

Standardy dostępności

Planowa wizyta u lekarzy pierwszego kontaktu:

- Internisty
- Lekarza rodzinnego
- Pediatra

realizowana jest **do 24 godzin** (w dniach od poniedziałku do piątku).

- Ginekolog
- Chirurg
- Okulista
- Ortopeda
- Laryngolog
- RTG

realizowana jest **do 72 godzin** (3 dni roboczych).(od poniedziałku do piątku).

Planowa wizyta u lekarzy specjalistów oraz badań

- Kardiolog
- Dermatolog
- Pulmonolog
- USG (m.in. brzucha, piersi, z wyłączeniem specjalistycznego, w tym ortopedycznego)
- Neurolog
- Mammografia

realizowana jest **do 120 godzin** (5 dni roboczych).(od poniedziałku do piątku).

Planowa wizyta u lekarzy specjalistów oraz planowe badania:

- Alergolog
- Chirurg naczyniowy
- Specjalista chorób zakaźnych
- Diabetolog
- Endokrynolog
- Gastroenterolog
- Nefrolog
- Neurochirurg
- Onkolog
- Psychiatra
- Urolog
- Tomografia Komputerowa
- EKG wysiłkowe
- Biopsje
- Densytometria

realizowane są **do 168 godzin** (7 dni roboczych) (od poniedziałku do piątku).

Planowa wizyta u lekarzy specjalistów:

- Ginekolog Endokrynolog
- USG specjalistyczne (transrektalne, transwaginalne, sercowo-naczyniowe, ortopedyczne)
- Rezonans Magnetyczny
- Endoskopia przewodu pokarmowego
- Psycholog
- Konsultacje profesorskie
- Oraz wszelkie pozostałe specjalności

realizowana jest **do 240 godzin** (10 dni roboczych) (od poniedziałku do piątku).

Regulamin Refundacji POLMED dla Klientów portalu ZdrowyPakiet.pl**REFUNDACJA Z TYTUŁU BRAKU DOSTĘPNOŚCI ŚWIADCZENIA W STANDARDACH DOSTĘPNOŚCI WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY****I. DEFINICJE**

Poniższe terminy użyte w Regulaminie w liczbie pojedynczej lub mnogiej oznaczają odpowiednio:

Refundacja – zwrot poniesionych - Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) do refundacji - kosztów Świadczeń zdrowotnych przez POLMED, w sytuacji, gdy nie zostaną spełnione Standardy dostępności na warunkach określonych w niniejszym regulaminie, ale jedynie w zakresie Świadczeń zdrowotnych przysługujących Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) w ramach zawartej Umowy i określonych w Zakresie Świadczeń;

Placówka medyczna – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania Świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych, działająca na terenie Polski zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczpospolitej Polskiej;

Placówki Własne – ogólnodostępne ambulatoryjne placówki medyczne działające pod marką POLMED, wskazane na www.polmed.pl

Placówki Współpracujące – podmioty wykonujące działalność leczniczą współpracujące z POLMED, których aktualna lista jest dostępna na stronie internetowej POLMED www.polmed.pl

Standardy dostępności: maksymalny czas oczekiwania Osoby Uprawnionej (Pacjenta) na wizytę planową określony w umowie. Gwarancja dotyczy dostępu do konkretnego Świadczenia zdrowotnego w granicach administracyjnych miejscowości i w promieniu 30 km od granic miejscowości, w której znajduje się Placówka Własna pod marką POLMED lub Placówka Współpracująca.

Gwarancja nie dotyczy:

- terminu dostępu do konkretnej placówki medycznej;
- terminu dostępu do wymienionego przez Osobę Uprawnioną z imienia i nazwiska lekarza lub innego personelu medycznego;
- terminu dostępu w trakcie preferowanego przez Osobę uprawnioną przedziału czasowego.

Wniosek – formularz zgłoszenia Refundacji (Wniosek o Refundację) wg. wzoru ustalonego przez POLMED;

Regulamin – niniejszy dokument określający prawa i obowiązki stron w zakresie Refundacji;

Umowa – umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta między Klientem, a ZdrowyPakiet.pl;

Zakres Świadczeń – wykaz Świadczeń zdrowotnych, przysługujących danej Osobie Uprawnionej w ramach zawartej Umowy, wraz z warunkami ich wykonania;

Osoba uprawniona do Refundacji – osoba fizyczna posiadająca uprawnienia do Świadczeń zdrowotnych, a także uprawnienie do Refundacji w ramach Umowy w zakresie objętej Standardami dostępności, w okresie posiadania uprawnień do tego Zakresu Świadczeń i jedynie w zakresie określonym w Zakresie świadczeń i dokumentach dodatkowych;

Cennik POLMED – cennik obowiązujący w najbliższej zlokalizowanej Placówce własnej POLMED w stosunku do placówki udzielającej świadczenia zdrowotnego w dniu wykonania usługi, która posiada w swoim zakresie świadczeń świadczenie zdrowotne zrealizowane na rzecz Osoby Uprawnionej. Aktualny cennik dostępny jest na stronie www.polmed.pl lub u konsultantów infolinii POLMED.

