

Instrukcja zwrotu kosztów Świadczeń wykonanych poza siecią placówek medycznych Zleceniobiorcy i Podmiotów Współpracujących

Informacje podstawowe:

1. Pacjent ma prawo skorzystać ze Świadczenia poza siecią placówek medycznych Zleceniobiorcy i Podmiotów współpracujących, jeżeli Świadczenie to przysługuje mu w ramach wybranego Zakresu.
2. Pacjent nie ma prawa do zwrotu kosztów Świadczenia wykonanego poza siecią placówek medycznych Zleceniobiorcy i Podmiotów współpracujących w następujących przypadkach:
 - a) jeżeli zgodnie z Zakresem Pacjentowi przysługuje na to Świadczenie jedynie zniżka,
 - b) zwrot dotyczy Świadczenia przysługującego z limitem ilościowym, jeżeli został przekroczony limit Świadczeń na rok obowiązywania umowy zawartej pomiędzy Zleceniobiorcą a Zleceniodawcą (pracodawcą),
 - c) zwrot dotyczy Świadczenia określonego w Dodatkach do Zakresu, chyba że inaczej stanowi Regulamin udzielania Świadczenia dla tego Dodatku do Zakresu.
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 do 70% wartości kosztu faktury/rachunku. Suma zwrotu kosztów w okresie rozliczeniowym nie może przekroczyć limitu ustalonego dla danego Zakresu.
5. Okresem rozliczeniowym jest kwartał. Kwartał to trzy następujące po sobie miesiące poczynwszy od miesiąca zawarcia umowy pomiędzy Zleceniobiorcą a Zleceniodawcą (pracodawcą).
6. Limity kwotowe dla danego Zakresu w okresie rozliczeniowym stanowi Tabela przysługujących limitów określona w pkt. 9.
7. Limit kwotowy odnawia się w każdym okresie rozliczeniowym. Limit kwotowy niewykorzystany w okresie rozliczeniowym nie przechodzi na kolejny okres rozliczeniowy.
8. Jeśli zmiana Zakresu z niższego na wyższy nastąpi w trakcie trwania okresu rozliczeniowego, Pacjentowi przysługuje nowy limit w kwocie ustalonej dla nowego Zakresu. Kwota wykorzystana w okresie rozliczeniowym, w którym nastąpiła zmiana Zakresu z niższego na wyższy pomniejsza nowy limit kwotowy dla nowego Zakresu.
9. Tabela przysługujących limitów kwotowych dla poszczególnych Zakresów:

Zakres	% zwrotu z faktury/rachunku	Limit kwotowy	okres rozliczeniowy
STANDARD	70%	250 zł	kwartał
KOMFORT	70%	300 zł	kwartał
KOMFORT PLUS	70%	400 zł	kwartał
OPTIMUM	70%	500 zł	kwartał

10. Zwrot kosztów wykonanych Świadczeń odbywa się na podstawie:
 1. kompletnego i poprawnie złożonego zgłoszenia przez serwis mojePZU w zakładce moje refundacje lub
 2. kompletnego i poprawnie wypełnionego „Formularza zgłoszeniowego zwrotu kosztów Świadczeń zdrowotnych” („Formularz zgłoszeniowy”), którego wzór załączono poniżej oraz

Załącznik nr 7 do Umowy

3. 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
 4. 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.
11. Formularz zgłoszeniowy wypełniany jest dla każdego z Pacjentów oddzielnie.
12. W przypadku, gdy wykonane Świadczenie dotyczy niepełnoletniego (dziecka) Formularz zgłoszeniowy powinien być wypełniony i podpisany przez przedstawiciela ustawowego.
13. Formularz zgłoszeniowy jest udostępniany Pacjentom przez Zleceniodawcę (pracodawcę). 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. Nie zbędne jest wówczas tylko wystanie kopii faktury/rachunku i kopii pozostałych dokumentów.
14. Faktura/rachunek muszą zostać wystawione na osobę, której zostało udzielone Świadczenie. W przypadku udzielenia Świadczenia dla osoby niepełnoletniej (dziecka) faktura/rachunek powinna 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:
1. nazwa wykonanego Świadczenia (nazwa zrealizowanej procedury medycznej),
 2. ilość wykonanych Świadczeń procedur medycznych) danego typu,
 3. datę wykonania każdego Świadczenia,
 4. cenę za każde wykonane Świadczenie.

