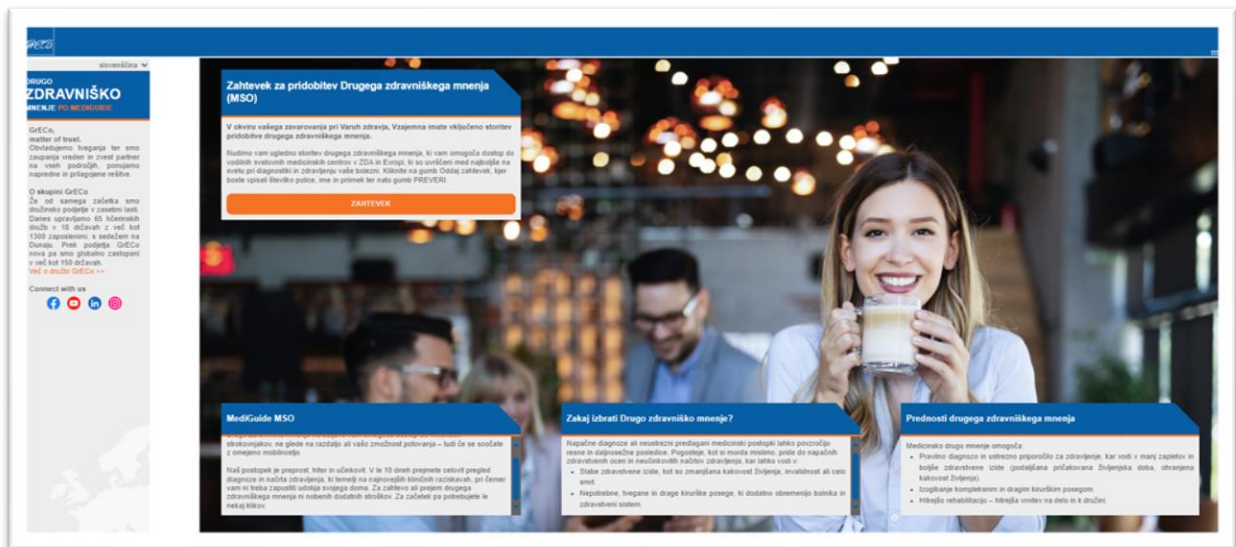


Pregled postopka uveljavljanja Drugega zdravniškega mnenja v okviru Nezgodno zdravstvenega paketa

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 [povezavo](#), odpre se spodnja stran na kateri kliknete gumb ZAHTEVEK.



2. Vpišite številko police, svoje ime in priimek ter gumb PREVERITE.





3. Izpolnite obrazec z vsemi zahtevanimi podatki ter čim bolj natančno opišite diagnozo, dosedanja zdravljenja, rezultate trenutnega zdravljenja in trenutno zdravstveno stanje. Odključati morate obe soglasji in na koncu klikniti gumb SHRANI.

Storitev Drugo zdravniško mnenje

Partner
Vzajemna zdravstvena zavarovalnica

Kategorija
Individual

Zavarovanec
[redacted]

Začetek zavarovanja
01-02-2025

ID pogodbe: SMO-0000002-25

Informacije

GrECo Affinity Solutions Ltd. zbira vaše podatke kot obdelovalec v smislu 28. člena Splošne uredbe o varstvu podatkov (GDPR) izključno v imenu in po navodilih podjetja MediGuide. Dodatne informacije o upravljanju MediGuide, obdelavi vaših podatkov in vaših pravicah lahko najdete v obvestilih o varstvu podatkov MediGuide (<https://www.mediguide.com/privacy-policy/>)

1 Identifikacija 2 Osební podatki 3 Soglasje 4 Predloži

PROSIMO, VPIŠITE SVOJE OSEBNE IN KONTAKTNE PODATKE

Storitev želim uporabljati kot
Zavarovanec

Naziv Ime Priimek

Datum rojstva

Država

Prosim izberite! Shranjeno v Pogon N

Poštna številka Mesto

Ulica Hišna številka

E-pošta Telefon

Vrsta dokumenta Številka dokumenta

Številka osebne izkaznice

Diagnoza

Država postavitve diagnoze Datum diagnoze

Prosim izberite!

speciiasicno poročje (npr. ortopedija, peozarja ipa.)