II. Prawo do refundacji

1. Prawo do skorzystania z Refundacji Osoba Uprawniona uzyskuje w przypadku braku dostępności świadczenia w Placówce Własnej lub Placówce Współpracującej w terminach wskazanych w Standardach dostępności w okresie posiadania uprawnień z tytułu Umowy.
2. Warunkiem skorzystania z Refundacji jest uprzednie skontaktowanie się Osoby Uprawnionej (Pacjenta) z infolinią POLMED, w celu dokonania rezerwacji terminu wizyty.
3. Prawo do Refundacji przysługuje w zakresie Świadczeń zdrowotnych wykonanych w Placówkach medycznych w warunkach ambulatoryjnych, znajdujących się w zakresie świadczeń Osoby Uprawnionej określonym w Zakresie Świadczeń w dniu wykonania świadczenia, z uwzględnieniem warunków wykonania usług (w tym limitów), a także wyłączeń wynikających z Umowy i OWSU oraz wyłączeń wskazanych w punkcie VI niniejszego Regulaminu.

III. Wymagania dotyczące dokumentowania poniesionych kosztów

1. Osoba uprawniona do Refundacji pokrywa koszty wykonanych jej Świadczeń zdrowotnych bezpośrednio w Placówce medycznej, w której te świadczenia zostały wykonane, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej Placówce medycznej oraz pobiera fakturę albo rachunek za wykonane świadczenia zdrowotnego zgodnie z Regulaminem.
2. Faktura za wykonane na rzecz Osoby Uprawnionej Świadczenia zdrowotne powinny być wystawione na Osobę uprawnioną do Refundacji, a w przypadku świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz dziecka do 18 roku życia - na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego dziecka.
3. Faktura powinny zawierać:
 - a) dane Osoby Uprawnionej do Refundacji na rzecz, której zostały wykonane świadczenia zdrowotne (co najmniej imię, nazwisko, adres). W przypadku świadczeń wykonywanych na rzecz dziecka, gdy faktura wystawiona jest na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego w treści faktury powinny się znaleźć dane dziecka na rzecz, którego wykonane zostały świadczenia zdrowotne;
 - b) wykaz wykonanych na rzecz Osoby Uprawnionej Świadczeń zdrowotnych (stanowiący treść faktury) lub załącznik w postaci specyfikacji wystawiony przez Placówkę medyczną wykonującą te świadczenia wraz z nazwą świadczenia zdrowotnego; lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącej danego, zrealizowanego świadczenia zdrowotnego;
 - c) ilość zrealizowanych świadczeń zdrowotnych danego rodzaju;
 - d) datę wykonania świadczenia zdrowotnego;
 - e) cenę jednostkową zrealizowanego świadczenia zdrowotnego.
4. W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych, rehabilitacji oraz pozostałych świadczeń zdrowotnych, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy (Zakresu świadczeń), a skierowanie na świadczenie zostało wystawione poza Placówką Własną, Osoba Uprawniona powinna udokumentować otrzymanie takiego skierowania poprzez sporządzenie jego kopii i dołączenie do Wniosku.
5. W przypadku braku kopii skierowania, o którym mowa w ust. 4 powyżej, potwierdzeniem wystawienia skierowania może być również kopia dokumentacji medycznej Osoby Uprawnionej zawierająca odpowiednią adnotację o wystawieniu w/w skierowania.
6. Refundacja kosztów Świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji jest możliwa pod warunkiem dołączenia do Wniosku kopii dokumentacji medycznej dotyczących schorzenia, będącego powodem zlecenia rehabilitacji oraz jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy

(Zakresu świadczeń), a skierowanie na świadczenie zostało wystawione poza Placówką Własną, Osoba Uprawniona powinna udokumentować otrzymanie takiego skierowania

7. Refundacja nie zostanie dokonana w przypadku, gdy przekazane dokumenty nie będą pozwalały na ustalenie nazw poszczególnych zrealizowanych świadczeń zdrowotnych lub osoby na rzecz której zostało świadczenie wykonane, np.:
 - 1) na podstawie paragonu fiskalnego, który nie jest imiennym ramach
 - 2) na podstawie faktury nie zawierającej wykazu wykonanych świadczeń zdrowotnych lub specyfikacji, o których mowa w ust. 3 powyżej (np. z ogólnym opisem usługi tj. usługa medyczna, zabieg rehabilitacyjny, usługa stomatologiczna itp.), które nie pozwolą na jednoznaczne ustalenie posiadania uprawnień Osoby Uprawnionej do określonych świadczeń zdrowotnych w ramach Umowy dookreślonych w Zakresie świadczeń.

