



Pytania i odpowiedzi

enel-med

www.enel.pl

#zdrowiej



Przystępowanie i zmiana wariantów

Kto może przystąpić do programu oraz jakie dokumenty należy wypełnić?

Oferta dedykowana jest dla Pracowników oraz ich Rodzin.

Do programu można przystąpić w każdym czasie po okresie zatrudnienia wynoszącym minimum 3 miesiące.

Jeśli pracownik chce zgłosić wyłącznie siebie – wybiera **Pakiet Indywidualny**. W celu zgłoszenia osób dodatkowych z rodziny, można wybrać:

- **Pakiet Partnerski** (pracownik + 1 osoba dodatkowa, którą może być małżonek/partner do 67 roku życia lub dziecko do 26 roku życia, uczące się)
- **Pakiet Rodzinny** (pracownik + 1 osoba dodatkowa osoba dorosła, którą może być małżonek/partner do 67 roku życia oraz wszystkie dzieci do 26 roku życia, uczące się)

Wyżej wymienione osoby będą miały identyczny wariant/program jak pracownik.

Pracownik ma również możliwość wykupienia dodatkowych wariantów:

- **Pakiet Senior** - można zapisać Rodzica/Teścia bez względu na wiek lub partnera życiowego/współmałżonka pow. 67 r. życia
- **Pakiet Kontynuacyjny** - dedykowany dla dziecka pracownika, które ukończyło 26 r. ż. przewidziany jest zakres tożsamy jak pakiet pracownika.

Jakie dokumenty należy wypełnić, w celu przystąpienia do programu?

W celu zgłoszenia się do programu należy wypełnić „**Deklarację przystąpienia do opieki medycznej**”.

Podpisane dokumenty należy przekazać do Działu Kadr i Płac do 20 dnia miesiąca.

(dla przykładu, jeśli chcesz, aby opieka medyczna działała od 1 lutego, musisz dostarczyć niezbędny wniosek do 20 stycznia)

Przystąpienie do pakietu następuje na okres co najmniej 12 miesięcy.

W przypadku zgłoszenia po 20 dniu miesiąca, Twój pakiet będzie aktywny od drugiego miesiąca następującego po miesiącu, w którym się zgłosiłeś.



Przystępowanie i zmiana wariantów

Kiedy mogę zmienić wariant oraz jakie dokumenty należy wypełnić?

Zmienić pakiet na wyższy (w tym rozszerzenie o partnera/rodzinę/ dodanie seniora) możliwe w każdej chwili, przy czym zmiana zacznie obowiązywać od 1 dnia kolejnego miesiąca, pod warunkiem złożenia wniosku o zmianę do 20 dnia miesiąca. W celu dokonania zmian należy zgłosić się do Działu Kadr i Płac.

Kiedy mogę zrezygnować z programu?

Zrezygnować z pakietu lub zmienić go na niższy można po upływie 12 miesięcy.

Koszty Pakietów medycznych

CENY PAKIETÓW MEDYCZNYCH

	BASIC	STANDARD	OPTIMUM	PREMIUM	SENIOR
 Koszt pakietu indywidualnego dla Pracownika	Pracownik nie ponosi opłaty za pakiet pracowniczy*	Dopłata pracownika do pakietu 46,40 zł	Dopłata pracownika do pakietu 86,10 zł	Dopłata pracownika do pakietu 121,30 zł	-
 Koszt pakietu partnerskiego (dopłata do pakietu pracownika)	63,00 zł	107,80zł	152,10 zł	185,10 zł	-
 Koszt pakietu rodzinnego (dopłata do pakietu pracownika)	125,60 zł	165,20 zł	242,40 zł	286,40 zł	-
 Koszt pakietu kontynuacyjnego (dopłata do pakietu pracownika, za każdą osobę zgłoszoną)	63,00 zł	107,80 zł	152,10zł	185,10 zł	-
 Koszt pakietu senior (dopłata do pakietu pracownika, za każdego seniora)	-	-	-	-	172,00zł



Definicje

TYP INDYWIDUALNY – przeznaczony jest dla pracownika, bez limitu wieku

TYP PARTNERSKI – przeznaczony jest dla współmałżonka/partnera lub jednego dziecka (współmałżonek lub partner do 67 r. ż., dziecko do 18 r. ż., młodzież ucząca się do rozpoczęcia 26 r. ż, pozostającą na utrzymaniu rodziców - wspólny adres zamieszkania);

