

Pregled postopka uveljavljanja Drugega zdravniškega mnenja v okviru zavarovanja Zdravljenje v tujini

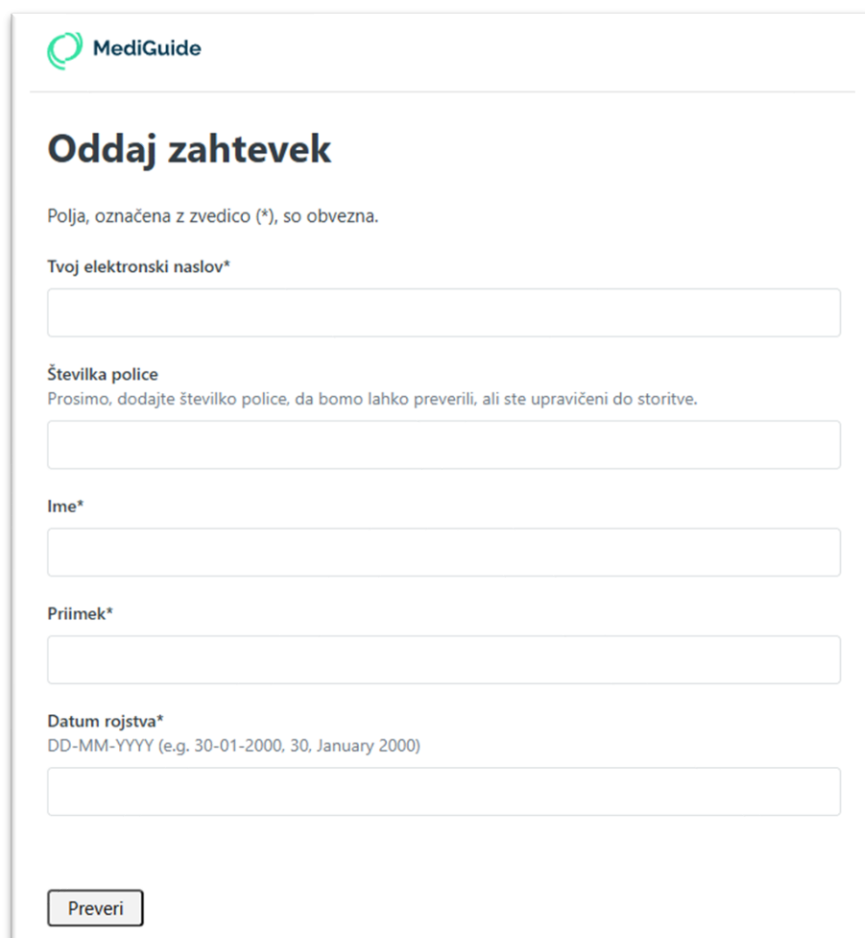
V nadaljevanju je podrobno predstavljen postopek uveljavljanja Drugega zdravniškega mnenja. Če imate težave pri razumevanju angleškega jezika, se lahko obrnete na Center za stranke na 080 20 60 ali si pomagate z mobilnim telefonom s funkcijo Google Lens – Prevajanje.

Kako pridobiti drugo zdravniško mnenje?

1. Kliknite na naslednjo [povezavo](#).

Odprla se bo spletna stran **MediGuide** (naš zunanji ponudnik storitve drugega zdravniškega mnenja), kjer bo preverjena vaša upravičenost do storitve.

Vnesite svoj **e-naslov**, **številko police**, **ime**, **priimek** in **datum rojstva** in gumb **Preveri**.



 MediGuide

Oddaj zahtevek

Polja, označena z zvedico (*), so obvezna.

Tvoj elektronski naslov*

Številka police
Prosimo, dodajte številko police, da bomo lahko preverili, ali ste upravičeni do storitve.

Ime*

Priimek*

Datum rojstva*
DD-MM-YYYY (e.g. 30-01-2000, 30, January 2000)



Če imate veljavno polico in ste vnesli vse podatke pravilno, vas bo sistem spustil skozi.