IV. Rozliczenie Refundacji

1. W przypadku świadczeń zdrowotnych, które zgodnie z Umową wiążą się z procentowym lub kwotowym udziałem własnym Osoby Uprawnionej (np. dopłata do usługi, rabaty wynikające z Zakresu świadczeń, cena wykonanego świadczenia zdrowotnego podlegającego Refundacji zostanie pomniejszona o kwotę wynikającą z udziału własnego Osoby Uprawnionej.
2. Jeżeli świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Refundacji są limitowane w ramach Umowy (Zakresu świadczeń) np. co do ilości ich wykonania - limit ten liczony jest łącznie dla świadczeń zdrowotnych wykonanych w Placówkach Własnych, Współpracujących oraz Placówkach medycznych pokrywanych w drodze Refundacji. W przypadku przekroczenia limitu na świadczenia zdrowotne określonego w Umowie koszt usługi nie podlega Refundacji, nawet jeżeli jest dostępny Limit Refundacji w danym Okresie Refundacji.
3. Warunkiem dokonania Refundacji za limitowane świadczenia zdrowotne łączone (np. psychoterapia par) jest posiadanie przez wszystkie Osoby Uprawnione korzystające ze świadczeń zdrowotnych uprawnień do takiego świadczenia zdrowotnego w ramach Umowy (Zakresu świadczeń); w takim przypadku limit w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych liczony jest oddzielnie dla każdej z Osób Uprawnionych.
4. W przypadku, gdy przedstawiona dokumentacja lub Wniosek, które mają być podstawą Refundacji nie dają podstawy do ustalenia lub budzą uzasadnione wątpliwości co do wysokości poniesionych kosztów świadczenia zdrowotnego, zasadności jego wykonania lub osoby na rzecz której wykonano świadczenia, POLMED ma prawo uzależnić dokonanie Refundacji od dostarczenia przez Osobę Uprawnioną dodatkowych dokumentów, które pozwolą obalić uzasadnione wątpliwości lub pozwolą ustalić zakres Refundacji, w tym w szczególności może to dotyczyć przedłożenia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej wykonanego świadczenia a zdrowotnego lub udzielenia przez Osobę uprawnioną do Refundacji zgody na dostęp do w/w dokumentacji medycznej przez POLMED.
5. W przypadku braku wyrażenia zgody na dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej świadczenia zdrowotnego, o czym mowa w ust. 4 powyżej, jak również w przypadku stwierdzenia na podstawie dostarczonej w trybie określonym w ust. 4 powyżej dokumentacji braku podstaw do dokonania Refundacji, POLMED ma prawo odmowy dokonania Refundacji odpowiednio w całości albo w części, o czym poinformuje pisemnie Osobę Uprawnioną wnioskującą o Refundację.
6. Jeżeli koszt świadczenia zdrowotnego wykonanego na rzecz Osoby uprawnionej do Refundacji rażąco przewyższa cenę świadczenia określoną w Cenniku POLMED, POLMED ma prawo obniżyć kwotę Refundacji do najwyższej wysokości ceny tego świadczenia w Cenniku POLMED, chyba że Osoba wnioskująca o Refundację dostarczy dokumentację medyczną uzasadniającą wysokość poniesionych kosztów.
7. Jeżeli po dokonaniu zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych w trybie Refundacji POLMED uzyska dowody na okoliczność, o czym mowa w ust. 4 powyżej, jak również w przypadku stwierdzenia że stanem faktycznym wskazanym we Wniosku lub dołączonych dokumentach (np. przedłożeniu wraz z Wnioskiem faktur za świadczenia zdrowotne wykonane na rzecz osób trzecich), POLMED przysługuje zwrot wypłaconych nienależnie kwot w ramach Refundacji wraz z odsetkami licznymi od dnia dokonania wypłaty środków w ramach Refundacji.

