του περιστατικού, προκειμένου να διερευνήσουμε την περίπτωση και να βελτιώσουμε περαιτέρω τα αδύνατα σημεία, επικοινωνώντας παράλληλα με τον Ασφαλιστικό σας Σύμβουλο ή τον υπεύθυνο διαχείρισης προγράμματος της εταιρίας από το πρόγραμμα της οποίας καλύπτεστε.

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΜΗ ΣΥΜΜΟΡΦΟΥΜΕΝΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

που παρουσιάστηκε κατά τη λειτουργία του  
**Advanced Benefit Club**

- Η αναφορά συντάσσεται και υπογράφεται από τον ασφαλισμένο ή τον αντισυμβαλλόμενο του προγράμματος και σχετίζεται με τις προσφερόμενες υπηρεσίες του Advanced Benefit Club.
- Το παρόν έντυπο δεν αποτελεί αίτηση\* αλλά εργαλείο για την περαιτέρω βελτίωση των υπηρεσιών που σας προσφέρουμε και αποστέλλεται στο τμήμα **Advanced Benefit Club**, υπόψη **κας Μπαζίνη Σοφίας** (Λ. Κηφισιάς 119, 15124, Μαρούσι, Τηλ. **210 8787000 (εσωτ. 446)**, Fax. **210 6127612**, E-mail: [sofia.bazini@metlife.gr](mailto:sofia.bazini@metlife.gr))

\* Εάν επιθυμείτε να υποβάλλετε αίτηση εμπύπτουσα στο πεδίο εφαρμογής της υπ' αριθμόν 3/08/01/2013 απόφασης της ΤτΕ, παρακαλούμε επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας [www.metlife.gr](http://www.metlife.gr) (στην ενότητα Διαφάνεια στην Πράξη) για περισσότερες πληροφορίες για τη σχετική διαδικασία.

<b>Όνοματεπώνυμο Συντάκτη</b> (Συμπληρώνεται το ονοματεπώνυμο του ατόμου που συντάσσει την αναφορά)	
<b>Αριθμός Ασφαλιστηρίου</b> (Συμπληρώνεται ο αριθμός του ασφαλιστηρίου του Ασφαλισμένου)	
<b>Είδος Ασφαλιστηρίου</b> (Συμπληρώνεται το είδος του ασφαλιστηρίου – Ομαδικό ή Ατομικό – από το οποίο καλύπτεται ο Ασφαλισμένος. Σε περίπτωση Ομαδικού Προγράμματος, να αναφερθεί και η Επωνυμία της Εταιρίας από το πρόγραμμα της οποίας καλύπτεται ο Ασφαλισμένος).	
<b>Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου</b> (Συμπληρώνεται το ονοματεπώνυμο του Ασφαλισμένου που έγινε αποδέκτης της μη συμμορφούμενης υπηρεσίας)	
<b>Κατηγορία Παρόχου</b> (Σημειώνεται το είδος του παροχέα που πρόσφερε τη μη συμμορφούμενη υπηρεσία)	Νοσοκομείο <input type="checkbox"/> Διαγνωστικό Κέντρο <input type="checkbox"/> Γιατρός <input type="checkbox"/>
<b>Επωνυμία/Επώνυμο Παρόχου</b> (Σημειώνεται το όνομα του παρόχου που πρόσφερε τη μη συμμορφούμενη υπηρεσία)	
<b>Ημερομηνία που παρεσχέθη η μη συμμορφούμενη υπηρεσία</b>	
<b>Περιγραφή της μη συμμορφούμενης υπηρεσίας</b>	

**Ημερομηνία**
**Υπογραφή**