

OGÓLNE WARUNKI UMOWY
PAKIETY INDYWIDUALNE

Niniejsze Ogólne Warunki Umów określają warunki wykonywania umowy o świadczenia zdrowotne („Umowy”), zawieranej przez MEDIHELP Sp. z o.o. z osobami indywidualnymi, które wykupiły pakiet medyczny przez platformę sprzedażową MEDIHELP.

Rozdział I. Postanowienia ogólne.

§1. Świadczenia zdrowotne oferowane przez Operatora z wykorzystaniem zasobów Świadczeniodawcy mają stanowić system odpłatnej opieki zdrowotnej w zakresie ochrony zdrowia i innych świadczeń zdrowotnych. System świadczeń oferowanych przez Operatora z wykorzystaniem zasobów Świadczeniodawcy nie ma charakteru ubezpieczenia osobowego, w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego oraz przepisów prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru sądowego pod nr 0000386250, NIP 524-27-34-607, REGON 142933144, wysokość kapitału zakładowego: 50.000 zł. Przy wykonywaniu Umowy Operator podzleca organizację i wykonywanie całości Świadczeń Świadczeniodawcy oraz dalszym podwykonawcom Świadczeniodawcy.

§2. Terminy używane w niniejszym Regulaminie oznaczają:

- 1) OWU – niniejsze Ogólne Warunki Umów o Świadczenia Zdrowotne;
- 2) Świadczeniodawca – POLMED S.A z siedzibą w Starogardzie Gdańskim, Os. Kopernika 21, która jest „podmiotem leczniczym” w rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654 ze zm.),
- 3) Operator - **MEDIHELP Sp. z o.o.** z siedzibą w Warszawie (00-867), przy ul. Al. Jana Pawła II 27, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru sądowego pod nr 0000386250, NIP 524-27-34-607, REGON 142933144, wysokość kapitału zakładowego: 50.000 zł. Przy wykonywaniu Umowy Operator podzleca organizację i wykonywanie całości Świadczeń Świadczeniodawcy oraz dalszym podwykonawcom Świadczeniodawcy.
- 4) Zlecający –osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych przystępująca do Umowy na rzecz wskazanych przez siebie osób, w tym także na swoją rzecz, poza zakresem prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej;
- 5) Strony – Operator i Zlecający;
- 6) Pacjent (lub Uprawniony)– osoba fizyczna, wskazana przez Zlecającego w formularzu zgłoszenia, uprawniona do uzyskania Świadczeń; Pacjentem może być także sam lub tylko Zlecający;
- 7) Świadczenie – świadczenie zdrowotne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654 ze zm.), będące przedmiotem zobowiązania Operatora i Świadczeniodawcy, udzielane Pacjentowi;
- 8) Pakiet – dany zestaw Świadczeń uzgadniany w Umowie, do uzyskania których będzie uprawniony Pacjent. Umowa może przewidywać różne rodzaje Pakietów. Zakres Świadczeń objętych danym Pakietem określa Załącznik nr 1 do Umowy. W zakres pakietu wchodzi m.in. konsultacje specjalistyczne, badania diagnostyczne. Badania diagnostyczne zlecane są przez lekarza sieci Świadczeniodawcy i, o ile szczególne postanowienia nie stanowią inaczej, wykonywane są w związku z diagnostyką, zapobieganiem i leczeniem chorób.
- 9) Zlecenie medyczne - zlecenie na badania diagnostyczne wystawione przez lekarza sieci POLMED S.A. lub Partnera Medycznego POLMED. Zlecenie musi zawierać naniesione czytelnie: dane identyfikujące pacjenta (nazwisko, imię i PESEL, ew. datę urodzenia), dane identyfikujące placówkę i lekarza wydającego skierowanie, nazwę badania zgodną lub jednoznaczną z mianownictwem międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych ICD-9, oraz – za wyjątkiem badań laboratoryjnych – rozpoznanie lekarskie i/lub określenie celu wykonania badania. Wydanie Zlecenia medycznego wynika ze stwierdzenia zgodnej z zasadami sztuki medycznej potrzeby wykonania określonego badania, ocenianej na podstawie badania lekarskiego, nie zaś na życzenie Pacjenta.
- 10) Centra Medyczne POLMED – własne placówki POLMED S.A. wymienione na stronie www.polmed.pl
- 11) Partner Medyczny POLMED – podmiot leczniczy, podwykonawca POLMED S.A., stale współpracujący z POLMED S.A. przy udzielaniu Świadczeń, których lista jest dostępna na stronie www.polmed.pl;
- 12) TCOP – Telefoniczne Centrum Obsługi Pacjenta POLMED S.A. pod numerami telefonu 801 033 200 lub 58 775 95 99.

