REGULAMIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

ZDROWIE

I. OGÓLNE WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach Umowy jest uprzednie uzgodnienie terminu za pośrednictwem:
   - serwisu mojePZU, po uprzednim założeniu konta,
   - aplikacji mobilnej #mojePZU, po uprzednim założeniu konta,
   - całodobowej infolinii PZU Zdrowie (Zleceniobiorcy) pod numerem: 801 405 905, 22 505 15 48 lub 799 698 698 („Infolinia")[1],
2. Konto w serwisie mojePZU mogą założyć osoby pełnoletnie, po uprzednim przekazaniu do PZU Zdrowie adresu e-mail oraz numeru telefonu. Dane te są niezbędne do obsługi procesu rejestracji konta. W przypadku Pacjentów niepełnoletnich – umówienie na wizytę będzie możliwe poprzez konto osoby wskazanej, jako przedstawiciel ustawowy, w zakładce „Dziecko".
3. Serwis mojePZU dostępny jest pod adresem moje.pzu.pl.
4. Aplikacja mobilna #mojePZU na urządzenia mobilne dostępna jest do pobrania z Google Play lub App Store.
5. PZU Zdrowie umożliwia Pacjentowi dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnie z przypisanym Zakresem oraz we wskazanej przez PZU Zdrowie placówce medycznej, z zastrzeżeniem pkt. 11 poniżej.
6. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie w placówkach należących do sieci PZU Zdrowie lub podmiotów współpracujących, których lista dostępna jest:
   - na stronie https://www.pzuzdrowie.pl/nasze-placowki?place=&origin=wszystkie
   - pod numerem Infolinii
   - w serwisie mojePZU.
7. Dostęp do konsultacji lekarzy pierwszego kontaktu oraz lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu danej specjalizacji nie wymaga posiadania przez Pacjentów skierowania, jeżeli dane Świadczenie przysługuje Pacjentowi w ramach przypisanego Zakresu.
8. Czas oczekiwania na realizację konsultacji lekarza rodzinnego, internisty i pediatry jest nie dłuższy niż 2 dni robocze (przez „dzień roboczy" należy rozumieć dzień, który nie jest sobotą, niedzielą lub dniem ustawowo wolnym od pracy) od dnia zgłoszenia takiej chęci.
9. Czas oczekiwania na realizację konsultacji specjalistycznych jest nie dłuższy niż 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia takiej chęci.
10. Pacjentowi przysługuje prawo do określenia własnych preferencji dotyczących: lokalizacji placówki, terminu konsultacji lub lekarza. W przypadku realizacji preferencji Pacjenta nie obowiązują parametry dostępności określone w pkt. 8 i 9.
11. W przypadku, gdy Pacjentem jest dziecko do 15. roku życia dostęp do konsultacji specjalistycznych zależy od dostępności specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji.
12. Pacjent jest zobowiązany odwołać lub zmienić termin realizacji świadczenia zdrowotnego, na który dokonał rezerwacji, najpóźniej 24 godziny przed terminem jej realizacji. W braku takiego odwołania lub zmiany nieobecność Pacjenta podczas uzgodnionego terminu realizacji świadczenia zdrowotnego może skutkować obniżeniem przysługującego Pacjentowi limitu świadczeń zdrowotnych o liczbę umówionych i niezrealizowanych świadczeń, o ile zgodnie z danym Zakresem są one limitowane.
13. Wszelkie badania diagnostyczne i laboratoryjne oraz usługi rehabilitacyjne wykonywane są wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza.
14. Wyniki badań diagnostycznych i laboratoryjnych wydawane mogą być jedynie bezpośrednio Pacjentowi lub osobie posiadającej odpowiednie upoważnienie do odbioru.
15. Wizyty domowe – porady lekarskie internisty lub lekarza rodzinnego albo pediatry udzielane w domu Pacjenta, konieczne z uwagi na stan zdrowia uniemożliwiający przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach

[1] Koszt połączenia zgodny z posiadaną taryfą operatora

należących do sieci PZU Zdrowie lub podmiotów współpracujących.

16. Wizyty domowe realizowane są w zakresie terytorialnym określonym przez PZU Zdrowie (informacja dostępna na Infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu zdrowotnego podczas połączenia z Infolinią.

17. Umową nie jest objęta realizacja Świadczeń udzielanych w związku z diagnozowaniem i leczeniem:

    - następstw używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub
    - następstw używania alkoholu;
    - niepłodności zgodnie z rozpoznaniem w dokumentacji medycznej wg ICD-10 N.97 Niepłodność kobieca lub N.46 Niepłodność męska.