Če karkoli ni v redu, preverite še enkrat vse vnesene podatke in ponovite zahtevo. Če vas sistem še vedno ne spusti skozi, se obrnite na 080 20 60, da preverijo kje je razlog.

Oddaj zahtevek

Podatkov zavarovanca, navedenih v zavarovalni pogodbi, ni bilo mogoče najti. Prosim, preverite vnesene podatke in poskusite znova. Če težava ostaja, smo vam na voljo na 080 20 60.

Po uspešnem preverjanju, si boste najprej morali ustvariti račun na portalu MediGuide. Vpišite svoj elektronski naslov in geslo. V primeru, da ste že registrirani in se ne spomnite gesla, lahko le-tega spremenite po naslednjem postopku.

Prevod:

Za spremembo gesla, vpišite v polje svoj elektronski naslov in prejeli boste e-mail z navodili.

Prosim ustvari novo geslo

To reset your password for <https://members.mediguide.com>, enter your email address and we'll send you an email with instructions.

Required fields are marked by an asterisk (*)

Email *

Pošlji

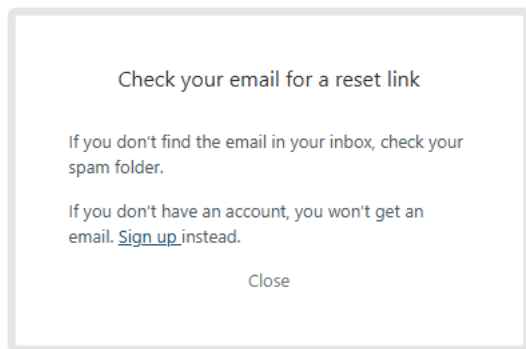
[prekliči](#)

Prevod:

Preverite mail za spremembo gesla.

Če ne najdete e-pošte, preveri v mapi Spam/Neželeno.

Če še niste registrirani, potem ne boste prejeli e-pošte. V tem primeru se registrirajte prek povezave Sign-up.



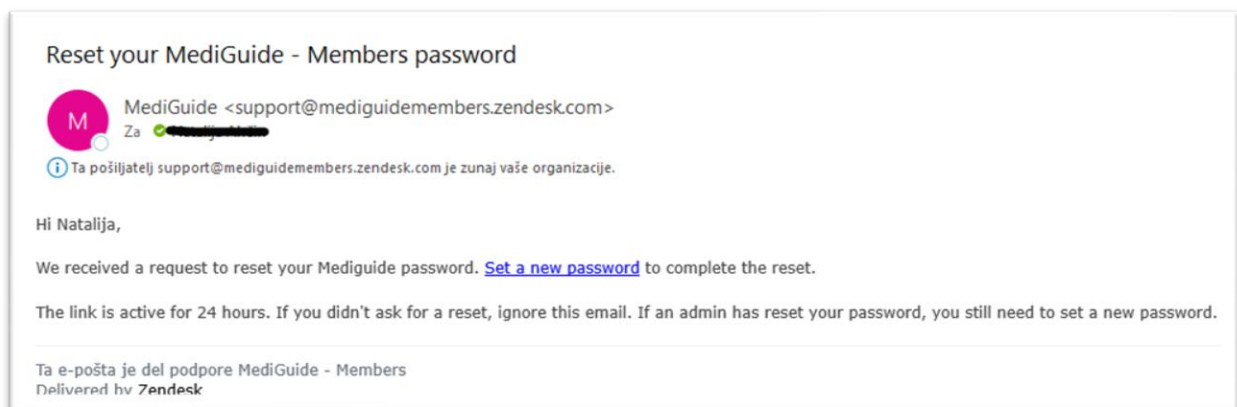
Prejeli boste e-pošto za spremembo gesla.