TYP RODZINNY - przeznaczony jest dla współmałżonka/partnera oraz dzieci (współmałżonek lub partner do 67 r. ż., dziecko do 18 r. ż., młodzież ucząca się do rozpoczęcia 26 r. ż, pozostającą na utrzymaniu rodziców - wspólny adres zamieszkania);

PAKIET SENIOR - przeznaczony jest dla:

-rodzica/teścia pracownika, bez względu na wiek

-partnera życiowego/ współmałżonka pow. 67 r. życia pracownika;

PAKIET KONTYNUACYJNY dla dzieci powyżej 26 roku życia (dziecko powyżej 26 roku życia - dziecko własne lub przysposobione pracownika lub Partnera, które ukończyło 26 lat.)

*Pakiet Basic finansowany jest w całości przez Pracodawcę. Stanowi przychód dla Pracownika, w związku z tym jest podstawą do naliczenia podatku dochodowego oraz składek ZUS.

UWAGA: Ceny pakietów ulegają zmianie według rocznego wskaźnika ogłaszanego przez GUS.

Korzystanie z programu

Gdzie mogę znaleźć szczegółowe informacje na temat programu medycznego?

Wszystkie informacje dotyczące zakresu programu medycznego oraz informacje jak z niego korzystać uzyskasz skanując aparatem telefonu poniższy kod QR:



Informacje na temat przyznawania możliwości korzystania z programu medycznego uzyskasz w Dziale Kadr i Płac.



Jak umówić wizytę?

Usługi medyczne	Jak zapiszę się na konsultację lub badania?	Jak zamówię wizytę domową?	Gdzie znajdę pomoc w nagłych przypadkach?
W miastach z oddziałami enel-med	Aplikacja mobilna On-line Call Center		Pierwsza Linia Medyczna
W pozostałych miastach w placówkach partnerskich	Bezpośredni kontakt z placówką partnerską lub Call Center		Pierwsza Linia Medyczna



Call Center
22 23 07 007

poniedziałek - sobota 7.00-21.00
niedziela 9.00-17.00



Pierwsza Linia Medyczna 24h
501 111 999



Przypomnienie
o umówionych wizytach
w oddziałach enel-med



Call Center

Możesz umówić się na wizytę lub badanie planowe we wszystkich oddziałach enel-med. Wybierz formułę konsultacji, która w danym momencie najbardziej odpowiada Twoim potrzebom – konsultację w oddziale lub telekonsultację.



Pierwsza Linia Medyczna

Zapewnia pomoc w sytuacjach pilnych: wezwanie karetki enel-med, wizyta domowa, pilna wizyta w placówce w razie poważnego urazu, wizyta na dyżurze lekarza medycyny rodzinnej lub lekarza ortopedy.



System online i aplikacja

Możesz umówić się na wizytę lub badanie planowe we wszystkich oddziałach enel-med – konsultację w oddziale lub telekonsultację. Wyfiltruj placówki najbliższe miejsca zamieszkania, lub lekarzy, do których chcesz się zarejestrować.

W jakich godzinach mogę korzystać z placówek medycznych?

Godziny pracy oddziałów są ujęte na stronie enel.pl / zakładka placówki

Godziny pracy placówek parterów medycznych zostały ujęte na stronie:

<https://enel.pl/znajdz-placowke/placowki-partnerskie/>

Ponadto informacje można uzyskać poprzez bezpośredni kontakt telefoniczny z placówką.

W jakim terminie Operator jest zobowiązany do organizacji usługi medycznej?

