



WNIOSEK O REFUNDACJĘ

Prosimy o zaznaczenie (jednej z poniższych opcji) 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
- Z tytułu uzyskanej zgody na zwrot kosztów
- Inny:

Wypełniony Wniosek wraz z kompletem dokumentów prosimy przesłać na adres:

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

Z dopiskiem: Refundacja

UWAGA! Dokonujemy zwrotu do 3 miesięcy wstecz od daty wykonania usługi. Prosimy o bieżące przysyłanie dokumentów

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, która skorzystała ze Świadczenia zdrowotnego

Nazwisko*: _____ Imię*: _____

PESEL*: _____ Data urodzenia: _____

Telefon: _____ Telefon komórkowy*: _____

E-mail*: _____

Nazwa Firmy* : _____

Adres do korespondencji*:

Ulica: _____ Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____ - _____ Poczta: _____

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; w przypadku adresu e-mail lub numeru telefonu wystarczy podanie jednego z nich



Dane dotyczące wykonanych Świadczeń zdrowotnych:

1. 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.**
2. 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.
3. 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.
4. W przypadku usług stomatologicznych oraz rehabilitacyjnych wymagane jest dołączenie specyfikacji wykonanych usług z cenami jednostkowymi ilością wykonanej usługi oraz jej nazewnictwem.

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

_____ *data*

_____ *miejsowość*

_____ *podpis*

Prosimy pamiętać o podpisaniu Wniosku.

Załączniki:

1. Faktury: _____ – sztuk
2. Kopie skierowań: _____ – sztuk
3. Inne: _____ – _____ sztuk