

REFUNDACJA KOSZTÓW SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE W SEZONIE 2020/2021 ZAKUPIONEGO I WYKONANEGO POZA GRANICAMI POLSKI REIMBURSEMENT FOR FLU VACCINATION FOR THE 2020/2021 SEASON PURCHASED AND PERFORMED OUTSIDE POLAND



Prosimy o uzupełnienie wszystkich informacji w celu złożenia wniosku o refundację.

Do wniosku należy dołączyć dowód zakupu szczepionki (rachunek/faktura za zakup szczepionki oraz rachunek imienny/faktura imienna za wizytę kwalifikacyjną lub łączny rachunek/faktura za szczepionkę i wizytę).

Please complete all information in order to request reimbursement. The request must include proof of purchase of the vaccination (bill/invoice for the purchase of vaccine and personal bill/invoice for the qualifying visit, or a combined bill/invoice for the vaccine and visit).

Wniosek należy wypełnić na komputerze lub drukowanymi literami.

Please use a computer to complete the application form - otherwise, please fill it out in capital letters.

Poniesienie kosztów szczepienia przeciwko grypie - limit kosztów 100 zł za osobę łącznie za preparat /
paying the costs of flu vaccination - limit of PLN 100 per person per preparation

Poniesienie kosztów szczepienia przeciwko grypie - limit kosztów 160 zł za osobę łącznie za kwalifikację, preparat oraz wykonanie szczepienia /
paying the costs of flu vaccination - limit of PLN 160 per person total for qualifying visit, preparation and administering the vaccination

DANE PACJENTA WNIOSKUJĄCEGO O REFUNDACJĘ / DETAILS OF PATIENT REQUESTING REIMBURSEMENT

Nazwisko i imię pacjenta wnioskującego o refundację / details of patient requesting reimbursement															
Pesel / Pesel No.										lub / or		Numer karty - MRN / MRN:			
Adres zamieszkania / Patient's address															
* Imię i nazwisko opiekuna prawnego / * Name of Legal Guardian										Telefon kontaktowy wnioskującego o refundację / Contact phone					
Numer rachunku bankowego / Bank account No.															
Nazwa banku / Name of bank															
Nazwa szczepionki / Vaccine name		Nazwa usługi / Service name		1.		2.		3.							
Data wykonania szczepienia / Date of vaccination		Data usługi / Execution date													

* Dane rodzica lub opiekuna prawnego - w przypadku refundacji usług wykonywanych dla dzieci do 18 r.ż. /
Name of parent of legal guardian - if the reimbursement is for services performed for a minor (18 and under).

DANE CZŁONKÓW RODZINY PACJENTA WNIOSKUJĄCEGO O REFUNDACJĘ / DETAILS OF FAMILY MEMBERS OF PATIENT REQUESTING REIMBURSEMENT

Nazwisko i imię pacjenta / Patient's full name:															
Pesel / Pesel No.										lub / or		Numer karty - MRN / MRN:			
Nazwisko i imię pacjenta / Patient's full name:															
Pesel / Pesel No.										lub / or		Numer karty - MRN / MRN:			
Nazwisko i imię pacjenta / Patient's full name:															
Pesel / Pesel No.										lub / or		Numer karty - MRN / MRN:			
Nazwisko i imię pacjenta / Patient's full name:															
Pesel / Pesel No.										lub / or		Numer karty - MRN / MRN:			
Wnioskowana kwota refundacji / Requested refund amount															

Oświadczam, że załączone rachunki/faktury dotyczą szczepienia przeciwko grypie / I declare that the attached bills/invoices are for flu vaccinations

Data i własnoręczny podpis Pacjenta/Opiekuna Prawnego /
Date and handwritten signature of Patient/Legal Guardian

Komplet dokumentów do refundacji powinien zawierać / The complete set of reimbursement documents should include:

1. Wypełniony i podpisany wniosek / *The application form – completed and signed*
2. Dokument potwierdzający zakup usługi (np. zakup szczepionki, zakup kwalifikacji do szczepienia) / *The document confirming the purchase of the service (e.g. purchase of a vaccine, purchase of qualification for vaccination)*

Informujemy, że w przypadku dostarczenia niekompletnych lub nieprawidłowo wypełnionych dokumentów refundacja zostanie automatycznie odrzucona / Please note that if you provide incomplete or incorrectly filled documents, the reimbursement application shall be automatically rejected

Dane dotyczące świadczeń / Information about benefits:

1. Zwrot kosztów dokonywany jest na podstawie oryginałów rachunków / faktur imiennych. Przy czym rachunek imienny / faktura imienna powinny być wystawione na osobę fizyczną (osobę korzystającą ze świadczeń, a w przypadku dzieci do 18 r.ż. – na dane rodzica lub opiekuna). / *Reimbursement is issued on the basis of original bills/personal invoices. Bills/invoices should be issued for a natural person (the beneficiary, and in the case of children up to 18 years of age – for their parent or guardian).*
- 2 **Komplet dokumentów należy wysłać mailem na adres: refundacje.medicover@rhenus-data.pl / Send a set of documents to: refundacje.medicover@rhenus-data.pl**
3. Zwrot nastąpi w terminie 30 dni kalendarzowych od otrzymania kompletu prawidłowych dokumentów. / *Reimbursement will be made within 30 calendar days of receiving all required documents.*