

**REGULAMIN PRYZNAWANIA**  
**REFUNDACJI PONIESIONYCH KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**NA RZECZ PACJENTÓW W RAMACH POSIADANEGO UPRAWNIENIA Z TYTUŁU**  
**PAKIETÓW MEDYCZNYCH**

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 zapewnienie Pacjentom dostępu do tych świadczeń – jednocześnie objętych pakietem medycznym – w sytuacji, gdy POLMED nie jest w stanie wykonać tych świadczeń natychmiast lub wykonanie tych świadczeń przez POLMED natychmiast doznaje utrudnień ze strony POLMED. 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. W celu usunięcia wątpliwości, refundacja świadczenia zdrowotnego wykonanego poza Centrami Medycznymi POLMED lub poza placówką Partnera Medycznego stanowi formę wykonania zastępczego, należnego Pacjentowi na podstawie przepisów prawa cywilnego w sytuacji, gdy Świadczeniodawca nie wykonuje lub nie jest w stanie wykonać Świadczenia.

**Refundacji podlegają wyłącznie usługi wymienione w Aneksie nr 2 §2 ust. 1 pkt b)**

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 pakiecie medycznym OGÓLNOPOLSKIM, 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 OGÓLNOPOLSKIM, 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 OGÓLNOPOLSKIEGO** (dalej: Wniosek o refundację) wraz z załącznikami jako skan dokumentów na adres e-mail [refundacja@polmed.pl](mailto: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.

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

- **oryginał imiennego 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.

- **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. Zgodnie z OWU POLMED S.A. umów o udzielanie świadczeń medycznych, 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.

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: warunki pakietu medycznego, postanowienia umowy, na podstawie której POLMED S.A. wykonuje świadczenia zdrowotne na rzecz Pacjenta oraz przepisy kodeksu cywilnego (w wyżej podanej kolejności).