IV. Wypłata z tytułu refundacji

1. Wypłata świadczenia z tytułu Refundacji dokonywana jest na podstawie złożonego przez Osobę uprawnioną Wniosku o refundację wraz z załączonymi oryginałami faktur albo rachunków, a także kopii skierowań) przesłanych w terminie do 3 miesięcy od daty wykonania świadczenia zdrowotnego.
2. Wniosek wraz z kompletem dokumentów należy przesyłać na adres: POLMED SA, Oś. Kopernika 21, 83-200 Starogard Gdański, Z dopiskiem: Refundacja
3. W przypadku otrzymania Wniosku lub dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej POLMED poinformuje osobę składającą Wniosek o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki we Wniosku.
4. POLMED dokona zwrotu kosztów (Refundacji) na wskazany we Wniosku numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty doręczenia kompletnego Wniosku.

V. Wyłączenie Refundacji

Refundacja nie obejmuje:

1. Kosztów świadczeń zdrowotnych nie zakupionych, jako pojedyncza usługa, lecz należnych w ramach zakupionych u innego operatora medycznego przez Osobę Uprawnioną w ramach opłaty ryczałtowej usług z tytułu umów obejmujących pakiety medyczne, karty, abonamenty medyczne i inne podobne umowy, których przedmiotem jest świadczenie opieki zdrowotnej (udzielania świadczeń zdrowotnych) opłacanych na zasadzie ryczałtu u innych dostawców.
2. Świadczeń zdrowotnych wykonanych odpłatnie w Placówkach Własnych, w przypadku posiadania przez Osobę Uprawnioną nieodpłatnego dostępu do takiego świadczenia zdrowotnego w ramach posiadanego przez nią Zakresu świadczeń;
3. Świadczeń z zakresu hospitalizacji oraz innych świadczeń wykonanych w warunkach szpitalnych wymagających pobytu Osoby Uprawnionej w oddziale szpitalnym;
4. Świadczeń z zakresu medycyny pracy, medycyny ورزشowej, medycyny sportowej, badań do prawa jazdy, medycyny lotniczej
5. Świadczeń z zakresu rehabilitacji, z wyłączeniem przypadków opisanych w pkt. III, ust. 6 Regulaminu
6. Świadczeń zdrowotnych, w przypadku, gdy Wniosek lub faktura będącymi podstawą Refundacji zostaną przesłane do POLMED później niż 3 miesiące od daty wykonania świadczenia zdrowotnego.

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW
Z TYTUŁY BRAKU DOSTĘPNOŚCI ŚWIADCZENIA W RAMACH STANDARDÓW
DOSTĘPNOŚCI OKREŚLONYCH W UMOWIE**

Pakiet medyczny POLMED S.A.: pracownika/klienta ¹ / członków rodzin pracownika ¹

Nazwa firmy:

.....

Dane osobowe uprawnionego w pakiecie

1) pola obowiązkowe do wypełnienia

1. Imię i nazwisko: ²

.....

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

2. Imię i nazwisko opiekuna/rodzica dziecka: ²

.....

3. Adres zamieszkania: ²

.....

4. Adres do korespondencji: ²

.....

5. Adres e-mailowy:

.....

6. Data urodzenia: ²

7. PESEL ²

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

Opis wnioskowanego świadczenia

8. Wnioskuje o zwrot kosztów następujących świadczeń medycznych objętych pakietem medycznym:
- Konsultacja lekarska (internisty, pediatry, lekarza rodzinnego)
 - Konsultacja lekarza specjalisty (ze skierowaniem od lekarza, jeżeli zakres pakietu tego wymaga)
 - 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.

Załącznik nr 6

1. POLMED będąc administratorem danych przetwarza dane osobowe wskazane we wniosku o refundację w celu:
 - 1) refundacji poniesionych przez Pacjenta kosztów świadczeń zdrowotnych, wykonanych na rzecz Pacjenta przez wybrany przez niego zewnętrzny podmiot leczniczy – na podstawie art. 27 ust. 2 pkt 1 Ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych,
 - 2) prowadzenia dokumentacji medycznej - na podstawie art. 27 ust. 2 pkt 7 Ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w związku z art. 24 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 3 ust. 1 Ustawy z dn. 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej.
2. Z dniem 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych zamiast art. 27 ust. 2 pkt 1 oraz art. 27 ust. 2 pkt 7 Ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych będą odpowiednio art. 9 ust. 2 lit. a i h RODO.
3. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany obowiązującymi przepisami prawa m.in. Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez okres niezbędny do rozliczeń refundacji oraz przez okres, w którym mogą ujawnić się roszczenia związane z refundacją.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne w celu rozpatrzenia zgłoszonej refundacji.

Miejscowość, data

Podpis Uprawnionego ³

¹ zaznaczyć właściwe

² pola obowiązkowe do wypełnienia

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