Sposób przekazania Formularza zgłoszeniowego:

1. Komplet dokumentów dotyczący wnioskowanego zwrotu kosztów Świadczenia zawiera:
 1. poprawnie wystawioną fakturę/rachunek – oryginał lub kopia,
 2. poprawnie wypełniony i podpisany Formularz zgłoszeniowy, z wypełnionymi polami oznaczonymi jako obowiązkowe,
 3. kopie skierowań na badania o których mowa w pkt 10.4.
2. Zgłoszenie wraz z załącznikami można przekazać:
 1. przez serwis mojePZU zakładając zgłoszenie w zakładce Moje refundacje
 2. mailowo wysyłając skan lub zdjęcie faktury/rachunku wraz z formularzem na adres: zwroty_refundacje@pzu.pl,
 3. 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 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 limitu kwotowego-obowiązującego na moment poniesienia kosztu (wskazanej w fakturze/rachunku daty sprzedaży/realizacji usługi), nie więcej jednak niż 70% wartości kosztu faktury/rachunku.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DOTYCZĄCY WYPŁATY ŚWIADCZENIA

I Dane pacjenta (dane pracownika Zleceniodawcy lub Członka rodziny pracownika, który skorzystał ze świadczeń dodatkowych udzielanych przez Zleceniobiorcę w ramach refundacji)

Imię*		Nazwisko*		PESEL*	
Adres:					
Ulica				Nr domu	
Kod pocztowy		Miejscowość		Pocztą	
Numer telefonu		E-mail			

II Czy pacjent jest osobą pełnoletnią?*

☐ TAK ☐ NIE

III Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli świadczenie dodatkowe dotyczy osoby niepełnoletniej)

Imię*		Nazwisko*		PESEL*	
Adres:					
Ulica				Nr domu	
Kod pocztowy		Miejscowość		Pocztą	
Numer telefonu		E-mail			

IV Świadczenia zgłoszone Koszty leczenia zgodne z załączonymi rachunkami/ fakturami, spis załączników:

L.p.	Nazwa wykonanego świadczenia	Data wystawienia rachunku/faktury	Numer rachunku/faktury	Cena świadczenia zdrowotnego
1				
2				
3				
4				

V Sposób wypłaty świadczenia Kwotę świadczenia proszę przesłać na rachunek

bankowy: Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego*									
Nazwa banku		Numer konta							

VI Oświadczenia

- Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.
- W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu świadczeń zgłoszonych do zwrotu kosztów zgodnie z niniejszym formularzem upoważniam kierownictwo placówek ochrony zdrowia oraz lekarzy do udzielania osobom wskazanym przez PZU Zdrowie SA wszelkich informacji, w tym do przekazywania im kopii dokumentacji medycznej, dotyczących realizacji tych świadczeń.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie korespondencji dotyczącej zgłoszonego roszczenia drogą elektroniczną (na wskazany adres e-mail).

- -
Data (dd-mm-rrrr)

Podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia

VII Informacja Administratora danych osobowych dla występującego o zwrot kosztów świadczenia

[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PZU Zdrowie S.A. z siedzibą w Warszawie, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, (dalej: „PZU Zdrowie”). W PZU Zdrowie powołany jest inspektor ochrony danych, do którego można kierować zapytania na adres e-mail: IODzdrowie@pzu.pl.

[Przetwarzanie danych]

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane przez PZU Zdrowie w następujących celach i na następujących podstawach prawnych:

- rozpatrzenia wniosku o wypłatę refundacji – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność przetwarzania danych do wykonywania umowy.
- dokonywania rozliczeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i dochodzeniem roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f w związku z art. 9 ust. 2 lit. h rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016 r., s. 1) (dalej: „RODO”);
- prowadzenia ksiąg rachunkowych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r. poz. 395)
- weryfikowania zasadności wypłaty refundacji – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO.

[Przekazywanie danych]

Pani/Pana dane osobowe są lub mogą być przekazywane innym Podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych lub innym podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie PZU Zdrowie, przy czym podmioty takie przetwarzają te dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani do organizacji pozarządowej..

[Okres przechowywania danych]

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących opłaty świadczeń medycznych.

[Pani/Pana prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych do organu nadzorczego. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji wywołujących wobec Pani/Pana skutki prawne.

* pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia

** wniosek wypełnia pełnomocnik ustawowy/prawny opiekun osoby niepełnoletniej)