

Załącznik nr 4a do Umowy o świadczenia zdrowotne zawieranej przez POLMED S.A.

**REGULAMIN PRYZNAWANIA
REFUNDACJI PONIESIONYCH KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NA RZECZ PACJENTÓW W RAMACH POSIADANEGO UPRAWNIENIA Z TYTUŁU
PAKIETÓW MEDYCZNYCH OGÓLNOPOLSKICH**

1. Niniejszy Regulamin od dnia jego wejścia w życie stanowi integralną część warunków pakietu medycznego OGÓLNOPOLSKIEGO obejmującego częściową refundację kosztów świadczeń zdrowotnych, oferowanego przez POLMED spółkę akcyjną („POLMED S.A.”) na rzecz jego pacjentów (dalej: „Pacjent”).

2. Program częściowej refundacji poniesionych przez Pacjenta kosztów świadczeń zdrowotnych, wykonanych na rzecz Pacjenta przez wybrany przez niego zewnętrzny podmiot leczniczy, ma na celu ułatwienie Pacjentom dostępu do tych świadczeń – jednocześnie objętych pakietem medycznym OGÓLNOPOLSKIM - w sposób dla nich najdogodniejszy. Niezależnie od powyższego, Pacjent jest nadal uprawniony do uzyskania takiego świadczenia zdrowotnego w POLMED S.A. lub u jego podwykonawców (Partnerów Medycznych), zgodnie z umową, na podstawie której POLMED S.A. wykonuje świadczenia zdrowotne na rzecz Pacjenta.

Refundacji podlegają wyłącznie usługi wymienione w tabeli refundacyjnej i posiadane w pakiecie.

3. Podmiot leczniczy, swobodnie wybrany przez Pacjenta i udzielający świadczenia zdrowotnego, nie staje się podwykonawcą POLMED S.A. Podmiot taki działa na własny rachunek i we własnym imieniu. POLMED S.A. nie uczestniczy w żaden sposób w udzielaniu świadczenia zdrowotnego przez ten podmiot leczniczy i nie ponosi żadnej odpowiedzialności za wykonanie przez taki wybrany przez pacjenta podmiot medycznych świadczenia zdrowotnego w sposób, określony w pakiecie medycznym OGÓLNOPOLSKIM, w umowie, określającej sposób wykonywania świadczeń zdrowotnych przez POLMED S.A. na rzecz Pacjenta, oraz w przepisach prawa i zgodnie ze sztuką lekarską. Odpowiedzialność i zobowiązanie POLMED S.A. obejmuje tylko i wyłącznie przyznanie Pacjentowi refundacji na zasadach niżej określonych i jeżeli Pacjent spełni wszelkie warunki, uprawniające go do refundacji.

4. Pacjent ma prawo do uzyskania częściowego zwrotu poniesionych przez siebie kosztów świadczeń zdrowotnych, objętych pakietem OGÓLNOPOLSKIM, wykonanych na rzecz Pacjenta przez wybrany przez niego zewnętrzny podmiot leczniczy, jeżeli spełni wszystkie niżej opisane warunki.

5. Pacjent pokrywa pełny koszt świadczenia zdrowotnego wykonanego na jego rzecz przez wybrany przez siebie podmiot leczniczy, działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

6. W celu uzyskania częściowej refundacji poniesionych kosztów świadczeń zdrowotnych Pacjent jest zobowiązany przesłać wniosek: **WNIOSEK O CZĘŚCIOWĄ REFUNDACJĘ KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH POSIADANEGO UPRAWNIENIA Z TYTUŁU PAKIETU MEDYCZNEGO** (dalej: Wniosek o refundację) wraz z załącznikami jako skan dokumentów na adres e-mail refundacja@polmed.pl lub pocztą na poniższy adres firmy POLMED S.A (POLMED S.A. , Os. Kopernika 21, 83-200 Starogard Gdański).

7. Pacjent ma prawo ubiegać się o refundację kosztów świadczeń zdrowotnych w terminie do 14 dnia roboczego, licząc od daty wskazanej na dokumencie potwierdzającym dokonanie płatności przez Pacjenta. Dla zachowania tego terminu wystarczy nadanie przed jego upływem zeskanowanego Wniosku o refundację z załącznikami pocztą elektroniczną na wyżej wskazany adres e-mail lub nadanie Wniosku o refundację z załącznikami w formie papierowej listem poleconym w placówce operatora publicznego.