Rozdział II. Zawarcie i skuteczność Umowy.

§3. 1. Do zawarcia Umowy dochodzi w wybrany przez Strony sposób spośród wskazanych w Kodeksie cywilnym.

2. Świadczeniodawca będzie przetwarzał dane osobowe Uprawnionych (Pacjentów) zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych, a po rozpoczęciu korzystania przez te osoby ze świadczeń zdrowotnych – również zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Zlecający ma prawo w każdym czasie wystąpić o objęcie Świadczeniami dodatkowych Pacjentów w sposób określony w Umowie.

4. W celu zapewnienia wykonywania Umowy Operator jest uprawniony do powierzenia przetwarzania danych osobowych Pacjentów Świadczeniodawcy oraz podwykonawcom Świadczeniodawcy na podstawie art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych. Niezależnie od powyższego, Świadczeniodawca będzie przetwarzał dane osobowe Pacjentów dotyczące ich stanu zdrowia jako podmiot leczniczy i ich samodzielny administrator na podstawie przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 4. 1. Skutki Umowy uzależnione są od dokonania przez Zlecającego pierwszej wpłaty za wszystkich Pacjentów, objętych Umową.

2. Z chwilą wejścia w życie umowy Pacjent jest uprawniony do uzyskania Świadczeń objętych wybranym Pakietem. Pacjent identyfikowany jest:

- przy zgłoszeniu telefonicznym do Telefonicznego Centrum Obsługi Pacjenta (TCOP) za pomocą numeru PESEL
- w Centrach Medycznych POLMED i u Partnerów Medycznych za pomocą dowodu tożsamości ze zdjęciem (dowód osobisty, paszport, prawo jazdy).

Rozdział III. Świadczenia. Pakiety.

§ 5. 1. Świadczenia są udzielane zgodnie z Pakietem, wybranym przez Zlecającego z oferowanych przez Operatora.

2. Pakietem może być objęty Zlecający w wieku do ukończenia 65 roku życia oraz członkowie rodziny takiego Zlecającego według poniższych zasad:

- Partner - współmałżonek / partner życiowy Zlecającego do 65 roku życia (bez względu na sformalizowanie związku i płć)
- Dziecko – dziecko Zlecającego do ukończenia 26 roku życia.

Rozdział IV. Wyłączenia

§ 6. Wyłączeniu spod Świadczeń objętych każdym Pakietem, chyba że Załącznik nr 2 przewiduje inaczej podlegają w szczególności:

- a) wykonanie znieczulenia ogólnego
- b) świadczenia, związane z zabiegami aborcji, z diagnostowaniem i leczeniem bezpłodności, wszelkich form sztucznego zapłodnienia, prowadzenia diagnostyki i badań związanych z przygotowaniem do technik wspomaganego rozrodu (ART.) i prowadzenia takiej ciąży razem z badaniami, prowadzenia ciąży o przebiegu patologicznym
- c) zabiegi chirurgii plastycznej, operacji kosmetycznych
- d) leczenie wad wrodzonych i ich następstw,
- e) leczenie AIDS i chorób związanych z AIDS,
- f) leczenie urazów i chorób powstałych w związku ze służbą wojskową
- g) świadczenia związane z transplantacjami i dializami
- h) świadczenia, polegające na zapewnieniu leków i środków medycznych niepowiązanych z usługą medyczną, finansowaniem okularów optycznych, opravek lub soczewek

- i) leczenie bezpośrednich skutków używania narkotyków, nadużywania alkoholu, leków i innych środków odurzających, bezpośrednich skutków prób samobójczych
- j) terapię psychologiczną i psychiatryczną, a także związane z leczeniem uzależnień;
- k) takie świadczenia, które Pacjent uzyskał u osób trzecich, a które nie były wcześniej zlecone przez Świadczeniodawcę, choćby nawet były objęte Pakietem i uzasadnione stanem zdrowia Pacjenta; w takiej sytuacji Pacjent nie będzie uprawniony do domagania się refundacji przez Świadczeniodawcę kosztów, jakie poniósł w związku z wykonaniem świadczenia przez osobę trzecią.