Prevod:

Zadeva: Sprememba vašega gesla kot uporabnik MediGuide

Prejeli smo zahtevo za spremembo MediGuide gesla. Kliknite na »Set a new password« za dokončanje spremembe.

Povezava je veljavna 24h. Če niste zahtevali spremembe gesla, ignorirajte to e-pošto. Če je administrator spremenil vaše geslo, boste še vedno izbrati novo geslo.



Obrazec za menjavo gesla

Prevod:

Zahteve za geslo:

- vsebovati mora najmanj 5 znakov
- vsebovati mora manj kot 72 znakov
- ne sme biti enako kot je elektronski naslov



Change password

Novo geslo

Password requirements:

- must be at least 5 characters
- must be fewer than 72 characters
- must be different from email address

Oddaj geslo

Obvestilo o uspešni spremembi gesla.

Prevod:

Želimo vas obvestiti, da je bil vaš profil posodobljen.

Vaše geslo je bilo spremenjeno.

Vpišete se lahko prek <https://members.mediguides.com/login>

Če mislite, da je bila posodobitev gesla napaka, ga lahko takoj ponovno spremenite. Če še vedno potrebujete pomoč, se lahko obrnete na našo podporno službo z odgovorom na to sporočilo.

User profile updated: password changed

MediGuide <support@mediguide.com>

Za [redacted]

1 Ta pošiljatelj support@mediguide.com je zunaj vaše organizacije.

1 Če imate težave z načinom prikaza tega sporočila, kliknite tukaj, da si ga ogledate v spletnem brskalniku.

MediGuide

We wanted to let you know that your user profile has been updated by you.

Your password was changed.

You can sign in at: <https://members.mediguides.com/login>

If you think this password update is a mistake, reset your password immediately. If you still need help, please contact our Customer Support team.

S klikom na povezavo <https://members.mediguides.com/login> se vam odpre vaš portal.

Desno zgoraj si lahko nastavite jezik, da se vam bo obrazec prikazal v jeziku, ki ga želite.

Za začetek postopka pridobitve drugega zdravniškega mnenja, kliknite na »Nova zahteva. Tukaj pošljite novo zahtevo«.





Pošlji zahtevo  Slovenščina ▾



FAQ

Nova zahteva

Tukaj pošljite novo zahtevo

Zadnje aktivnosti

Za zdaj še ni nedavnih dejavnosti.

MediGuide

Slovenščina ▾



V obrazec se vam prenesejo podatki, ki ste jih vpisali v prvem koraku, ostale ustrezno dopolnite, označite kljukico pri pogojih in kliknite gumb Oddaj.

Polja, označena z zvedico (*), so obvezna.

Prosimo, izberite pravilen obrazec spodaj

Kontaktni obrazec



Zavarovalnica*

Vpišite prosimo naziv zavarovalnice v okviru katere imate na voljo drugo zdravniško mnenje.

vzajemna_zdravstvena_zavarovalnica__d.d.

Številka police

Prosimo, dodajte številko police, da bomo lahko preverili, ali ste upravičeni do storitve.

[Redacted]

Naziv (gospa, gospod)*

[Redacted]

Ime*

[Redacted]

Priimek*

[Redacted]

Spol*

-



Datum rojstva*

DD-MM-YYYY (e.g. 30-01-2000, 30, January 2000)

[Redacted]



Želeni jezik*

Koda države - Telefonska številka*

Telefonska številka*

Koda države - Nadomestna telefonska številka

Nadomestna telefonska številka

Želeni čas komunikacije*

Država prebivališča*

Mesto prebivališča*

Številka osebne izkaznice/potnega lista*

- ☐ Označite polje s kljukico, da potrdite prostovoljno posredovanje vnesenih podatkov in soglasje, da vas lahko kontaktiramo. Po oddaji podatkov boste prejeli potrditveno e-poštno sporočilo z nadaljnjimi navodili. Za več informacij o tem, kako ravnamo z vašimi osebnimi podatki, obiščite našo spletno stran, kjer so objavljena pravna obvestila in informacije o varstvu osebnih podatkov. <https://www.MediGuide.com/privacy-policy/>*