18. PZU Zdrowie lub podmiot współpracujący ma prawo odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli Pacjent, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, nie wymaga wykonania żądanego świadczenia zdrowotnego lub jego wykonanie mogłoby spowodować zagrożenie dla zdrowia lub życia Pacjenta.

19. Udzielanie świadczeń zdrowotnych nie obejmuje kosztów zakupu przez PZU Zdrowie lub Podmioty Współpracujące produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, w tym w szczególności: protez, implantów, soczewek, okularów, szkieł kontaktowych, urządzeń korygujących, rozruszników lub stymulatorów.

20. Do abonamentu w ramach Umowy mogą przystąpić osoby, które nie ukończyły 67 roku życia.

21. Jako siłę wyższą należy rozumieć zdarzenia nagłe, zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, niezależne od Stron, któremu nie można zapobiec ani przeciwdziałać przy zachowaniu najwyżej zawodowej staranności, w szczególności ogłoszony stan zagrożenia epidemiologicznego, epidemii, pandemii, stan wyjątkowy, stan klęski żywiołowej.

II. ZASADY WYBORU ZAKRESU; PONOWNE PRZYSTĄPIENIE DO ABONAMENTU

1. Wybrany Zakres obowiązuje wszystkich zgłoszonych Pacjentów na podstawie danej Umowy.

2. Ponowne przystąpienie do abonamentu, w przypadku rezygnacji przez Pacjenta z abonamentu w trakcie trwania Umowy, jest możliwe po 12 miesiącach od rezygnacji.

III. INSTRUKCJA ZWROTU KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYKONANYCH POZA SIECIĄ PLACÓWEK MEDYCZNYCH ZLECENIOBIORCY I PODMIOTÓW WSPÓŁPRACUJĄCYCH

Informacje podstawowe:

1. Pacjent ma prawo skorzystać ze świadczenia zdrowotnego poza siecią placówek medycznych Zleceniobiorcy i podmiotów współpracujących, jeżeli świadczenie zdrowotne przysługuje mu w ramach wybranego Zakresu oraz jeżeli Zakres przewiduje możliwość zwrotu kosztów za świadczenie zdrowotne wykonane poza siecią.

2. Pacjent nie ma prawa do zwrotu kosztów Świadczenia wykonanego poza siecią placówek medycznych Zleceniobiorcy i Podmiotów współpracujących w następujących przypadkach:

    - jeżeli zgodnie z Zakresem Pacjentowi przysługuje na to Świadczenie jedynie zniżka,
    - zwrot dotyczy Świadczenia przysługującego z limitem ilościowym, jeżeli został przekroczony limit Świadczeń na rok obowiązywania umowy zawartej pomiędzy Zleceniobiorcą a Zleceniodawcą

3. Wszystkie Świadczenia poza konsultacjami lekarskimi wykonywane są w oparciu o wskazania medyczne oraz na podstawie wystawionego przez lekarza skierowania oraz jeśli tak przewiduje Regulamin inną uprawnioną osobę.

4. Zwrot kosztów wykonanych Świadczeń następuje w kwocie wskazanej na fakturze/rachunku jednak nie wyższej niż określona dla danego Świadczenia w załączonym cenniku, który określa maksymalne limity kwotowe zwrotu kosztu.

5. Aktualny cennik refundacyjny znajduje się na stronie: https://www.pzuzdrowie.pl/uploads/Cennik_Refundacja_Orange_Polska.pdf

6. Zwrot kosztów wykonanych Świadczeń odbywa się na podstawie:

    - kompletnego i poprawnie złożonego zgłoszenia przez serwis mojePZU w zakładce moje refundacje lub
    - kompletnego i poprawnie wypełnionego „Formularza zgłoszeniowego zwrotu kosztów Świadczeń zdrowotnych" („Formularz zgłoszeniowy"), którego wzór załączono poniżej oraz
    - załączonego do Formularza zgłoszeniowego oryginału lub kopii poprawnie wystawionej faktury/rachunku za wykonane Świadczenia (która powinna zawierać m.in. cenę jednostkową, nazwę konkretnej procedury medycznej, np. wizyta internistyczna, USG jamy brzusznej etc.) oraz
    - załączonych do Formularza zgłoszeniowego kopii skierowania lekarskiego na Świadczenia wymagające skierowania, np. zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne, badania hormonalne,

diagnostykę: radiologiczną, ultrasonograficzną, endoskopową, obrazową TK i NMR. Wyjątek stanowią skierowania na pozostałe badania z zakresu diagnostyki laboratoryjnej.

