

REGULAMIN REFUNDACJI KOSZTÓW LECZENIA DLA PACJENTÓW MEDICOVER SP. Z O.O.

§1 Zasady refundacji

1. Regulamin określa zasady refundacji rozumianej jako zwrot poniesionych kosztów za wykonane świadczenia medyczne na rzecz Pacjentów Medicover (Osób Uprawnionych), w innych placówkach medycznych na terenie Polski.
2. Kwota refundacji obejmuje 100% poniesionych kosztów za świadczenia medyczne, które są wykazane na liście świadczeń objętych pakietem na podstawie zawartej umowy, na rzecz Osoby Uprawnionej (w rozumieniu istnienia w bazie Pacjentów Medicover). Warunkiem skorzystania z oferty refundacji kosztów leczenia jest brak dostępności w odniesieniu do wizyty u wybranego specjalisty zgodnie z informacjami zawartymi w dokumencie „Standard dostarczania opieki zdrowotnej (dalej „SDOZ”) w Sieci placówek medycznych Medicover w odległości 30 km od miejsca zamieszkania Osoby Uprawnionej, z zastrzeżeniem że niezbędne jest podjęcie następujących kroków:
 - 1) Złożenie telefonicznego zamówienia w Centrum Obsługi Klienta dotyczącego chęci zrealizowania usługi medycznej (telefon 500 900 930).
 - 2) Uzyskanie od Konsultanta Centrum Obsługi Klienta informacji o braku dostępności usługi w odległości 30 km od miejsca zamieszkania Osoby Uprawnionej a tym samym potwierdzenia dotyczącego braku możliwości zrealizowania wskazanej konsultacji w Sieci placówek medycznych Medicover zgodnie ze SDOZ.
 - 3) Zgłoszenie telefoniczne zarejestrowanie reklamacji obszarze opisanym w §1 pkt2.
3. Prawo do skorzystania z Refundacji przysługuje Pacjentom Medicover, którzy otrzymali ofertę i przystąpili do programu Refundacji, w związku z zawarciem umowy, która uprawnia ich do korzystania z usług medycznych Medicover Sp. z o.o. („Umowa”).
4. Refundacji podlegają wyłącznie wydatki poniesione na świadczenia medyczne uzyskane w okresie posiadania uprawnień do opieki medycznej, zgodnie z Umową w terminie wskazanym w niniejszym regulaminie.
5. Refundacji podlega zakres usług ambulatoryjnych objęty Programem Opieki Medycznej (zgodnie z załącznikiem do Umowy) z wykluczeniem:
 - 1) Konsultacji i badań z zakresu Medycyny Pracy
 - 2) Procedur rehabilitacyjnych - poza przypadkami, kiedy Medicover nie jest w stanie dostarczyć usługi rehabilitacyjnej w placówce oddalonej od miejsca zamieszkania lub miejsca pracy o ponad 10 km; w takich przypadkach, Pacjent Medicover jest zobowiązany uzyskać potwierdzenie możliwości refundacji rehabilitacji od pracownika Centrum Obsługi Klienta; refundacja obejmuje wtedy 100% poniesionych kosztów, o ile realizowane zabiegi znajduje się w zakresie opieki posiadanej przez pacjenta w Medicover. Medicover nie będzie refundował kosztów zabiegów, których liczba przekroczy limit obowiązujący w zakresie opieki.
 - 3) Wizyt domowych,
 - 4) Stomatologii,
 - 5) Wysokospecjalistycznych zabiegów ambulatoryjnych i diagnostyki
 - 6) Konsultacji profesorskich
6. Refundacji nie podlegają usługi z zakresu:
 - 1) Hospitalizacji i chirurgii jednego dnia
 - 2) Pogotowia i transportu
7. Całkowite koszty wykonanego świadczenia ponosi Osoba Uprawniona lub opiekun prawny, bezpośrednio w wybranej placówce medycznej (zarejestrowana jako Podmiot Wykonujący Działalność Leczniczą), zgodnie z obowiązującym w tej placówce cennikiem.
8. Wysokość poniesionych kosztów musi być racjonalna i odpowiadać przeciętnym cenom obowiązującym na lokalnym rynku.
9. Realizacja i wysokość refundowanych kosztów będzie uwzględniać dodatkowe warunki jakie przewiduje Umowa. W przypadku usług medycznych wymagających pisemnego skierowania z Placówki Medicover