Powyższe wyłączenia nie dotyczą sytuacji, gdy obowiązek wykonania świadczenia, które podlega wyłączeniu, nakładają na Świadczeniodawcę bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 7. 1. Operator przy wykonywaniu Świadczeń przy udziale Świadczeniodawcy będzie korzystał w pełnym zakresie z usług Świadczeniodawcy, który ma prawo korzystać z usług osób trzecich, bez konieczności uzyskania zgody Zlecającego lub Pacjenta.

2. Świadczeniodawca zapewni, aby osoby, wykonujące świadczenia na jego rachunek, spełniały wszelkie warunki dla wykonywania świadczeń zdrowotnych, określone w przepisach prawa, a także, aby reprezentowały najwyższy poziom wiedzy medycznej i profesjonalizmu. Świadczeniodawca wymaga od takich osób legitymowania się stosownym ubezpieczeniami, które obejmować będą także wszelkie szkody, które mogą zostać wyrządzone Pacjentom przy wykonywaniu Świadczeń.

3. Osobami, o których mowa w ust. 1 i 2, będą w szczególności inne podmioty wykonujące działalność leczniczą.

4. Osoby, o których mowa wyżej, będą zobowiązane zachować w tajemnicy wszelkie informacje, uzyskane przy wykonywaniu Świadczeń, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654 ze zm.) i ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.).

5. Świadczeniodawca poprzez Zlecenie medyczne ma prawo zalecić poddanie się przez Pacjenta konsultacji lub badaniu przez lekarza wskazanej specjalności lub wykonanie innych badań. W razie, gdy Pacjent odmówi poddania się takiej konsultacji lub badaniu, Świadczeniodawca nie będzie ponosił odpowiedzialności za jakiegokolwiek wynikające stąd następstwa.

6. W związku z udzielaniem Świadczeń podmiot leczniczy udzielający świadczeń jest zobowiązany do sporządzenia i prowadzenia dokumentacji medycznej Pacjentów, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654 ze zm.) i w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.). Pacjenci będą zobowiązani udostępnić Świadczeniodawcy wszelką posiadaną dokumentację medyczną niezbędną dla zapewnienia im przez Świadczeniodawcę prawidłowej opieki, jak również umożliwić Świadczeniodawcy dostęp do dokumentacji znajdującej się u innych osób. Świadczeniodawca nie będzie ponosił odpowiedzialności za jakiegokolwiek następstwa, wynikłe z odmowy udostępnienia mu niezbędnej dokumentacji medycznej, znajdującej się w posiadaniu Pacjenta lub osób trzecich.

7. Świadczeniodawca gwarantuje zapewnienie ochrony praw Pacjentów, określonej w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.).

§ 8. 1. Świadczenia są udzielane w pierwszej kolejności w Centrach Medycznych POLMED po dokonaniu rejestracji Pacjenta przez TCOP. Jeżeli wykonanie świadczenia w Centrach Medycznych POLMED jest utrudnione lub niemożliwe (brak terminu określonego Umową, bądź zakresu usług medycznych lub brak placówki Centrum Medycznego POLMED w najbliższej okolicy) TCOP dla wykonania Świadczenia wskazuje przychodnię Partnera Medycznego POLMED.

2. Do pakietów zastosowanie ma także opcja refundacji na usługi medyczne wymienione w Rozdziale X stanowiącym także Regulamin Refundacji.

Wniosek o refundację stanowi Załącznik do OWU.

3. W wyniku rejestracji Pacjent zostaje umówiony z lekarzem lub na badania diagnostyczne w najbliższym możliwym terminie. Pacjentowi zostaje wskazany dzień, godzina i miejsce konsultacji lub badania.

4. Na badania diagnostyczne oraz rehabilitację Pacjent musi posiadać Zlecenie medyczne od lekarza Centrum Medycznego POLMED lub Partnera Medycznego POLMED.

5. O ile wymagają tego okoliczności, w szczególności w wypadkach nagłych, Pacjent jest uprawniony uzyskać Świadczenie internisty/lekarza rodzinnego/pediatry niezwłocznie w Centrum Medycznym POLMED lub u Partnera Medycznego POLMED.

6. Warunkiem udzielenia Świadczenia jest posiadanie przez Pacjenta w dniu, którym Świadczenie ma być udzielone, prawa do Świadczeń na podstawie postanowień Umowy.

Rozdział V. Opłaty.

§ 9. 1. Opieka medyczna, wyrażająca się w prawie uzyskania Świadczeń objętych wybranym Pakietem, jest odpłatna. Opłaty ponosi Zlecający jako strona Umowy.

