

REFUNDACJA KOSZTÓW SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE W SEZONIE 2020/2021 REIMBURSEMENT FOR FLU VACCINATION FOR THE 2020/2021 SEASON



Usługa wykonana w Centrum Medicover / Service performed at Medicover Centre

**Prosimy o uzupełnienie wszystkich informacji w celu złożenia wniosku o refundację.
Do wniosku należy dołączyć dowód zakupu szczepionki (faktura imienna).**

Please complete all information in order to request reimbursement.
The request must include proof of purchase of the vaccination (invoice).

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 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.	<input type="text"/>	lub / or	Numer karty – MRN / MRN: <input type="text"/>
Adres zamieszkania / Patient's address			
* Imię i nazwisko opiekuna prawnego / * Name of Legal Guardian	<input type="text"/>	Telefon kontaktowy wnioskującego o refundację / Contact phone	<input type="text"/>
Numer rachunku bankowego / Bank account No.	<input type="text"/>		
Nazwa banku / Name of bank	<input type="text"/>		
Data wykonania szczepienia / Date of vaccination	<input type="text"/>	Nazwa szczepionki / Vaccine name	<input type="text"/>

* 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.	<input type="text"/>	lub / or	Numer karty – MRN / MRN: <input type="text"/>
Nazwisko i imię pacjenta / Patient's full name:			
Pesel / Pesel No.	<input type="text"/>	lub / or	Numer karty – MRN / MRN: <input type="text"/>
Nazwisko i imię pacjenta / Patient's full name:			
Pesel / Pesel No.	<input type="text"/>	lub / or	Numer karty – MRN / MRN: <input type="text"/>
Nazwisko i imię pacjenta / Patient's full name:			
Pesel / Pesel No.	<input type="text"/>	lub / or	Numer karty – MRN / MRN: <input type="text"/>
Wnioskowana kwota refundacji / Requested refund amount		<input type="text"/>	

Data i czytelny podpis Pacjenta/Opiekuna Prawnego / Date and legible signature of Patient/Legal Guardian	Data i czytelny podpis Pracownika CM / Date and legible signature of MC Employee	Pieczętka CM / MC stamp
---	---	-------------------------

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. Dowód zakupu szczepionki - faktura imienna wystawiona na pacjenta (w przypadku dzieci do 18 r.ż. na dane rodzica lub opiekuna / *Proof of purchase of the vaccine – an invoice issued to a patient with his/her personal details specified as the buyer (in the case of children under 18 years of age, the invoice should bear the details of their parent or guardian)*

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 faktur imiennych. Przy czym faktura imienna powinna być wystawiona 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 invoices. The invoice 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. Wniosek powinien zawierać podpis i pieczętkę pracownika Centrum Medicover, w którym została wykonana usługa. / *The request should contain the signature and stamp of an employee of the Medicover Centre where the service was performed.*
3. **Komplet dokumentów należy wysłać mailem na adres: refundacje.medicover@rhenus-data.pl / Send a set of documents to: refundacje.medicover@rhenus-data.pl**
4. 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.*