(określone w warunkach Umowy), warunkiem refundacji jest załączenie do dokumentacji kopii skierowania z Placówki Medicover. W przypadku refundacji honorowane będą skierowania ze wszystkich placówek medycznych, również z placówek poza Medicover. Skierowania nie będą wymagane w przypadku następujących badań wykonywanych podczas konsultacji ginekologicznej:

- Cytologia szyjki macicy
- Posiew wymazu z pochwy
- Stopień czystości pochwy
- GBS
- Usg sutka (piersi)
- Usg transwaginalne miednicy mniejszej
- Usg ciąży

§ 2

Procedura wypłaty środków

1. Osoba Uprawniona lub opiekun prawny ubiegająca się o zwrot kosztów zobowiązana jest do złożenia wniosku o refundację kosztów, którego wzór stanowi załącznik do niniejszego regulaminu wraz z kompletem wymaganych dokumentów w terminie 30 dni kalendarzowych od daty wykonania usługi.
 2. Prawidłowo skompletowany wniosek o refundację kosztów leczenia, powinien zawierać wypełnione wszystkie pola wskazane jako obowiązkowe do uzupełnienia we wniosku.
 3. Wymaganymi dokumentami jako załączniki do wniosku refundacji są:
 - 1) Wystawiona przez placówkę medyczną (inna niż placówka medyczna Medicover) faktura na Osobę Uprawnioną lub w przypadku świadczeń zdrowotnych zrealizowanych na rzecz dziecka lub osobę ubezwłasnowolnioną na opiekuna prawnego wraz ze specyfikacją wykonanych w danym terminie usług. Z dokumentu powinno wynikać jednoznacznie jakie, kiedy i komu zostało wykonane świadczenie. Paragon z kasy fiskalnej nie uznaje się za wystarczający dokument uprawniający do wnioskowania o refundację.
 - 2) Kopia skierowania - jeśli świadczenie lub uprawnienia w ramach Umowy takiego wymagają. (jako załącznik).
 4. Wniosek o refundację wraz z dokumentami należy dostarczyć jednym z niżej opisanych sposobów:
 - 1) W formie elektronicznej - poprzez: formularz elektroniczny dostępny w Medicover OnLine (sekcja Mój Profil → Wnioski).
 - 2) W formie elektronicznej (e-mail) - adres e-mail do przesyłania dokumentów refundacyjnych w formie elektronicznej: refundacje.medicover@rhenus-data.pl (forma preferowana) – w jednym e-mail należy przesłać komplet dokumentów.
 - 3) W formie papierowej – jeżeli nie ma możliwości przesłania dokumentów drogą elektroniczną. Adres do przesyłania kompletu dokumentów refundacyjnych w formie papierowej:
- Refundacje Medicover**
Rhenus Data Office Polska Sp z o.o.
Al. Katowicka 66
05-830 Nadarzyn
- 4) Medicover Sp. z o.o. może wskazać inne formy przekazywania refundacji – dodatkowe do powyższych – wskazanie dodatkowej formy dostarczania wniosku o refundację nie wymaga zmiany regulaminu.
5. Zespół Rozliczeń zatwierdza i zleca wypłatę środków:
 - 1) Po sprawdzeniu kompletności i poprawności dokumentów.
 - 2) Po weryfikacji danych formalnych podmiotu leczniczego, który udzielił świadczeń zdrowotnych w bazach w tym między innymi zgodnie z Centralnej Ewidencją i Informacją o Działalności Gospodarczej.

W przypadku niezgodności, braku kompletu dokumentów lub wątpliwości, Medicover Sp. z o.o. poinformuje bezpośrednio osobę składającą wniosek poprzez wiadomość e-mail lub gdy ten nie jest dostępny to telefonicznie. Pacjent zobowiązany jest do niezwłocznego uzupełnienia braków lub przekazania wyjaśnień, nie później jednak niż do 14 dni kalendarzowych od momentu powiadomienia osoby uprawnionej. Termin rozpatrzenia wniosku refundacji wskazany w paragrafie 2 punkt 8 ulega wydłużeniu o czas otrzymania niezbędnych dokumentów/wyjaśnień od Osoby Uprawnionej. Brak uzupełnienia braków lub przekazania wyjaśnień w terminie wskazanym w tym punkcie może skutkować odrzuceniem wniosku.

