



WNIOSEK O REFUNDACJĘ

Prosimy o zaznaczenie z jakiego tytułu ubiega się Pan/Pani o Refundację kosztów leczenia:

Z tytułu zapisów w umowie:

- Refundacja „Swoboda Leczenia”
- Refundacja „Cennikowa”
- Refundacja „Standardy Dostępności”
- Refundacja „Przyjazna Zmiana”
- Refundacja „Dyżur Stomatologiczny”

Z tytułu reklamacji:

- Zwrot z tytułu braku usługi w placówkach w danym mieście
- Inny:

Wypełniony Wniosek wraz z kompletem dokumentów prosimy przesłać w ciągu 3 miesięcy od skorzystania ze świadczenia na adres:

LUX MED Sp. z o.o.
ul. Hżeczka 24 F
02-135 Warszawa

Z dopiskiem: Refundacja

Potwierdzenie podjęcia próby rezerwacji terminu wizyty w LUX MED:

(prosimy podać dane o dacie i sposobie podjęcia próby rezerwacji wizyty w celu umożliwienia weryfikacji spełnienia standardów dostępności)

Miejsce kontaktu (zaznacz):

- Call Center – Nr telefonu z którego nastąpił kontakt*: _____
- Portal Pacjenta
- Placówka _____ medyczna _____ (podaj _____ nazwę _____ i _____ adres)

Data kontaktu: _____

Dane Osoby Uprawnionej do Refundacji

Nazwisko*: _____ Imię*: _____

PESEL*: _____ Data urodzenia: _____

Telefon: _____ Telefon komórkowy*: _____

E-mail*: _____

Nazwa Firmy* : _____

Adres do korespondencji*:

Ulica: _____ Kod pocztowy: _____ - _____ Poczta: _____

Miejscowość: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Dane osoby do kontaktu (dane rodzica lub opiekuna – w przypadku Refundacji usług wykonywanych dla dzieci do lat 18)

Nazwisko: _____ Imię: _____

Telefon: _____ Telefon komórkowy: _____

E-mail: _____

Dane do wypłaty:

Przelew bankowy na rachunek*:

Bank/Oddział*: _____

Właściciel*: _____

Nr rachunku*: _____

*pole obowiązkowe



Dane dotyczące wykonanych Świadczeń zdrowotnych:

- Zwrot kosztów dokonywany jest na podstawie **oryginałów faktur VAT** wystawionych na osobę fizyczną (osobę korzystającą ze świadczeń, a w przypadku dzieci do 18 r.ż. – na dane rodzica lub opiekuna) wraz ze specyfikacją wykonanych świadczeń zawierającą nazwę usługi, liczbę i cenę jednostkową usługi. Oryginał faktury należy dołączyć do niniejszego Wniosku. **Nie dokonujemy zwrotów na podstawie paragonów fiskalnych.**
- W tabeli poniżej prosimy podać informację o wykonanych usługach, o których Refundację ubiegają się Państwo. W przypadku, gdy świadczeniem była konsultacja lekarska, w tabeli należy wpisać nazwę specjalizacji lekarskiej, natomiast gdy świadczeniem było badanie, należy wpisać nazwę wykonanego badania.
- W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz pozostałych Świadczeń zdrowotnych, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy (Benefitplanu), a skierowanie na świadczenie zostało wystawione przez lekarza z innej placówki niż Placówka Własna, prosimy o dołączenie do Wniosku kopii skierowania.

Lp.	Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Kwota	Nr faktury	Kwota Refundacji (wypełnia LUX MED)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

OŚWIADCZENIE – UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że upoważniam LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie do:

- uzyskiwania wszelkich informacji (w rozumieniu art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyisty) o moim stanie zdrowia, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób udzielających świadczeń zdrowotnych;
- dostępu (w tym wglądu do oryginałów, uzyskania kopii, odpisów i wypisów) do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej (w rozumieniu art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);

bezterminowo, w zakresie świadczeń będących przedmiotem niniejszego Wniosku o Refundację, w odniesieniu do każdej dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, bez względu na podmiot nią administrujący.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku braku wyrażenia zgody na uzyskanie dostępu do dokumentacji medycznej, o której mowa w pkt 1 i 2 powyżej, LUX MED ma prawo odmówić zwrotu kosztów świadczeń lub odpowiednio zmniejszyć kwotę refundacji.

_____ data

_____ miejscowość

_____ podpis

Prosimy pamiętać o podpisaniu Wniosku.

Załączniki:

- Faktury: _____ – sztuk
- Kopie skierowań: _____ – sztuk
- Inne: _____ – _____ sztuk