Zdravljenje

Kratek opis trenutnega stanja

Pooblašam MediGuide, da v zvezi z mojim drugim zdravniškim mnenjem komunicira z naslednjimi osební. (Če ne želite nikogar imenovati, lahko pustite prazno.)

Ime in Priimek Kontaktna oseba (e-pošta in/ali telefonska številka)

Ime in Priimek Kontaktna oseba (e-pošta in/ali telefonska številka)

Ime in Priimek Kontaktna oseba (e-pošta in/ali telefonska številka)

MediGuide pooblašam, da kopijo poročila drugega zdravniškega mnenja posreduje tudi moji zavarovalnici.

NO moji zavarovalnici (YES enaka DA - NO enaka NE).

NO mojemu delodajalcu (YES enaka DA - NO enaka NE).

Prebrala sem in sprejemam izjavo o varstvu podatkov družbe MediGuide International, LLC, ponudnika Storitve drugega zdravniškega mnenja.

Pooblašam družbo GrECo Affinity Solutions Ltd. (GAS), da obdeluje in posreduje moje osebne podatke in mojo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanašajo na to drugo zdravniško mnenje (MSO), ter da jih posreduje lokalnim ponudnikom storitve Drugo zdravniško mnenje družbe MediGuide International, LLC.

NAZAJ SHRANI



4. Pred oddajo obrazca morate podpisati soglasje, ki je potrebno za nadaljevanje postopka.

POTRDITEV

Preden vaš primer zabeležimo v našem sistemu, morate pregledati in podpisati obrazec za soglasje. Sedaj vas bomo preusmerili na stran SignNow (stran je v angleškem jeziku, za pomoč pri razumevanju pokličite na 080 20 60), kjer boste lahko podpisali soglasje. Po podpisu se boste samodejno vrnili na to stran. Prosimo, da ne zapuščate ali zapirate strani!



Za podpis obrazca soglasja potrebujete geslo, ki smo vam ga poslali na vaš e-poštni naslov. Prosimo, preverite, ali ste prejeli geslo!

Če ste ga prejeli, pritisnite DA. Če ga niste, pritisnite NE ter preverite in spremenite svoj e-poštni naslov.

DA **NE**


Geslo za dostop do soglasja boste prejeli na svoj e-naslov.

Geslo dokumenta

 GrECo Affinity Solutions <gac.gas@greco.services>
Za 

TA pošiljatelj gac.gas@greco.services je zunaj vaše organizacije.

Prevedi sporočilo v jezik: Slovenščina | Nikoli ne prevedi iz jezika: Nemščina | Nastavitve prevajanja




GrECo,
matter of trust.

Spoštovani,





za podpis soglasja, boste potrebovali naslednje podatke:

ID primera: SMOC0000004
Geslo: 165797

Z lepimi pozdravi



GrECo Affinity Solutions Ltd.
Skrbnik tretje osebe v družbi MediGuide
Perc utca 8. | HU-1036 Budapest | Adószám: 14971402-2-41

Te informacije so namenjene izključno prejemniku in vsebujejo podatke, ki so lahko zaupni in zaščiteni. Uporaba s strani drugih, razkrivanje, kopiranje in distribucija teh informacij tretjim osebam ni dovoljena. Če niste predvideni prejemnik, prosimo, obvestite pošiljatelja in takoj izbrišite ta e-poštni naslov.

Diese Information ist ausschließlich für den Adressaten bestimmt und kann vertrauliche und geschützte Informationen enthalten. Die Verwendung durch Andere, Veröffentlichung, Kopie und Verteilung dieser Information an Dritte ist nicht gestattet. Sollten Sie nicht der beabsichtigte Empfänger sein, verständigen Sie bitte den Absender und löschen Sie dieses E-Mail dann sofort.

This information is intended solely for the use of the addressee and contains information that may be confidential and privileged. Use by others, disclosure, copying and distribution of this information to third parties is not permitted. If you are not the intended recipient, please notify the sender and then delete this e-mail immediately.



Podpis soglasja opravite na zaslону; stran za podpis je v angleščini.
V tej maski vpišete geslo, ki ste ga prejeli na mail in nato gumb Unlock.

Preberite vsebino soglasja, ki je v 2 jeziki (slovenščini in angleščini) in nato kliknete na gumb I Consent to do Business Electronically (s tem se strinjate z elektronsko komunikacijo).