8. Pacjent jest zobowiązany dołączyć do Wniosku o refundację następujące dokumenty:

- **oryginał imiennego rachunku (faktury) wystawionego przez podmiot leczniczy udzielający świadczenia**, ze wskazaniem rodzaju świadczenia zdrowotnego; oryginał rachunku powinien zawierać: datę wystawienia, pieczęć podmiotu leczniczego oraz podpis osoby upoważnionej do jego wystawienia, imię i nazwisko Pacjenta, któremu udzielono świadczeń medycznych, adres, datę urodzenia, datę oraz określenie wykonanych na rzecz Pacjenta świadczeń zdrowotnych wraz z ich cenami jednostkowymi.

W celu usunięcia wątpliwości: paragon fiskalny nie spełnia powyższych wymagań.

- **kopia wystawionego przez POLMED S.A. skierowania na badania diagnostyczne objęte refundacją.** Skierowanie (zlecenie medyczne) musi zawierać naniesione czytelnie dane, określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2010 Nr 252 poz. 1697), a w szczególności:
 - A. Dane identyfikujące podmiot leczniczy, który wydał skierowanie.
 - B. Dane identyfikujące Pacjenta: imię, nazwisko, PESEL (ew. data urodzenia).
 - C. Dane identyfikujące lekarza, który wydał skierowanie.
 - D. Datę wydania skierowania.
 - E. Istotne dane dotyczące zdrowia / choroby / procesu diagnostyczno – leczniczego, wyjaśniające cel badania (nie dotyczy badań laboratoryjnych).

Skierowania niezgodne z opisanymi zasadami będą traktowane jako wydane niezgodnie z warunkami niniejszego Regulaminu i nie będą stanowiły podstawy do przyznania refundacji do chwili usunięcia ich braków.

- **wskazanie danych rachunku bankowego, na który POLMED S.A. ma przekazać kwotę refundacji.**

9. Pacjent uzyska kwotę refundacji po weryfikacji przez POLMED S.A., czy warunki, od których prawo do uzyskania refundacji, zostały spełnione. W takim wypadku kwota refundacji zostanie przekazana na wskazany przez Pacjenta rachunek bankowy w terminie 14 (czternastu) dni roboczych od daty wpływu do POLMED S.A. kompletu wymaganych dokumentów, określonych w postanowieniach niniejszego Regulaminu.

10. Zgodnie z OWU POLMED S.A. umów o udzielanie świadczeń medycznych, pakiety medyczne uprawniają do uzyskania przez Pacjentów częściowej refundacji poniesionych przez nich kosztów następujących świadczeń zdrowotnych w poniższych kwotach, niezależnie od wysokości faktycznie poniesionych kosztów i miejsca udzielenia świadczenia:

Kwoty refundacji

Konsultacja lekarska (internisty, pediatry, lekarza rodzinnego)	40,00 zł
Konsultacja lekarza specjalisty	60,00 zł
24 godzinna wizyta domowa lekarska	60,00 zł
USG (ze skierowaniem od lekarza)	30,00 zł
RTG układu kostno-płucnego (ze skierowaniem od lekarza)	15,00 zł
Tomograf komputerowy (ze skierowaniem od lekarza specjalisty)	150,00 zł
Rezonans magnetyczny (ze skierowaniem od lekarza specjalisty)	250,00 zł
Badania endoskopowe (ze skierowaniem od lekarza specjalisty)	80,00 zł

Badania laboratoryjne objęte pakietem medycznym (ze skierowaniem od lekarza)	2,00 zł za jedno badanie laboratoryjne
Zabiegi rehabilitacyjne (ze skierowaniem od lekarza specjalisty)	5,00 zł za jeden zabieg rehabilitacyjny

Uwaga: Refundacja nie obejmuje usług, które są objęte rabatem.

11. W przypadku niespełnienia przez Pacjenta warunków refundacji, POLMED S.A. jest zobowiązany do pisemnego powiadomienia Pacjenta (za co uważa się także przesłanie informacji pocztą elektroniczną na wskazany przez Pacjenta adres poczty elektronicznej) o tym fakcie w ciągu 14 dni roboczych od daty

rozpatrzenia Wniosku o refundację, nie później jednak niż 21 dni roboczych od daty wpływu wszystkich wymaganych dokumentów.