6. Medicover Sp. z o.o. zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności danych podanych przez Osoby Uprawnione (Wnioskodawcę), poprzez kontakt z placówką leczniczą i porównanie cen usług podanych we wniosku i wskazanych przez daną placówkę. W przypadku rozbieżności, Medicover Sp. z o.o. zastrzega sobie prawo do odmowy refundacji, chyba że Osoba Uprawniona dostarczy dodatkowe dokumenty potwierdzające uiszczenie stosownej opłaty.
7. Refundacja kosztów leczenia nastąpi w terminie do 30 dni kalendarzowych od otrzymania kompletu poprawnych dokumentów, na wskazany we wniosku numer konta bankowego. Termin ten ulega przerwaniu w przypadku stwierdzenia niezgodności lub wątpliwości – w takim przypadku termin zostaje wydłużony o czas uzyskania stosownych dokumentów lub wyjaśnień pozwalających na wypłatę środków.

§3

Postanowienia końcowe

1. Każda Osoba uprawniona ubiegająca się o refundację kosztów leczenia jest zobowiązana zapoznać się z treścią niniejszego Regulaminu i go przestrzegać.
2. Każda Osoba uprawniona ubiegająca się o refundację kosztów leczenia jest obowiązana do przesłania poprawnie wypełnionego wniosku o refundację, który stanowi załącznik do niniejszego Regulaminu wraz z wymaganą dokumentacją.
3. W kwestiach nieujętych w Regulaminie decyzję ostateczną podejmuje Dział Obsługi Klienta w ramach procedury reklamacyjnej:
 - 1) Każda reklamacja Klienta jest wstępnie kwalifikowana przez pracownika Działu ds. Obsługi Klientów Indywidualnych jako medyczna albo serwisowa.
 - 2) Po otrzymaniu reklamacji, najpóźniej w ciągu 3 dni roboczych, pracownik Działu ds. Obsługi Klientów Indywidualnych lub osoba upoważniona do zajęcia się zgłoszeniem, kontaktują się z Klientem w celu wyjaśnienia reklamacji lub zebrania dodatkowych informacji.
 - 3) Każda reklamacja jest rozpatrywana niezwłocznie, w pierwszej kolejności sprawy wymagające natychmiastowej interwencji z uwagi na ich zawartość merytoryczną. Reklamacje powinny zostać rozwiązane najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia otrzymania zgłoszenia, chyba że konieczne są dodatkowe dokumenty do jej rozwiązania, wówczas termin ten jest wydłużony o kolejne 10 dni roboczych od momentu ich otrzymania.
 - 4) W przypadku kiedy w czasie rozpatrywania reklamacji trwa np. leczenie Klienta, rozwiązanie jej może się przedłużyć do momentu zakończenia leczenia, wówczas jednak w stałym kontakcie z Klientem pozostaje osoba odpowiedzialna za rozpatrzenie reklamacji.
 - 5) W przypadku powstania prawdopodobieństwa przedłużenia terminu rozpatrzenia reklamacji o więcej niż 10 dni właściwy pracownik informuje o tym Klienta, jego Opiekuna i/lub przedstawiciela Klienta, wskazując konkretne przyczyny przedłużenia terminu. Przyczyny te są dokumentowane w bazie danych Działu ds. Obsługi Klientów Indywidualnych.
4. Medicover Sp. z o.o. zastrzega sobie możliwość zakończenia programu Refundacji lub dokonania zmian w/w regulaminie, o czym poinformuje Osoby Uprawnione, z 60-dniowym wyprzedzeniem, wszelkimi dostępnymi kanałami informacyjnymi (sms, e-mail, na stronie www.medicover.pl, itd.), przy czym wnioski o refundację złożone w ostatnim dniu roboczym obowiązywania regulaminu, rozpatrywane będą według zasad w nim określonych.
5. Zmiany poszczególnych punktów Regulaminu wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