Oddaj



Prejeli boste naslednji mail:

Prejeli smo vašo zahtevo – potrebujemo še vaše soglasje

 MediGuide <support@mediguidepatients.com>
Za [redacted]

 **MediGuide**

Spoštovana Gospa [redacted]

prejeli smo vašo zahtevo za pridobitev drugega zdravniškega mnenja. Za nadaljevanje postopka potrebujemo še vaše soglasje za zbiranje in obdelavo vaših zdravstvenih podatkov. Zaradi varovanja zasebnosti in varnosti boste prejeli ločeno e-pošto od DocuSign sporočilo s povezavo do digitalnega obrazca za soglasje. Prosimo, da ga pregledate in čim prej podpišete, da bomo lahko nadaljevali z obravnavo vaše zahteve.

Če imate kakršnakoli vprašanja, se obrnite na našo klinično ekipo z odgovorom na to e-poštno sporočilo.

Lep pozdrav.
Zdravstvena ekipa MediGuide

Takoj za njim prejmete povezavo s katero boste podpisali soglasje, ki je obvezno za nadaljevanje postopka. Kliknite na REVIEW DOCUMENT in odprla se vam bo nova spletna stran, kjer si preberete vsebino soglasja in ga podpišete.

Podpis soglasja za nadaljevanje postopka

 DocuSign EU System <dse@euemail.docusign.net>
Za [redacted]





MediGuide Clinical Team sent you a document to review and sign.

REVIEW DOCUMENT

MediGuide Clinical Team
clinical@mediguide.com

Pozdravljeni,

če želite nadaljevati z zahtevo za drugo zdravniško mnenje, podpišite digitalni obrazec za soglasje s klikom na gumb PODPIŠ SOGLASJA.

Vabimo vas, da soglasje čim prej podpišete, ker brez podpisa žal ne moremo nadaljevati z vašo zahtevo za pridobitev drugega zdravniškega mnenja. Če imate kakršnakoli vprašanja, nam pišite na clinical@mediguide.com.

Lep pozdrav.
Zdravstvena ekipa MediGuide

Powered by  docusign



Odkljukati morate »Soglašam z uporabo elektronskih zapisov in podpisov« ter kliknete »Nadaljuj«.



Pregled in nadaljevanje

Sporočilo osebe MediGuide Clinical Team, MediGuide

Pozdravljeni,

če želite nadaljevati z zahtevo za drugo zdravniško mnenje, podpišite digitalni obrazec za soglasje s klikom na gumb **PODPIS SOGLASJA**.

Vabimo vas, da soglasje čim prej podpišete, ker brez podpisa žal ne moremo nadaljevati z vašo zahtevo za pridobitev drugega zdravniškega mnenja. Če imate kakršnakoli vprašanja, nam pišite na clinical@mediguide.com.

Lep pozdrav.
Zdravstvena ekipa MediGuide

Preberite [Razkritje elektronskega zapisa in podpisa](#).

☐ Soglašam z uporabo elektronskih zapisov in podpisov. *

Spremeni jezik - Slovenščina ▼Druge možnosti ▼Nadaljuj

Odpre se vam vsebina soglasja, ki ga natančno preberite.

Začni

DocuSign Envelope ID: F27688CF-D17D-410D-AD90-9A2CABCF73C4

**MediGuide**

Pooblastilo za posredovanje in izmenjavo zdravstvene dokumentacije ter diagnostičnih slik v okviru storitve pridobitve drugega zdravniškega mnenja

Authorization to Release and Share Medical Records and Diagnostic Imaging Medical Second Opinion Services

Datum | Date: 11/3/2025 | 3:24 AM PST

Spoštovan zavarovanec,
Dear Member,

hvala, ker ste se obrnili na MediGuide. Z veseljem vam bomo zagotovili podporo prek naše storitve drugega zdravniškega mnenja. Prosimo, da si vzamete trenutek in preberete ter izpolnite ta obrazec soglasja.