Standardy dostępności w Placówkach własnych oraz w Placówkach współpracujących

SPECJALIZACJE	CZAS OCZEKIWANIA	SPECJALIZACJE	CZAS OCZEKIWANIA
Alergolog	8 dni	Lekarz medycyny rodzinnej	24 h
Chirurg naczyniowy	8 dni	Nefrolog	8 dni
Chirurg ogólny	4 dni	Neurochirurg	8 dni
Dermatolog	4 dni	Neurolog	4 dni
Diabetolog	8 dni	Okulista	4 dni
Endokrynolog	8 dni	Onkolog	8 dni
Gastrolog	8 dni	Ortopeda	4 dni
Ginekolog	4 dni	Proktolog	8 dni
Hematolog	8 dni	Pulmonolog	8 dni
Internista	24 h	Reumatolog	8 dni
Kardiolog	8 dni	Urolog	8 dni
Laryngolog	4 dni	pediatra - dzieci chore	24h
Lekarz medycyny pracy	4 dni	pediatra - dzieci zdrowe	8 dni



Jeśli w aplikacji mobilnej lub systemie on-line, placówce partnerskiej nie znajdziesz dogodnego dla siebie terminu konsultacji, skontaktuj się z Call Center enel-med. **i powołaj się na obowiązujący standard.**

Wskazane terminy:

- dotyczą konsultacji dla dorosłych w ramach wskazanej specjalizacji lekarskiej, a nie konsultacji u imiennie wskazanego lekarza;
- dotyczą konsultacji w ramach specjalizacji dla dzieci (pediatra - poradnia dla dzieci chorych/ poradnia dla dzieci zdrowych), nie dotyczą konsultacji u imiennie wskazanego lekarza;
- nie biegają w niedziele i święta określone w przepisach o dniach wolnych od pracy;
- nie dotyczą okresów sezonowej lub podwyższonej zapadalności na grypę oraz epidemii;
- nie są rozumiane jako niedotrzymane jeśli zostaną zaakceptowane przez pracownika/członka rodziny.

Co, jeśli Operator nie dotrzyma wyżej wymienionych terminów dostępności?

Jeśli Operatorowi (ENEL-MED.) nie uda się zaproponować odpowiedniego terminu w oddziałach własnych lub u naszych partnerów medycznych, będziesz mógł skorzystać z opcji refundacji za wizytę stacjonarną zrealizowaną poza siecią enel-med*. Otrzymasz sms-owe potwierdzenie zgody na realizację usługi w ramach refundacji, a zwrot kosztów nastąpi po dostarczeniu faktury wraz z wnioskiem o refundację na wskazany w dokumencie adres.

*Zwrot kosztów wizyty stacjonarnej do wartości wizyty komercyjnej określonej wg. cennika dla klientów indywidualnych dostępnego i obowiązującego w oddziałach enel-med w danym regionie.

Czy można dokonać rezerwacji wizyt przez internet?

Tak, zakładając konto on-line może umówić się przez portal pacjenta lub aplikacja mobilna. Możesz założyć konto dzięki weryfikacji tożsamości przez mojeID (logowanie do banku). Konto on-line to pełne centrum dowodzenia Twoim zdrowiem w telefonie lub na stronie www. Wejdź na stronę <https://online.enel.pl/> i skorzystaj z intuicyjnego formularza.

Czy muszę mieć skierowanie do lekarza specjalisty?

Nie, skierowanie do specjalisty nie jest wymagane.

Wyjątek stanowią konsultacje profesorskie. Pacjent ma możliwość odbycia konsultacji profesorskiej w zakresie specjalności objętych jego pakietem, na podstawie skierowania od lekarza.



Czy muszę mieć skierowanie na badania diagnostyczne?

Tak, także na badania laboratoryjne czy rehabilitację.

Jaki jest termin ważności skierowania na badania diagnostyczne?

Ważność skierowań w trybie planowym to okres od 6 do 12 miesięcy, zależnie od rodzaju badania. W przypadku wątpliwości / pytań związanych z ważnością zleconych badań skontaktuj się z Call Center.

Gdzie sprawdzić zakres pakietu medycznego?

Szczegółowy zakres pakietów znajdziesz pod podanym poniżej kodem QR. Wybierz swój zakres pakietu i zapoznaj się ze szczegółami.



Możesz uzyskać również informację o tym czy usługa jest objęta pakietem kontaktując się z Call Center lub poprzez aplikację mobilną/ system on-line.

Czy są dostępne rabaty na usługi, które nie są gwarantowane w cenie zakresu?

Tak, w oddziałach własnych.





Refundacja, Swoboda Leczenia

Co to jest Refundacja Swoboda Leczenia i jak z niej skorzystać?