WNIOSEK O REFUNDACJĘ 100%

| 1. DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O REFUNDACJĘ KOSZTÓW LECZENIA | | | | | |
|--|---|--|---|-------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Uprawniony Główny* | | <input type="checkbox"/> Członek rodziny Uprawnionego Głównego * | | | |
| 1.1 | Nazwisko | 1.2 | Imię (imiona) | 1.3 | PESEL (gdy nadany) |
| 1.4 Adres zamieszkania: | | | | | |
| Miejscowość | | | | | |
| Gmina/Pocztą (zakreśl pozycję, której dotyczy) | | | | Kod pocztowy | |
| Ulica | | | | Nr domu | Nr lokalu |
| Telefon kontaktowy | | | Adres e-mail | | |
| 1.5 | Nazwa Klienta (Firmy) | | 1.6 | Nr Karty Pacjenta (MRN) | |
| 2. FORMA WYPŁATY / PRZELEW BANKOWY | | | | | |
| (W przypadku przyznania zwrotu, kwota ta będzie obniżona o koszty wynikające z warunków Umowy i Regulaminu Refundacji) | | | | | |
| 2.1. | Bank/Oddział | | | | |
| 2.2. | Nr rachunku | | | | |
| _____ | | | | | |
| 3. OKOLICZNOŚCI UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ | | | | | |
| 3.1. | <input type="checkbox"/> Nagłe zachorowanie** | | <input type="checkbox"/> Planowane leczenie** | | <input type="checkbox"/> Brak dostępu do świadczeń w Centrum Medcover (wymagane uzupełnienie sekcji 4a)** |
| 4. | Nazwa usługi*** | Data wykonania | Kwota (cena jednostkowa usługi wskazana na specyfikacji lub fakturze) | Nr faktury | Kwota refundacji (wypełnia Medcover Sp. z o.o) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 4a | Data rozmowy z konsultantem potwierdzająca brak dostępności usług | | Numer telefonu, z którego było realizowane połączenie | | |
| | | | | | |
| 5. Do wniosku załączam dokumenty finansowe w liczbie | | | | | |
| 6. Wydatki razem | | | | | |
| 7. Dane placówki, w której udzielono świadczeń zdrowotnych | | | | | |
| 7.1 | Rodzaj placówki:** <input type="checkbox"/> prywatna <input type="checkbox"/> działająca w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej | | | | |
| 7.2 Adres placówki: | | | | | |
| | | | | | |

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem refundacji kosztów leczenia Medcover Sp. z o.o. i akceptuję jego postanowienia.

Data i czytelny podpis wnioskodawcy



Uwaga!

Do wniosku należy dołączyć wszystkie rachunki wraz z dowodami zapłaty. W razie braku jakiegokolwiek z wymaganych dokumentów, należy liczyć się z odmową zwrotu poniesionych kosztów za dane świadczenie. Informacje o dokumentach, które należy dołączyć do wniosku znajdują się w Regulaminie Refundacji.

Wniosek wraz z dokumentami należy dostarczyć jednym z niżej opisanych sposobów:

- 1) W formie elektronicznej - poprzez: formularz elektroniczny dostępny w Medicover OnLine (sekcja Mój Profil → Wnioski).
- 2) W formie elektronicznej (e-mail) - adres e-mail do przesyłania dokumentów refundacyjnych w formie elektronicznej: refundacje.medicover@rhenus-data.pl (forma preferowana) – w jednym e-mail należy przesać komplet dokumentów.
- 3) W formie papierowej – adres do przesyłania dokumentów refundacyjnych w formie papierowej:

Refundacje Medicover
Rhenus Data Office Polska Sp z o.o.
Al. Katowicka 66
05-830 Nadarzyn

Opis do odsyłaczy we wniosku:

* Proszę o wskazanie jednej opcji. Prosimy o zaznaczenie „X”, gdy osoba ubiegająca się o refundację poniesionych kosztów leczenia zgłoszona jest do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny głównego ubezpieczonego, a następnie podać dane osobowe.

** Prośba o wskazanie tylko jednej opcji

*** Nazwa usługi zgodne z obowiązującym w tym dniu benefit planem. (*stanowi załącznik do Umowy*).