2. Wysokość opłaty zależy od zakresu Świadczeń, objętych uzgodnionym Pakietem (lub Pakietami)

3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 2, płatne jest zgodnie z terminem, który określa regulamin sprzedaży pakietów medycznych Operatora.

4. Za datę dokonania płatności uznaje się datę uznania rachunku bankowego Operatora.

5. Zlecający ma prawo uiścić z góry opłatę za okres dłuższy niż wybrany okres płatności. Nie przewiduje się zwrotu lub obniżenia opłaty za niepełny okres płatności.

6. Zlecający wnosi opłaty bez wezwania.

7. W przypadku braku opłaty Operator może wezwać Zlecającego do uiszczenia zaległych opłat, jeżeli Zlecający nie uiści należnego wynagrodzenia za jeden miesiąc kalendarzowy, oraz mimo pisemnego wezwania do uregulowania należności nie uiści ww. wynagrodzenia w terminie 7 dni od otrzymania wezwania pisemnego lub elektronicznego lub nieodebrania wezwania prawidłowo awizowanego Operator może zgłosić Zlecającego do rejestrów dłużników

8. W przypadku, gdy Pacjent umówi termin wykonania Świadczenia przez TCOP lub w inny sposób, następnie nie zgłosi się do wskazanej przychodni w umówionym terminie w celu skorzystania ze Świadczenia oraz nie odwoła umówionego terminu wykonania Świadczenia z co najmniej 4-godzinnym wyprzedzeniem, Świadczeniodawca będzie uprawniony do obciążenia Zlecającego opłatą w kwocie 60,00 złotych (powiększoną o podatek VAT według obowiązującej stawki) za każdy taki przypadek, stanowiącą zryczałtowane wynagrodzenie za gotowość Świadczeniodawcy do udzielenia Świadczenia i utratę możliwości wykorzystania zarezerwowanego terminu w inny sposób. Świadczeniodawca jest uprawniony obliczyć takie opłaty za każdy miesiąc i przesłać dokument obciążeniowy na zakończenie miesiąca do Zlecającego.

9. Za skorzystanie z usługi medycznej w ramach Pakietu, w którym zakres przysługujących usług obejmuje udział własny Uprawnionego (kwotowy lub procentowy) Uprawniony zobowiązany jest dokonać płatności za pośrednictwem TCOP poprzez system e-maila lub IVR. Zasady i tryb realizacji określa „Regulamin rezerwowania świadczeń zdrowotnych, oferowanych przez POLMED S.A., przez Telefoniczne Centrum Obsługi Pacjenta oraz opłacania zarezerwowanych świadczeń zdrowotnych przez e-mail oraz IVR” dostępny na stronie www.polmed.pl. Za usługi umówione bezpośrednio we własnych Centrach Medycznych POLMED, od Zlecającego pobierana będzie opłata w recepcjach tych Centrów.

Rozdział VI. Czas trwania Umowy.

- § 10. 1. Umowa zostaje zawarta na rok, przez co rozumie się okres pełnych dwunastu miesięcy kalendarzowych następujących po dniu podpisania Umowy i wniesieniu opłaty zgodnie z ust. 2
2. Umowa wchodzi w życie od pierwszego dnia miesiąca następującego po opłaceniu składki z uwzględnieniem poniższego, nie wcześniej niż:
- w przypadku kiedy opłata została wniesiona do 25 dnia miesiąca umowa wchodzi w życie od pierwszego dnia kolejnego miesiąca natomiast korzystanie ze świadczeń możliwe będzie po upływie ustawowego okresu na odstąpienie od umowy,
 - w przypadku, kiedy opłata nastąpi po 25 dniu miesiąca, umowa wchodzi w życie od pierwszego dnia kolejnego miesiąca następującego po następnym miesiącu jednocześnie korzystanie ze świadczeń możliwe jest po upływie ustawowego okresu na odstąpienie od umowy
3. Po upływie 12 miesięcy obowiązywania Umowy, zostanie ona przedłużona na czas nieokreślony na dotychczasowych lub nowych warunkach zaproponowanych przez Operatora

Rozdział VII. Postanowienia różne.

