

**WNIOSEK O CZĘŚCIOWĄ REFUNDACJĘ KOSZTÓW
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH POSIADANEGO UPRAWNIENIA Z TYTUŁU
PAKIETU MEDYCZNEGO „ECONOMY” POLMED S.A.**

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 proszę 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

.....

8. PESEL ²

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Opis wnioskowanego świadczenia

9. Wnioskuje o refundację następujących świadczeń medycznych objętych pakietem medycznym:

- Konsultacja lekarska (internisty, pediatry, lekarza rodzinnego)
- Konsultacja lekarza specjalisty
- 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

10. 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.