Kliknete v spodaj z rdečo označeno polje.

SMOC000004_085100 (0 of 1 required field completed)

Start

Razumem, da je to dovoljenje prostovoljno, in prosim MediGuide za drugo zdravniško mnenje, da bi potrdil diagnozo in zdravljenje, ki ju je predhodno pridobil moj lokalni lečeči zdravnik. Moja odgovornost je, da se posvetujem z lokalnim zdravnikom glede mojega drugega mnenja, diagnoze in zdravljenja.

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.

Prosimo, navedite posameznika (npr. družinskega člana, zdravnika, prijatelja), s katerim pooblastite MediGuide za komunikacijo glede vašega drugega zdravniškega mnenja.

Please identify any individual (e.g. family member, physician, friend) you authorize MediGuide to communicate with regarding your medical second opinion.

Pooblaščen osebe / Authorized Individuals:

Pooblaščam MediGuide, da komunicira z naslednjimi posamezniki glede mojega drugega zdravniškega mnenja. I authorize MediGuide to communicate with the following individual(s) regarding my medical second opinion.

..

S sprejetjem pogojev tega avtorizacijskega obrazca se strinjam z vsemi zgoraj navedenimi pogoji. By accepting the terms of this authorization form, I agree to all the terms stated above.

S tem pooblaščam MediGuide, da deli kopijo izpolnjenega poročila o zdravljenju z – I do hereby authorize MediGuide to share a copy of the completed Treatment report with –

- mojo zavarovalnico NE / NO
- mojim delodajalcem NE / NO

Sign

TEST TESTNI
natalija.ahcin@vzajemna.si

4550 Linden Hill Road, Ste 103, Wilmington, DE 19808, USA
+1 302 425 5900 | info@mediguide.com | www.mediguide.com

Odpre se posebno okno v katerega se podpišete in kliknete Sign.

Draw Signature Legally binding

Advanced signature settings were applied to this invite by the sender. Create a signature using available methods.

Use the cursor to draw your signature.

Cancel Sign



Podpis se prenese na konec soglasja in nato kliknete na gumb Finish.

SMOC000004_085100 (1 of 1 required field completed) 100% **Finish**

Razumem, da je to dovoljenje prostovoljno, in prosim MediGuide za drugo zdravniško mnenje, da bi potrdil diagnozo in zdravljenje, ki ju je predhodno pridobil moj lokalni lečeči zdravnik. Moja odgovornost je, da se posvetujem z lokalnim zdravnikom glede mojega drugega mnenja, diagnoze in zdravljenja.

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.

Prosim, navedite posameznika (npr. družinskega člana, zdravnika, prijatelja), s katerim pooblastite MediGuide za komunikacijo glede vašega drugega zdravniškega mnenja.

Please identify any individual (e.g. family member, physician, friend) you authorize MediGuide to communicate with regarding your medical second opinion:

Pooblašcene osebe / Authorized Individuals:


Pooblaščam MediGuide, da komunicira z naslednjimi posamezniki glede mojega drugega zdravniškega mnenja. I authorize MediGuide to communicate with the following individual(s) regarding my medical second opinion:

..

S sprejetjem pogojev tega avtorizacijskega obrazca se strinjam z vsemi zgoraj navedenimi pogoji. By accepting the terms of this authorization form, I agree to all the terms stated above.

S tem pooblaščam MediGuide, da deli kopijo izpolnjenega poročila o zdravljenju z – I do hereby authorize MediGuide to share a copy of the completed Treatment report with –

- mojo zavarovalnico **NE / NO**
- mojim delodajalcem **NE / NO**



TEST TESTNI
natalija.ahcin@vzajemna.si

4550 Linden Hill Road, Ste 103, Wilmington, DE 19808, USA
+1 302 425 5900 | info@mediguide.com | www.mediguide.com

You've completed all required fields. Review your document and click Finish. **Finish**

5. Po uspešnem podpisu boste prejeli potrdilo o oddaji zahtevka za pridobitev drugega zdravniškega mnenja ter podpisano soglasje za elektronsko komuniciranje. Dokument je zaklenjen, odprete ga z geslom, ki je sestavljeno iz poštna številke in datuma rojstva (zapisano v mailu).

Potrjena zahteva za drugo zdravniško mnenje - kaj sledi?