- § 11. 1. Świadczeniodawca nie ponosi jakiegokolwiek odpowiedzialności za odmowę wykonania Świadczenia, nieobjętego wybranym przez Zlecającego Pakietem, jeżeli Pacjent nie zleca wykonania tego Świadczenia odpłatnie na warunkach oferowanych przez Świadczeniodawcę, oraz jakiegokolwiek tego następstwa.
2. Świadczeniodawca nie jest odpowiedzialny za szkody wynikające z niewykonania lub nienależytego wykonania Umowy, za które przepisy lub Umowa nie czynią go odpowiedzialnym, zaś w szczególności:
- w razie zaistnienia siły wyższej;
 - jeżeli szkoda powstała wskutek zawinionego, niedbałego lub lekkomyślnego zachowania Zlecającego lub Pacjenta albo działania osoby trzeciej, której Świadczeniodawca nie powierzył wykonania czynności związanych z wykonywaniem Umowy.
3. Świadczeniodawca oświadcza, że przystąpił do ubezpieczenia obejmującego szkody wyrządzone Pacjentom przy wykonywaniu Świadczeń oraz gwarantuje utrzymanie tego ubezpieczenia przez cały okres trwania Umowy.
4. Jeśli Umowa zawierana jest przez Zlecającego na rzecz Pacjenta (innego, niż sam Zlecający), to jest umową o świadczenie na rzecz osoby trzeciej, o której mowa w art. 393 Kodeksu cywilnego.
5. Zlecający będzie zobowiązany uzyskać od Pacjentów, wskazanych przez niego, ich zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do wykonania Umowy.
6. Pacjenci mają prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Rozdział VIII. Postanowienia końcowe.

§ 12. Do spraw nie uregulowanych Umową stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 13. Zlecający oraz Pacjent są zobowiązani niezwłocznie informować Świadczeniodawcę na piśmie o wszelkich zmianach danych objętych Umową lub koniecznych dla należytego wykonywania Umowy przez Świadczeniodawcę. O ile Zlecający lub Pacjent zaniecha tego obowiązku, pismo Świadczeniodawcy wysłane na ostatni znany mu adres Zlecającego lub Pacjenta będzie uważane za skutecznie doręczone.

§ 14. Spory wynikłe z wykonywania Umowy strony będą starały się rozwiązywać polubownie. Jeśli to nie będzie możliwe, sądem właściwym do rozpoznania sporu będzie sąd powszechny według właściwości ogólnej.

§ 15. Zmiany lub odstąpienia od Umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem art. 384(1) Kodeksu cywilnego. W razie rozbieżności pomiędzy postanowieniami OWU i Umowy, postanowienia Umowy stosowane będą z pierwszeństwem w stosunku do postanowień OWU.

Rozdział IX. Regulamin korzystania z usług.

I. Standardy dostępności

Dostęp do internisty/lekarza rodzinnego/pediatry – max. do 24 godzin roboczych

Dostęp do specjalisty – do 5 dni roboczych

Dostęp do diagnostyki (USG, RTG, EKG) – do 5 dni roboczych

Dostęp do pozostałej diagnostyki (typu rezonans, tomografia, mammografia, badania endoskopowe, EEG) – do 15 dni roboczych

II. Sposoby rejestracji

- rejestracja poprzez TCOP (801 033 200 – z telefonów stacjonarnych i 58 775 95 99 – z telefonów komórkowych)
- e-rezerwacja za pośrednictwem firmowej strony internetowej POLMED S.A www.polmed.pl (zakładka zarezerwuj wizytę w terminarzu Centrum Medycznego POLMED)

Możliwy jest otrzymanie dostępu do wyników badań poprzez stronę internetową POMED S.A (zakładka

Zarezerwuj wizytę – wyniki badań)

Dostęp do odbioru wyników badań nadawany jest przez Recepcje Centrów Medycznych POLMED.

W przypadku umawiania przez TCOP świadczeń realizowanych u Partnerów Medycznych POLMED Pacjent otrzymuje sms-em od Konsultanta TCOP (lub od Pracownika Recepcji Centrum Medycznego POLMED, jeśli świadczenie jest umawiane po wizycie w Centrum Medycznym POLMED) – KOD ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO, który podaje u Partnera Medycznego POLMED przy realizacji wizyty celem potwierdzenia Partnerowi Medycznemu POLMED umówionego zakresu

Umawianie diagnostyki obrazowej i rehabilitacji

W przypadku umawiania diagnostyki obrazowej (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz rehabilitacji – pacjent po otrzymaniu Zlecenia medycznego wystawionego przez lekarza z sieci Partnerów Medycznych POLMED, jest zobowiązany przesłać takie Zlecenie medyczne za pośrednictwem

- firmowej strony internetowej POLMED S.A www.polmed.pl celem umówienia badania (zakładka Prześlij skierowanie – na diagnostykę obrazową, na rehabilitację w ramach posiadanego pakietu, pojawia się okno i należy załączyć skan/zdjęcie skierowania)
- lub faxem na numer 58 775 18 89

celem weryfikacji przez Dyrektora Medycznego POLMED S.A.