Thank you for contacting MediGuide. We are pleased to provide you support through our medical second opinion service. Please take a moment to read and complete this consent form.

I, **TEST TEST**, številka potnega lista (ali številka osebne izkaznice) **13234567**, pooblašчам družbi MediGuide International, LLC in MediGuide Insurance Services International, LLC (MediGuide), da bolnišnicam v mreži MediGuide posredujejo moja zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na to Drugo zdravniško mnenje (MSO). Prav tako pooblašчам svoje izvajalce zdravstvenih storitev, da družbi MediGuide in njenim partnerjem posredujejo vse moje zdravstvene dokumente in diagnostične slike za namen pridobitve drugega zdravniškega mnenja.

I, **TEST TEST**, Passport number (or ID number) **13234567**, authorize MediGuide International, LLC and MediGuide Insurance Services International, LLC (MediGuide) to convey my medical records relevant to this Medical Second Opinion (MSO) to hospitals in the MediGuide network. I further authorize my healthcare providers to release all my medical records and diagnostic imaging to MediGuide and its partners for my second opinion.



Na tretji strani je gumb »Podpiši«

DocuSign Envelope ID: F27688CF-D17D-410D-AD90-9A2CABCF73C4

 **MediGuide**

Razumem, da to soglasje podajam prostovoljno in da drugo zdravniško mnenje od MediGuide zahtevam z namenom potrditve diagnoze in zdravljenja, ki ju je predhodno postavil oziroma predlagal moj lečeči zdravnik. Moja odgovornost je, da se glede drugega mnenja, diagnoze in zdravljenja posvetujem s svojim lečečim zdravnikom.

Finally, I understand that this authorization is voluntary and I am requesting a medical second opinion from MediGuide in an effort to confirm a diagnosis and treatment previously obtained by my local treating physician. It is my responsibility to follow-up with my local physician(s) regarding my second opinion, diagnosis, and treatment.

S sprejetjem pogojev tega potrditvenega obrazca se strinjam z vsemi zgoraj navedenimi pogoji.

By accepting the terms of this authorization form, I agree to all the terms stated above.

Digitalni podpis | Digital Signature

Podpiši



Izberite način podpisa, se podpišite in kliknite na »Prevezmite in podpišite«.

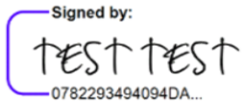
Prevezmite svoj podpis

Potrdite svoje ime, začetnice in podpis.
* Zahtevano

Polno ime* **Začetnice***

IZBERITE SLOG **NARIŠITE** **UPORABITE TABLICO ZA PODPIS** **NALOŽITE**

PREDOGLED [Spremeni slog](#)

Signed by:  Initial 

0782293494094DA...

S klikom gumba Prevezmite in podpišite potrjujem, da so podpis in začetnice elektronski različici mojega podpisa in začetnic, vedno ko jih uporabim (ali jih uporabi moj zastopnik) na dokumentih, vključno s pravno zavezujočimi pogodbami.

PREVEZMITE IN PODPIŠITE **PREKLIČI**



Podpis se prenese na dokument in nato kliknite na »Končaj«.

Digitalni podpis | Digital Signature
Zahtevano - Podpis uporabljen - SignHere

Signed by:

TEST TEST

0782293494094DA...

