

REGULAMIN REFUNDACJI KOSZTÓW LECZENIA DLA PACJENTÓW MEDICOVER SP. Z O.O. Z DNIA 15.10.2015 ROKU.

§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 70% poniesionych kosztów za świadczenia medyczne wykonane w danym kwartale (kalendarzowym). Limit kwotowy wynosi 500 zł kwartalnie, na każdą Osobę Uprawnioną (w rozumieniu istnienia w bazie Pacjentów Medicover) z zastrzeżeniem że:
 - 1) Niewykorzystany limit refundacji w danym kwartale nie jest przenoszony na przyszłe kwartały.
 - 2) Kwota stanowiąca nadwyżkę przyznanego limitu 70% poniesionych kosztów do wysokości limitu 500zł na dany kwartał nie podlega rozliczeniu w przyszłym kwartale kalendarzowym. .
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 .
5. Refundacji podlega zakres usług ambulatoryjnych objęty Programem Opieki Medycznej (zgodnie z załącznikiem do Umowy) z wykluczeniem:
 - 1) 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.
 - 2) Wizyt domowych,
 - 3) Stomatologii,
 - 4) Specjalistycznych procedur ambulatoryjnych
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, bezpośrednio w wybranej placówce medycznej (zarejestrowana jako Podmiot Wykonujący Działalność Leczniczą w Centralnej Ewidencji Informacji o Działalności Gospodarczej), 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:
 - 1) Maksymalna wartość refundacji będzie ograniczona do wysokości limitu kwoty lub ilości, wynikających z Umowy i nie będzie wyższa niż wartość określona zgodnie z par. 1 pkt.2 niniejszego regulaminu.

- 2) Maksymalna wartość refundacji będzie ograniczona do wysokości udziału własnego procentowego lub kwotowego zgodnie z warunkami Umowy i nie będzie wyższa niż wartość określona zgodnie z par. 1 pkt.2 niniejszego regulaminu.
- 3) Maksymalna wartość refundacji będzie ograniczona do limitu wartości poniesionych kosztów świadczeń wynikających z Umowy i nie będzie wyższa niż wartość określona zgodnie z par. 1 pkt.2 niniejszego regulaminu
- 4) W przypadku usług medycznych wymagających pisemnego skierowania z Placówki Medicover (określone w warunkach Umowy), warunkiem refundacji jest załączenie do dokumentacji kopii skierowania.

§ 2

Procedura wypłaty środków

1. Osoba Uprawniona 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 od daty wykonania usługi.
2. Prawidłowo skompletowany wniosek o refundację kosztów leczenia powinien zawierać:
 - 1) Dane osobowe i adresowe Osoby Uprawnionej do refundacji, na rzecz której zostały wykonane świadczenia
 - 2) Wykaz wykonanych świadczeń zgodnie z zakresem usług w benefit planie, objętych regulaminem refundacji.
 - 3) Ilość świadczeń danego rodzaju
 - 4) Datę wykonania świadczenia
 - 5) Cenę jednostkową świadczenia
 - 6) Numer konta bankowego Osoby Uprawnionej
 - 7) Numer tel. kontaktowego Osoby Uprawnionej
3. Wymaganymi dokumentami jako załączniki do wniosku refundacji są:
 - 1) Wystawiona przez placówkę medyczną faktura lub rachunek na Osobę Uprawnioną (lub w przypadku świadczeń zdrowotnych zrealizowanych na rzecz dziecka, na opiekuna prawnego), wraz ze specyfikacją wykonanych w danym terminie usług. Z dokumentu powinno wynikać jednoznacznie kiedy było wykonane świadczenie.
 - 2) Faktura/rachunek musi zawierać wskazaną formę płatności. W przypadku, gdy Osoba Uprawniona dokona płatności dostawcy przelewem- dowód zapłaty.
 - 3) Kopia skierowania- jeśli świadczenie lub uprawnienia w ramach Umowy takiego wymagają. (jako załącznik).
4. Wniosek o refundację wraz z dokumentami należy dostarczyć do Medicover Sp. z o.o. pod adresem:

**Zespół Kontroli Zobowiązań
Medicover Sp. z o.o.
Al. Jerozolimskie 96
00-807 Warszawa**

5. Zespół Kontroli Zobowiązań zatwierdza wypłatę środków:
 - 1) Po sprawdzeniu kompletności i poprawności dokumentów.
 - 2) Po weryfikacji danych formalnych podmiotu leczniczego, który udzielił świadczeń zdrowotnych zgodnie z Centralnej Ewidencją i Informacją o Działalności Gospodarczej.

W przypadku niezgodności, Medicover Sp. z o.o. poinformuje bezpośrednio osobę składającą wniosek telefonicznie lub pisemnie.

6. W przypadku otrzymania dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej, w szczególności :
 - 1) błędnie wypełniony Wniosek o Refundację
 - 2) braku podpisanego Wniosku o Refundacji wraz upoważnieniem do pozyskania przez Medicover Sp. z o.o. dokumentacji medycznej
 - 3) brak wymaganych załączników (skierowanie, specyfikacja)

- 4) wykaz wykonanych świadczeń niezgodnie z zawartą umową i regulaminem refundacji
- 5) wykaz świadczeń na rzecz osoby nieuprawnionej
- 6) wykaz świadczeń poza okresem posiadania uprawnień do opieki
- 7) brak możliwości weryfikacji poprawności danych ze strony Medicover Sp. z o.o.
- 8) brak prawidłowo wystawionej faktury/rachunku z potwierdzeniem zapłaty

Medicover Sp. z o.o. poinformuje osobę składającą wniosek o konieczności uzupełnienia wymaganych danych lub braku możliwości otrzymania refundacji.

7. Medicover Sp. z o.o. ma prawo sprawdzić wiarygodność danych podanych przez Osoby Uprawnione (Wnioskodawcę), poprzez zażądanie dodatkowych dokumentów (w tym dokumentacji medycznej dotyczącej świadczenia, za które Osoba Uprawniona występuje z wnioskiem o refundację) lub sprawdzenie danych w odpowiednich instytucjach/placówkach realizujących świadczenia na co Osoba Uprawniona wyrazi zgodę we wniosku o refundację. Refundacja nie będzie rozpatrzona, jeżeli Osoba Uprawniona nie udzieli stosownej zgody, o której mowa powyżej.
8. Refundacja kosztów leczenia nastąpi w terminie do 30 dni od otrzymania kompletu poprawnych dokumentów, na wskazany na wniosku numer konta bankowego.

§3

Postanowienia końcowe

1. Każda Osoba uprawniona ubiegająca się o refundację kosztów leczenia jest zobowiązana zapoznać się z treścią niniejszego Regulaminu.
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.