Specjaliści zlecający powyższe badania:

Świadczenie (TK/MRI/rehabilitacja)	Właściwy lekarz zlecający
Badania układu nerwowego (mózgu i ośrodkowego/obwodowego układu nerwowego)	Neurolog, neurochirurg
Badanie układu ruchowego (kostno-mięśniowego)	Ortopeda
Badania narządów wewnętrznych	Płuca – pulmonolog / internista
TK jamy brzusznej	gastroenterolog
Zabiegi rehabilitacyjne	Ortopeda, neurolog, reumatolog, lekarz rehabilitacji, neurochirurg
W przypadku zlecenia badania na MRI zatok – nie przyjmujemy takiego zlecenia, gdyż badaniem celowanym jest TK zatok	Laryngolog

Ważność Zleceń medycznych

Zlecenia medyczne na badania laboratoryjne i diagnostykę ważne są 3 miesiące.

III. Procedura reklamacyjna

W przypadku reklamacji sposobu wykonania Świadczenia Pacjent proszony jest o wysłanie maila: reklamacja@polmed.pl.

W tytule maila należy podać: *Reklamacja – imię i nazwisko pacjenta i pesel*

W treści maila: opis zdarzenia z datą

Mail odbierany jest przez osobę pracującą w dziale: Reklamacji i Kontroli Jakości POLMED S.A.

Osoba przyjmująca reklamację prowadzi i nadzoruje Rejestr zgłoszonych reklamacji.

Kierownik Działu Reklamacji i Kontroli Jakości przekazuje je do rozpatrzenia, w zależności od

przedmiotu do:

- Dyrektora Operacyjnego POLMED* – jeżeli sprawa dotyczy działalności Centrum Medycznego POLMED
- Koordynatora Działu Współpracy z Partnerskimi Firmami Medycznymi* – jeżeli sprawa dotyczy działalności partnera medycznego POLMED.
- Kierownika Serwisu Posprzedażowego* – jeżeli sprawa dotyczy działalności pracowników Telefonicznego Centrum Obsługi Pacjenta POLMED
- Dyrektora Medycznego POLMED* - jeżeli sprawa dotyczy kwestii *stricte* medycznych

O zajętych stanowisku klient jest informowany drogą elektroniczną z podaniem uzasadnienia decyzji.

Działania związane z reklamacją muszą zostać zakończone w terminie czternastodniowym liczonym od dnia zgłoszenia reklamacji przez klienta do pracownika Działu Reklamacji i Kontroli Jakości.

Reklamacje pilne rozpatrywane są niezwłocznie.

W przypadku wyjaśniania spraw wieloaspektowych, wymagających dłuższego czasu rozpatrywania złożonych zagadnień, które reklamowane są przez Klienta, dopuszcza się wydłużenie terminu czternastodniowego na rozpatrzenie reklamacji. W każdym z takich przypadków Klient otrzymuje formalne uzasadnienie takich działań.

Rozdział X . Regulamin przyznawania refundacji poniesionych kosztów świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów w ramach posiadanego pakietu medycznego

1. Niniejszy Regulamin od dnia jego wejścia w życie stanowi integralną część warunków pakietu medycznego 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- 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, a 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, 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, 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 lub kurierem.

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

- **oryginał imiennego (tj. wskazującego Pacjenta, na rzecz którego udzielono świadczenia) 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:

- 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 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. 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

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: szczegółowy zakres pakietu medycznego, pozostałe postanowienia niniejszych OWU oraz przepisy kodeksu cywilnego (w wyżej podanej kolejności).

WNIOSEK O CZĘŚCIOWĄ REFUNDACJĘ KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH USŁUGI „SWOBODA LECZENIA”

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

Nazwa firmy pracodawcy:
.....

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. 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.....szł.

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. 2010 Nr 252 poz. 1697), 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

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko Klienta

.....
ulica, nr budynku i mieszkania

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
numer PESEL

Medihelp Sp. z o.o.
Al. Jana Pawła II 27
00-867 Warszawa

WYPOWIEDZENIE UMOWY

Niniejszym wypowiadam umowę o świadczenie usług medycznych numer, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.

.....
podpis Klienta