 GrECo Affinity Solutions <gac.gas@greco.services>
Za  Natalija Ahčin

 Ta pošiljatelj gac.gas@greco.services je zunaj vaše organizacije.

 SMOC000004_085100_Signed.pdf 216 KB  GreCo-MediGuide-Medical-Second-Opinion.pdf 617 KB

  **Powered by** 

ID ZAHTEVE: SMOC000004

Spoštovani **TEST TESTNI**,

zahvaljujemo se vam, ker ste postali zahtevo za storitev Drugega zdravniškega mnenja. **Uspešno smo prejeli vaše podatke in naš lokalni partner vas bo kontaktiral v 24-48 urah**, da se dogovorimo o naslednjih korakih in začnemo postopek.

V sodelovanju z MediGuide vam nudimo priznano storitev Drugega zdravniškega mnenja, ki vam omogoča dostop do vodilnih svetovnih medicinskih centrov v ZDA in Evropi, ki so uvrščeni med najboljše na svetu pri diagnosticiranju in priporočilih za zdravljenje vaše bolezni.

NASLEDNJI KORAKI

1. V 24-48 urah pričakujte klic lokalnega partnerja MediGuide, ki bo začel postopek za vaše drugo zdravniško mnenje.
2. Dodeljen vam bo vodja primera MediGuide, ki vam bo pomagal pri zbiranju medicinskih informacij in vas vodil skozi vaš primer. **Pričakujte klic iz ZDA, ki se začne s številko +1-302 ali +302.**
3. Klinična ekipa MediGuide bo pregledala vaš primer in vam priporočila tri vodilne svetovne medicinske centre, specializirane za vaše stanje, med katerimi boste lahko izbirali.
4. Pričakujte, da boste po končanem medicinskem pregledu prejeli poročilo o drugem medicinskem mnenju. Poročilo lahko vsebuje priporočila za zdravljenje, podrobnosti o alternativnih načinih zdravljenja in odgovore na vaša vprašanja.




Temu e-poštnemu sporočilu je priložen izvod pooblastila z vašim podpisom.


Predložitev kopije osebnega dokumenta/potnega lista ni obvezna za stranke iz Slovenije.

Če imate kakršnakoli vprašanja ali potrebujete dodatne informacije, se obrnite neposredno na nas po e-pošti: gac.gas@greco.services

V skladu s predpisi GDPR je priložen dokument, ki je zaklenjen z geslom. Geslo za odprte dokumenta je vaša poštna številka in vaš datum rojstva. (npr. Ljubljana 1000, 26-01-1980, geslo:100026011980)

Več informacij o načinu delovanja in postopku, ki ga je treba upoštevati, najdete v priloženi brošuri.



 GrECo Affinity Solutions Ltd.
Skrbnik tretje osebe v družbi MediGuide
Perc utca 8. | HU-1036 Budapest | Adószám: 14971402-2-41

6. V roku 24 – 48 urah vas bo poklical predstavnik klicnega centra, partnerja podjetja MediGuide, in začel postopek za pridobitev drugega zdravniškega mnenja.
7. MediGuide vam bo dodelil vodjo primera, ki vam bo pomagal zbrati medicinsko dokumentacijo in vas vodil skozi celoten postopek. Pričakujte klic iz ZDA z začetno številko +1-302 ali +302 (klic je brezplačen).
8. Prejeli boste varno povezavo do portala, kjer boste oddali vso potrebno medicinsko dokumentacijo.

Kliknete na link, ki je zapisan pri Povezava.

Oddaja dokumentacije za zahtevek št.: #MG.4680.25.01

 slovenia <slovenia@mediguide.com>
Za 

 Odgovori  Odgovori vsem  Posreduj  

pet. 31. 01. 2025 09:02

 Ta pošiljatelj slovenia@mediguide.com je zunaj vaše organizacije.
 To sporočilo ste posredovali: 31. 01. 2025 12:23.

Ne prejimate pogosto e-poštnih sporočil od slovenia@mediguide.com. Več informacij o tem, zakaj je to pomembno

Draga Test,

Prejeli smo vaš zahtevek za drugo zdravniško mnenje (MSO) s številko MG.4680.25.01 po zavarovalni polici SMO-0000001-25, zabeleženim dne 31.01.2025.