12. W zakresie nie objętym niniejszym Regulaminem do warunków częściowej refundacji kosztów świadczeń zdrowotnych przez POLMED S.A. stosuje się: warunki pakietu medycznego, postanowienia umowy, na podstawie której POLMED S.A. wykonuje świadczenia zdrowotne na rzecz Pacjenta oraz przepisy kodeksu cywilnego (w wyżej podanej kolejności).

Zlecający :

Świadczeniodawca:

**WNIOSEK O CZĘŚCIOWĄ REFUNDACJĘ KOSZTÓW
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH POSIADANEGO UPRAWNIENIA Z TYTUŁU
PAKIETU MEDYCZNEGO OGÓLNOPOLSKIEGO****Pakiet medyczny POLMED S.A.:** pracownika ¹ / członków rodzin pracownika ¹

Nazwa firmy pracodawcy

Dane osobowe uprawnionego w pakiecie¹) pola obowiązkowe do wypełnienia1. Imię i nazwisko: ²

W przypadku, gdy uprawnionym jest dziecko proszę o wypełnienie danych opiekuna/rodzica Uprawnionego

2. Imię i nazwisko opiekuna/rodzica dziecka: ²3. Adres zamieszkania: ²4. Adres do korespondencji: ²

5. Adres e-mailowy:

6. Data urodzenia: ²7. PESEL ²

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Opis wnioskowanego świadczenia

8. Wnoszę o refundację następujących świadczeń medycznych objętych pakietem medycznym:

- ☐ Konsultacja lekarska (internisty, pediatry, lekarza rodzinnego)
- ☐ Konsultacja lekarza specjalisty
- ☐ 24 godzinna wizyta domowa lekarska
- ☐ USG (ze skierowaniem od lekarza)
- ☐ RTG układu kostno-płucnego (ze skierowaniem od lekarza)
- ☐ tomograf komputerowy (ze skierowaniem od lekarza specjalisty)
- ☐ rezonans magnetyczny (ze skierowaniem od lekarza specjalisty)
- ☐ Badania endoskopowe (ze skierowaniem od lekarza specjalisty)
- ☐ Badania laboratoryjne objęte pakietem medycznym (ze skierowaniem od lekarza)
- ☐ Zabiegi rehabilitacyjne (ze skierowaniem od lekarza specjalisty)

Załączniki

9. Rodzaj i liczba załączników:

- ☐ **oryginał imiennego rachunku (faktury) wystawionego przez podmiot leczniczy udzielający świadczenia szt.**

Ze wskazaniem rodzaju świadczenia zdrowotnego; oryginał rachunku powinien zawierać: datę wystawienia, pieczęć podmiotu leczniczego oraz podpis osoby upoważnionej do jego wystawienia, imię i nazwisko Pacjenta, któremu udzielono świadczeń medycznych, adres, datę urodzenia, datę oraz określenie wykonanych na rzecz Pacjenta świadczeń zdrowotnych wraz z ich cenami jednostkowymi.

- Dane identyfikujące podmiot leczniczy, który wydał skierowanie.
- Dane identyfikujące Pacjenta: imię, nazwisko, PESEL (ew. data urodzenia).
- Dane identyfikujące lekarza, który wydał skierowanie.
- Datę wydania skierowania.
- Istotne dane dotyczące zdrowia / choroby / procesu diagnostyczno – leczniczego, wyjaśniające cel badania (nie dotyczy badań laboratoryjnych).

Skierowania niezgodne z opisanymi zasadami będą traktowane jako wydane niezgodnie z warunkami Regulaminu i nie będą stanowiły podstawy do przyznania refundacji do chwili usunięcia ich braków.

Dane posiadacza rachunku:
Imię i nazwisko:

Adres:

Nr rachunku bankowego posiadacza pakietu medycznego:

[illegible]

Prosimy o dokładne wypełnienie niniejszego Wniosku i przekazanie go wraz z załącznikami jako skan dokumentów na adres e-mail **refundacja@polmed.pl** lub pocztą na poniższy adres firmy POLMED S.A (POLMED S.A. , Os. Kopernika 21, 83-200 Starogard Gdański).

Oświadczam, że powyższe informacje zostały podane przez mnie zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach refundacji (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.), oraz wyrażam zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej POLMED S.A., dla świadczeń medycznych objętych refundacją.

Miejscowość, data

Podpis Uprawnionego ³

¹ zaznaczyć właściwe

² pola obowiązkowe do wypełnienia

³ w imieniu dzieci w wieku do 18 lat wnioski podpisują rodzice/opiekunowie