MediGuide International
4550 Linden Hill Road, Suite 103, Wilmington DE 19808, ZDA
Tel. +1 302 425 5900 | Fax +1 302 425 5911
clinical@mediguide.com | www.mediguide.com

Slovenian Consent MSO.docx3 od 3

Končaj



S tem korakom je soglasje uspešno podpisano, podpisano soglasje si lahko prenesete s klikom na gumb »Shrani izvod«. Ne potrebujete si odpirati računa za docusign.

docusign

Varno upravljanje pogodb s samo enim dodatnim korakom

- Prejeli ste zahtevo za podpis
- Podpisali ste
Pošiljatelj je bil obveščen
- Dokončano**
Vse pogodbene stranke so prejele izpolnjen izvod.
[Shrani izvod](#)

Dokončajte nastavitve brezplačnega računa

☐ Strinjam se s prejemanjem trženjskih sporočil in promocijskih ponudb družbe DocuSign

Če kliknete Nastavite geslo, se strinjate z [Izjavo o zasebnosti](#) ter [Pogoji in pogoji](#) družbe DocuSign.

Nastavite geslo

Regija: Slovenija ▾

Po uspešno podpisanim soglasju, prejmete še potrditveni mail. S klikom na PRIKAŽI DOKONČANE DOKUMENTE lahko pogledate in si tudi tukaj shranite podpisano soglasje.

Dokončano: Podpis soglasja za nadaljevanje postopka

DocuSign EU System <dse@eumail.docusign.net>
Za [redacted]

Vaš dokument je dokončan

PRIKAŽI DOKONČANE DOKUMENTE

MediGuide Clinical Team
clinical@mediguide.com

Vse stranke so dokončale Podpis soglasja za nadaljevanje postopka.

Pozdravljeni,

Če želite nadaljevati z zahtevo za drugo zdravniško mnenje, podpišite digitalni obrazec za soglasje s klikom na gumb PODPIS SOGLASJA.

Vabimo vas, da soglasje čim prej podpišete, ker brez podpisa žal ne moremo nadaljevati z vašo zahtevo za pridobitev drugega zdravniškega mnenja. Če imate kakršnakoli vprašanja, nam pišite na clinical@mediguide.com.

Lep pozdrav.
Zdravstvena ekipa MediGuide

Uporabljata tehnologiji **docusign**



Naslednji korak je izpolnitev zdravstvenega vprašalnika, v katerem natančno opišete vaš zdravstveni primer.

Izpolnite zdravstveni vprašalnik



MediGuide <support@mediguidepartners.zendesk.com>
Za [redacted]

**MediGuide**

Spoštovani [redacted],

dobrodošli na svojem portalu. Prosim, da si vzamete nekaj minut in zapišete podrobnosti o svoji zdravstveni diagnozi ter trenutnem stanju. Ta korak je ključen za oceno vašega primera in nadaljevanje postopka pridobitve drugega zdravniškega mnenja.

Kliknite spodaj in izpolnite zdravstveni vprašalnik:

[Izpolnite zdravstveni vprašalnik](#)

Če imate kakršna koli vprašanja, se obrnite na našo klinično ekipo z odgovorom na to e-poštno sporočilo.

Lep pozdrav

Klinična ekipa MediGuide



S klikom na »Izpolnite zdravstveni vprašalnik« se vam odpre portal kjer natančno odgovorite na vsa zahtevana vprašanja.

Polja, označena z zvedico (*), so obvezna.

Prosimo, izberite pravilen obrazec spodaj

Zdravstveni vprašalnik

Rasa*

-

Stik za nujne primere Ime Priimek*

Koda države - Stik za nujne primere Telefonska številka*

-

Stik za nujne primere Telefonska številka*

Stik za nujne primere Razmerje*

-

Zgodovina trenutne bolezni (simptomi, terapije, zdravljenje ...)*
Podrobno opišite svoje trenutno zdravstveno stanje

Datum zadnje diagnoze*



Kakšen je vaš trenutni potek zdravljenja?*

Ali imate trenutno kakršnekoli simptome?*

Alergije*

Prosimo, zapišite vse pretekle bolezni, poškodbe, operacije in druge pomembne zdravstvene dogodke.*

Podrobno opišite svoje trenutno zdravstveno stanje*

Navedite zdravila, ki jih trenutno jemljete, vključno z zdravili na recept, vitamini in dodatki. (Ime zdravila, odmerek, pogostost in učinkovitost)

Bolezni v družini*



Višina*

Izberite enoto za višino*

Teža*

Izberite enoto za težo*

BMI (teža (kg) / višina² (metri))

Ste že kdaj kadili?*

Ste že kdaj uporabljali elektronsko cigareto (»vape«)?*

Ali kdaj pijete alkohol?*

Ali uživate prepovedane droge?*



Kakšen je vaš cilj pri zahtevi za drugo zdravniško mnenje?

