

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

Wniosek o częściową refundację kosztów świadczeń zdrowotnych w ramach usługi „Swoboda leczenia”

Pakiet medyczny POLMED S.A.:

Nazwa firmy pracodawcy:

Dane osobowe uprawnionego w pakiecie

1. Imię i nazwisko

W przypadku, gdy uprawnionym jest dziecko prosimy o wypełnienie danych

Uprawnionego

2. Imię i nazwisko dziecka:

3. Adres zamieszkania:

4. Adres do korespondencji:

5. Adres e-mailowy:

6. Data urodzenia:

7. PESEL

Opis wnioskowanego świadczenia

8. Wnioskuję 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.

Kopię wystawionego przez podmiot leczniczy skierowania na badania diagnostyczne objęte refundacją.

Skierowanie (zlecenie medyczne) musi zawierać naniesione czytelnie dane, określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015, poz. 2069), a w szczególności:

- 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
- Inne 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 braków.

Dane posiadacza rachunku (dane dotyczące zwrotu kosztów)

Imię i nazwisko:

Adres:

Nr rachunku bankowego Ubezpieczonego:

Dodatkowa informacja

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).

Oświadczenia

1. Ja, niżej podpisana/y, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez POLMED S.A. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim Os. Kopernika 21 w celu rozliczenia refundacji poniesionych przeze mnie kosztów świadczeń zdrowotnych, wykonanych przez wybrany przeze mnie zewnętrzny podmiot leczniczy z zakresie wskazanym we wniosku o refundację.
2. Upoważniam firmę POLMED S.A. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim do dostępu (wglądu do oryginałów, uzyskania kopii odpisów i wypisów) do dokumentacji medycznej (na podstawie art. 26 ust. 1 i in. Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) przez okres trwania umowy, w zakresie świadczeń będących przedmiotem niniejszego wniosku.
3. Oświadczam, że wszelkie dane zawarte w zgłoszeniu o refundację są kompletne i zgodne z prawdą.
4. Wyrażam zgodę na przesyłanie korespondencji dotyczącej zgłoszonego roszczenia drogą elektroniczną (na wskazany adres e-mail).

.....
Data i podpis

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. 9 ust. 2 lit. a i h RODO
 - 2) prowadzenia dokumentacji medycznej – na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a i h RODO 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. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest 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.
5. Kontakt z inspektorem danych osobowych POLMED możliwy jest za pośrednictwem adresu mailowego: daneosobowe@polmed.pl

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Uprawnionego*

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