Prosimo, da zdravstvenih kartotek ne pošiljate neposredno po e-pošti. Na mediguide@mediguide.com nam pošljite zahtevo za varno povezavo za nalaganje vaših zdravniških poročil.

Alternativna možnost je, da se prijavite na spodnji spletni naslov in obrazce izpolnite tam:
Povezava : <http://mediguide.medinyx.org/customer/default.aspx>
Številka zadeve : MG.4680.25.01
Geslo : 0189

Hvala!

MediGuide
+1-302-425-5900
+1-800-961 GUIDE (4843)

MediGuide International LLC 4550 Linden Hill Road, Ste 103, Wilmington, DE 19808 www.mediguide.com
e-MPOWERING YOUR BUSINESS TODAY FOR TOMORROW. [MedinyX](https://www.medinyx.com)◀



V portal vstopite tako, da vpišete podatke iz prejetega elektronskega sporočila (Številka zadeve – CaseNo in Geslo – Password) in kliknete na Login.

MediGuide

COMPREHENSIVE CASE & CLAIM MANAGEMENT SYSTEM

LOGIN **MEDINIX 360°**

CaseNo: MG.4680.25.01

Password:

Login

© MedinyX Software Solutions. All Rights Reserved Powered By **MEDINIX**

Odpre se vam vaš zahtevek na portalu.

[Case Detail](#) [Upload Documents](#)

Case Detail [Fill Information Form](#)

Case Detail			
Call Date :	01/02/2025	Call Time :	03:09:00
Policy No.:	SMO-0000001-25	DOB :	01-01-1999
Call Type :	Case	Name :	Test Testni
Email :	[REDACTED]	Nationality :	Slovenia



Na zavihku Fill Information Form je priporočljivo, da vpišete čim več podatkov. Če vam to predstavlja težavo, počakajte na klic s strani MediGuide in bodo oni v vašem imenu dopolnili zahtevek.

Medical Information Form

[Back to home](#)

Member Information

Last Name Priimek <input type="text" value="Testni"/>	First Name Ime <input type="text" value="Test"/>	Phone Telefon <input type="text" value="+38641904444"/>	Alternate Phone Dodatni telefon <input type="text"/>
Date of Birth Datum rojstva <input type="text" value="01-Jan-1999"/>	Gender Spol <input checked="" type="radio"/> Female <input type="radio"/> Male Ženski Moški	Email Elektronski naslov <input type="text"/>	Father's Full Name Očetovo polno ime <input type="text"/>
Home Address Domači naslov <input type="text"/>	City Mesto <input type="text"/>	Province <input type="text"/>	Postal Code Poštna številka <input type="text" value="1000"/>
Diagnosis Information Informacija o diagnozi <input type="text"/>		Mother's Maiden Name Materino polno ime <input type="text"/>	

[Submit](#)

Treating Physician Information **Informacije o lečečem zdravniku**

(Physician treating you for this condition) **Zdravnik, ki vas zdravi zaradi tega stanja**

Name Ime <input type="text"/>	Specialty Specializacija <input type="text"/>
Medical Center Medicinski center <input type="text"/>	Phone Telefon <input type="text"/>
Phone Telefon <input type="text"/>	Email Elektronski naslov <input type="text"/>
City Mesto <input type="text"/>	Province <input type="text"/>

[Add Physician](#) **Dodaj zdravnika**

Diagnostic Tests **Diagnostični testi**

If known, where did you have your biopsy, radiology, or other tests performed?)
Če veste, kje ste opravili biopsijo, radiološke ali druge teste?
Lab **Laboratorij**

Type of Test Tip testa <input type="text"/>	Location Lokacija <input type="text"/>
Phone Telefon <input type="text"/>	Email Elektronski naslov <input type="text"/>

[Add Test](#) **Dodaj test**

Medication List **Seznam zdravil**

List all prescriptions, over-the-counter medicines, vitamins, herbs, dietary supplements, etc) **Navedite vsa zdravila na recept, brez recepta, vitamine, prehranska dopolnila, itd.**

Medication Name Naziv zdravila	Dose Odmerek	When Taken Kdaj jemljete zdravilo	Reason for Taking Razlog za jemanje
<input type="text" value="Medication Name"/>	<input type="text" value="Dose"/>	<input type="text" value="When taken"/>	<input type="text" value="Reason for Taking"/>

[Add Medication](#) **Dodaj zdravilo**

What are the questions you would like to ask the World Leading Medical Center **Katera vprašanja bi radi zastavili vodilnemu medicinskemu centru?**

Questions **Vprašanja**

[Save Question](#) **Shrani vprašanje**



Pomembno pa je, da na portal naložite vse svoje izvide. Kliknete na Upload documents, pri Document type izberete tip dokumenta – naložiti morate samo Medical Report – Medicinski izvidi). Medicinsko dokumentacijo naložite s pritiskom na gumb Izberi datoteke. Ko jih naložite, pritisnete gumb Submit. Lahko naložite več dokumentov, samo ponovite postopek za vsak dokument posebej.