7. Formularz zgłoszeniowy wypełniany jest dla każdego z Pacjentów oddzielnie.

8. W przypadku, gdy wykonane świadczenie zdrowotne dotyczy niepełnoletniego (dziecka) Formularz zgłoszeniowy powinien być wypełniony i podpisany przez przedstawiciela ustawowego.

9. Formularz zgłoszeniowy jest udostępniany Pacjentom przez Zleceniodawcę. Każdy Pacjent może także wnioskować o przesłanie Formularza zgłoszeniowego w formie elektronicznej na wskazany przez siebie adres e-mail za pośrednictwem Infolinii Zleceniobiorcy . W przypadku występowania o zwrot poprzez serwis mojePZU, nie jest konieczne wypełnianie formularza. Niezbędne jest wówczas tylko wysłanie kopii faktury/rachunku i kopii pozostałych dokumentów.

10. Faktura/rachunek muszą zostać wystawione na osobę której zostało udzielone świadczenie zdrowotne. W przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego dla osoby niepełnoletniej faktura/rachunek musi zostać wystawiona na opiekuna prawnego. z adnotacją, kto skorzystał z usługi (dane dziecka: imię, nazwisko i PESEL lub data urodzenia). Ponadto powinny zawierać poniższe informacje:

    - nazwa wykonanego świadczenia zdrowotnego (nazwa zrealizowanej procedury medycznej),
    - ilość wykonanych świadczeń zdrowotnych (procedur medycznych) danego typu,
    - datę wykonania każdego świadczenia zdrowotnego,
    - cenę za każde wykonane świadczenie zdrowotne.

SPOSÓB PRZEKAZANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO:

1. Komplet dokumentów dotyczący wnioskowanego zwrotu kosztów świadczenia zdrowotnego zawiera:

    - poprawnie wystawioną fakturę/rachunek – oryginał lub kopia,
    - poprawnie wypełniony i podpisany Formularz zgłoszeniowy, z wypełnionymi polami oznaczonymi jako obowiązkowe,
    - kopie skierowań na badania, o których mowa w pkt III ppkt 3

2. Zgłoszenie wraz z załącznikami można przekazać:

    - przez serwis mojePZU zakładając zgłoszenie w zakładce Moje refundacje,
    - mailowo wysyłając skan lub zdjęcie faktury/rachunku wraz z formularzem na adres na adres: zwroty_refundacje@pzu.pl,
    - listem poleconym lub inną formą posiadającą potwierdzenie nadania przesyłki (np. przesyłki kurierskiej) na adres: PZU, ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa, z dopiskiem **„Refundacja”**.

3. Zleceniobiorca zastrzega, że w przypadku otrzymania niekompletnej dokumentacji lub niepoprawnie wypełnionej, Zleceniobiorca w terminie do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia odeśle zgłaszającemu Formularz zgłoszeniowy z informacją, w którym miejscu należy uzupełnić dane.

4. Zleceniobiorca w terminie do 30 dni od otrzymania kompletnego Formularza zgłoszeniowego poinformuje zgłaszającego o podjętej decyzji, zaś w przypadku decyzji odmownej wskaże podstawę odmowy.

5. W trakcie procesu rozpatrywania wniosku o zwrot kosztów, Zleceniobiorca ma prawo do weryfikacji zasadności wykonanych Świadczeń zgodnie z treścią Umowy. W tym celu Zleceniobiorca ma prawo do wystąpienia do placówek medycznych wykonujących zgłoszone świadczenia zdrowotne o przekazanie dokumentacji medycznej. O podjętym postępowaniu weryfikacyjnym Zleceniobiorca powiadomi zgłaszającego Pacjenta, a następnie po rozpatrzeniu dokumentacji medycznej podejmie decyzję o wypłacie lub odmowie wypłaty kwoty zwrotu, w terminie do 14 dni od otrzymania pełnej informacji niezbędnej do jej podjęcia.

6. Zleceniobiorca wypłaca kwotę na numer konta bankowego wskazanego w Formularzu zgłoszeniowym.

7. Pacjent ma prawo do zgłoszenia roszczenia w ciągu 3 lat od daty poniesienia kosztu (wskazanej w fakturze/rachunku daty sprzedaży/realizacji usługi). Zwrot kosztów należy jest według cennika obowiązującego na moment poniesienia kosztu (wskazanej w fakturze/rachunku daty sprzedaży/realizacji usługi), nie więcej jednak niż wykazano na fakturze/rachunku.