W ramach obowiązującej nas umowy Pacjent ma prawo skorzystać z usługi medycznej (ambulatoryjnej) poza siecią placówek medycznych centrum medyczne-enel-med w ramach usługi SWOBODA LECZENIA. Usługa obejmuje refundację 80% poniesionych kosztów w zakresie usług dostępnych w pakiecie.

- Łączna kwota refundacji w jednym kwartale nie może przekroczyć 650 zł.
- W pakietach rodzinnych powyższa kwota dotyczy każdej osoby objętej opieką.
- Zwrot jest realizowany, na podstawie wniosku, do którego pacjent dołącza fakturę i w określonych przypadkach skierowanie na badanie.
- Po wykonaniu i opłaceniu usługi Pacjent powinien przesłać fakturę z załącznikami najpóźniej w ciągu 60 dni od daty jej wykonania do działu obsługi klienta, na wskazany adres mailowy.
- Refundacja nastąpi w terminie do 30 dni od dnia otrzymania wniosku.
- Szczegółowy opis procesu znajdziesz w pliku **Instrukcja Refundacji (Swoboda Leczenia)**.



Czy możliwa jest refundacja z placówek medycznych, które współpracują z ENEL MED?

Tak, możliwa jest refundacja (80%/650 zł) w przypadku, gdy dana usługa jest dostępna w placówce partnerskiej, ale nie jest zakontraktowana w umowie między enel-med. a partnerem medycznym. Warunki refundacji pozostają bez zmian, usługa musi być objęte zakresem pakietu w chwili jej realizacji.

Refundacja nie dotyczy klinik ENEL-SPORT, Enel-Senior, Estell – Medycyna Estetyczna – które stanowią osobne marki.



Aplikacja i Portal Pacjenta

Jak aktywować dostęp do portalu pacjenta?

Założ konto dzięki weryfikacji tożsamości przez mojID (logowanie do banku).

Konto on-line to pełne centrum dowodzenia Twoim zdrowiem w telefonie lub na stronie www.

Wejdź na **stronę** <https://online.enel.pl/> i skorzystaj z intuicyjnego formularza

Jak korzystać z aplikacji / portalu pacjenta ENEL MED?

Do portalu pacjenta oraz aplikacji zalogujesz się tym samym loginem.

Portal i aplikacja to:

- **Umawianie, odwoływanie oraz pogląd** zaplanowanych wizyt w enel-med
- **E-wizyty – konsultacje lekarskie** z dowolnego miejsca na świecie (czat, video, rozmowa telefoniczna)
- **Potwierdzenie obecności w oddziale** – przed wizytą przez aplikację mobilną
- **Odbiór wyników badań on-line**
- **Możliwość konsultacji wyników** w trakcie e-wizyty
- **Zalecenia lekarskie** po zrealizowanej wizycie w enel-med
- **Ranking lekarzy enel-med** na podstawie ocen pacjentów
- **Zamawianie recept** na lek stosowany na stałe
- **Umawianie badań diagnostycznych**
- **Powiadomienie** o zwolnionej wizycie – lista rezerwowa
- **Jedno logowanie** do konta rodzica i dziecka w aplikacji mobilnej oraz na koncie pacjenta
- Gwarancja jakości usług - **ocena wizyty w aplikacji**
- Kontrola utraconych terminów - **informacje o nieodwołanych wizytach**
- **Dodawania załączników** do teleporad e-wizyt

Gdzie mogę się zgłosić, jeśli nie działa aplikacja?

Skontaktuj się z Call Center lub prześlij wiadomość z opisem problemu na adres: online@enel.pl





Reklamacje

Gdzie kierować reklamacje na obsługę?

Jeżeli coś budzi Twoje wątpliwości, możesz podzielić się tym z nami, wysyłając wiadomość na adres: **opinie@enel.pl**

Możesz również wypełnić elektroniczny formularz na naszej stronie

www: <https://enel.pl/kontakt>

W jakim czasie otrzymam odpowiedź na zgłoszoną reklamację?

Odpowiedź jest udzielana – bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż 30 dni od dnia jej przyjęcia – pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, lub osobie posiadającej stosowne upoważnienie pacjenta. Szczegóły znajdziesz w pliku **Podziel się z nami swoją opinią**.