Name	Size	Date	Time	Download
No document uploaded				

Document type

--Select--

--Select--

Consent Form

ID Proof

Medical Report



Izbrana ni nobena datoteka.



9. Klinična ekipa MediGuide bo temeljito pregledala vaš primer in vam priporočila tri vrhunske svetovne medicinske centre, specializirane za vaše diagnosticirano zdravstveno stanje. Izberete lahko center, ki vam najbolj ustreza.
10. Vaša dokumentacija bo prevedena in poslana v izbrani medicinski center za pridobitev drugega mnenja.
11. Po zaključku medicinskega pregleda boste v 10 delovnih dni prejeli podrobno poročilo o drugem zdravniškem mnenju. Poročilo bo v slovenskem jeziku in lahko vključuje priporočila za zdravljenje, informacije o alternativnih možnostih zdravljenja ter odgovore na vaša vprašanja.
12. Na svoj e-naslov boste prejeli povezavo do poročila in geslo, s katerim boste lahko poročilo odprli in si ga shranili.





V portal vstopite s prvotnim mailom (glejte točko 8).

Vaša knjižica MediGuide Casebook je pripravljena. #MG.4680.25.01

 slovenia <slovenia@mediguide.com>
Za  Natalija Ahčin

 Ta pošiljatelj slovenia@mediguide.com je zunaj vaše organizacije.
 To sporočilo ste posredovali: 31. 01. 2025 15:58.

Odgovori Odgovori vsem Posreduj  

pet. 31. 01. 2025 15:33

Spoštovani,

Vaše drugo zdravniško mnenje je zaključeno in vaša knjižica »**My MediGuide Casebook**« je pripravljena na prenos. Prosimo uporabite prvotno e-pošto, ki vsebuje vaše poverilnice za prijavo ob odprtju primera.

Ko boste vstopili v sistem Medinyx, pojdite na »**Dokumenti**«, kjer boste lahko s klikom na rdečo puščico na desni strani dokumenta prenesli MSO knjižico primera. Knjižica primera bo na voljo v vašem izbranem jeziku.

Sporočite nam, če boste želeli, da vam ponovno posredujemo poverilnice.

V primeru kakršnih koli vprašanj, vas prosimo, da se obrnete na svojega predstavnika MediGuide.


Hvala,

MediGuide

MediGuide International LLC 4550 Linden Hill Road, Ste 103, Wilmington, DE 19808 www.mediguide.com
e-MPOWERING YOUR BUSINESS TODAY FOR TOMORROW. [MedinyX](#).
MediGuide International LLC 4550 Linden Hill Road, Ste 103, Wilmington, DE 19808 <https://smex-ctp.trendmicro.com:443/wis/clicktime/v1/query?url=www.mediguide.com&umid=a2b46c8d-3061-47eb-b34a-58eebee61cd4&auth=26b3bc069b4742cdb7ceb4e5a91c95f20bf1197-45751ff6dd43e2ace44148abada76b80b7fa42b5>
e-MPOWERING YOUR BUSINESS TODAY FOR TOMORROW. [MedinyX](#).

Please note that this e-mail is not secure (encrypted). If you do not wish to continue communication over unencrypted e-mail, please notify the sender of this message immediately. Continuing to send or respond to e-mail after receiving this message means you understand and accept this risk and wish to continue to communicate over unencrypted e-mail.

V portalu je poročilo na voljo pri Download MSO, priporočamo, da si ga shranite k sebi.

Download MSO		
Document	Size	Download
Doe Kevin (0000.00.00) - MediGuide Casebook - English - SAMPLE.pdf	12083635	

Selected WLMC
Mass General Brigham Spaulding Rehabilitation Hospital