-

Katera vprašanja glede vaše diagnoze želite zastaviti specialistu? (navedite 3-5 vprašanj)*

☐ Preverite, ali so vsi podatki pravilni, nato s kljukico označite prostovoljno oddajo podatkov in strinjanje, da se vas lahko kontaktira v povezavi z nadaljnjimi postopki. Nato kliknite Oddaj.*

Oddaj

Po oddaji obrazca prejmete nov mail s katerim vas prosimo, da naložite vse potrebne zdravstvene kartoteke.

Naložite zdravstveno dokumentacijo

 MediGuide <support@mediguide.members.zendesk.com>
Za 

 **MediGuide**

Spoštovani ,

hvala, ker ste izpolnili zdravstveni vprašalnik. Naslednji korak v vašem primeru je nalaganje zdravstvene dokumentacije. To bo naši zdravstveni ekipi omogočilo temeljit pregled vašega primera.

Kliknite na spodnjo povezavo:
[Začnite nalagati zdravstveno dokumentacijo](#)

Potrebujete pomoč? Navodila po korakih najdete v naših virih pomoči: [Vodnik za zbiranje zdravstvene kartone](#)

Če imate kakršnakoli vprašanja ali potrebujete pomoč, odgovorite na to e-poštno sporočilo in naša zdravstvena ekipa vam bo z veseljem pomagala.

Lep pozdrav

Klinična ekipa MediGuide



Polja, označena z zvedico (*), so obvezna.

Prosimo, izberite pravi obrazec spodaj

Obrazec za zbiranje zdravstvenih kartotek

Ali lahko pridobite svojo zdravstveno dokumentacijo?*

-

Ali je vaša zdravstvena dokumentacija v angleščini?*

-

Priponke

Izberite datoteko ali jo povlecite in spustite v to polje.

Oddaj

Naložite celotno zdravstveno dokumentacijo, vključno s:

- odpustnimi pismi
- izvidi
- patohistološkim izvidom

S tem korakom ste uspešno oddali zahtevek za pridobitev drugega zdravniškega mnenja.

V roku **24–48 ur** vas bo po telefonu kontaktiral vaš **MediGuide vodja primera** ali **Coris**, njihov lokalni partner. Pomagal vam bo pri nadaljnjih korakih in pri zbiranju morebitne manjkajoče dokumentacije.

*Pričakujte klic iz ZDA s predpono **+1-302** ali **+302** (klic je brezplačen).*

Klinična ekipa MediGuide bo nato pregledala vaš primer in vam po e-pošti poslala priporočilo **treh vrhunskih medicinskih centrov**, specializiranih za vaše zdravstveno stanje. Izberete lahko center, ki vam najbolj ustreza.

Vaša dokumentacija bo nato prevedena in poslana izbranemu centru v pregled.



Po zaključku pregleda boste **v 10 delovnih dneh** prejeli **podrobno poročilo drugega zdravniškega mnenja**.

Po e-pošti boste prejeli povezavo za prijavo v portal, kjer lahko **prenesete svoje poročilo**.

Poročilo bo v slovenskem jeziku in lahko vsebuje priporočila za zdravljenje, alternativne možnosti ter odgovore na vaša vprašanja.

Če boste po prejetju drugega zdravniškega mnenja želeli uveljavljati tudi zdravljenje v tujini, oddajte zahtevek prek obrazca na vza.si/skoda ali nas pokličite na 080 20 60.