

REGULAMIN REFUNDACJI DLA KLIENTÓW LUX MED

DEFINICJE

Refundacja - zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych, wykonanych przez Osobę uprawnioną w Placówkach medycznych innych niż wskazane przez Lux Med, na warunkach określonych w Umowie;

Wniosek o refundację lub Wniosek – formularz zgłoszenia refundacji ;

Regulamin – niniejszy dokument;

Benefitplan - określony kodem wykaz świadczeń zdrowotnych, przysługujących danej Osobie uprawnionej, wraz z warunkami ich wykonania;

Osoba uprawniona - osoba fizyczna (pracownik Zleceniodawcy lub członek rodziny pracownika) zgłoszona przez Zleceniodawcę do odpowiedniego Benefitplanu;

WARUNKI REFUNDACJI

70% poniesionych kosztów do wysokości limitu 500 zł na osobę na kwartał (kalendarzowy)

ZASADY REFUNDACJI

1. Prawo do skorzystania z Refundacji określa umowa o świadczenie usług medycznych (wraz z załącznikami) zawarta między na rzecz Osoby uprawnionej.
2. W przypadku zamiaru skorzystania z Refundacji, Osoba uprawniona pokrywa koszty wykonanych świadczeń bezpośrednio w placówce medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej placówce oraz pobiera fakturę lub rachunek za wykonane usługi.
3. Lux Med dokona zwrotu kosztów poniesionych przez Osobę uprawnioną w czasie posiadania uprawnień do opieki medycznej, w stosunku do usług znajdujących się w Benefitplanie w dniu wykonania usługi.
4. Osobie uprawnionej przysługuje zwrot poniesionych kosztów usługi maksymalnie do kwoty limitu określonego w umowie (o ile umowa przewiduje limity).
5. W przypadku świadczeń z procentowym lub kwotowym udziałem własnym, cena wykonanego świadczenia zostanie pomniejszona o kwotę wynikającą z udziału własnego.
6. Wypłata świadczenia z tytułu Refundacji dokonywana jest na podstawie złożonego przez Osobę uprawnioną Wniosku o refundację wraz z załączonymi oryginałami faktur lub rachunków zawierających:
 - a. Imienne dane Osoby uprawnionej, na rzecz którego zostały wykonane świadczenia
 - b. Wykaz wykonanych świadczeń
 - c. Ilość świadczeń danego rodzaju
 - d. Datę wykonania świadczenia
 - e. Cenę jednostkową świadczenia
7. Faktura będąca podstawą do Refundacji powinna zostać wystawiona na Osobę uprawnioną lub, w przypadku świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz dziecka, na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego.

8. Wniosek wraz z dokumentami Ubezpieczony przesyła na adres:

LUX MED Sp. z o.o.
Dział Administrowania Kontraktami
ul. Postępu 21c, 02-676 Warszawa

Z dopiskiem: Refundacja

9. W przypadku otrzymania dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej Lux Med poinformuje osobę składającą wniosek o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki we Wniosku.

WYPŁATA Z TYTUŁU REFUNDACJI

1. Podstawą do zwrotu kosztów świadczeń jest złożony przez Osobę uprawnioną **Wniosek o refundację** wraz z załącznikami.
2. Lux Med dokona zwrotu kosztów na numer konta bankowego wskazany we Wniosku o refundację w terminie 30 dni od daty wpłynięcia kompletnego Wniosku.
3. Wysokość zwrotu uzależniona będzie od:
 - a. Wysokości poniesionych kosztów świadczeń;
 - b. Wysokości udziału własnego;
 - c. Limitu kosztów, jeśli taki będzie wskazany w Umowie.
4. Lux Med odmówi zwrotu kosztów w przypadku:
 - a. Wykonania świadczeń na rzecz osoby nie będącej Osobą uprawnioną;
 - b. Wykonania świadczeń znajdujących się poza zakresem Benefitplanu Osoby uprawnionej;
 - c. Wykonania świadczeń poza okresem posiadania uprawnień do opieki;
 - d. Świadczeń w wartości lub ilości przekraczających limit wynikający z Umowy.
 - e. Wykonanie świadczeń niezgodnie z zawartą Umową.

Załączniki:

1. Wniosek o refundację

WNIOSEK O REFUNDACJĘ

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O REFUNDACJĘ

Nazwisko: _____ Imię: _____
 Nr karty: _____
 PESEL: _____ Data urodzenia: _____
 Telefon: _____ Telefon komórkowy: _____
 Email: _____
 Nazwa Firmy : _____

Adres do korespondencji:

Ulica: _____ Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____
 Miejscowość: _____ Kod pocztowy: ____ - ____ Poczta: _____

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZEŃ (jeśli inne niż dane osoby wnioskującej)

Nazwisko: _____ Imię: _____
 Nr karty: _____
 PESEL: _____ Data urodzenia: _____
 Nazwa Firmy : _____

DANE DOTYCZĄCE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Lp.	Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Kwota	Nr faktury	Kwota refundacji (wypełnia Lux Med)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Powód skorzystania ze świadczenia poza Placówkami medycznymi wskazanymi przez Lux Med :

FORMA WYPŁATY

Przelew bankowy na rachunek:

Bank/Oddział _____

Właściciel _____

Nr rachunku: _____

Data

Miejscowość

Podpis

Załączniki:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

UWAGA:

1. W przypadku, gdy świadczeniem była konsultacja lekarska w tabeli należy wpisać nazwę specjalizacji lekarskiej, natomiast gdy świadczeniem było badanie, należy wpisać nazwę wykonanego badania
2. Do wniosku należy dołączyć oryginały faktur i rachunków zawierających: dane imienne osoby na rzecz której zostały wykonane świadczenia oraz wykaz wykonanych świadczeń.
3. Lux Med będzie pokrywać koszty świadczeń na zasadach i do wysokości określonej w umowie
4. Lux Med będzie pokrywać wyłącznie koszty świadczeń wykonanych na rzecz Osób uprawnionych i znajdujących się w zakresie posiadanych uprawnień w dniu wykonania świadczenia.
5. Lux Med nie pokrywa kosztów świadczeń wykonanych niezgodnie z warunkami Umowy np. procedur nie zleconych przez lekarza.
6. Wypełniony Wniosek wraz z oryginałami faktur prosimy przesłać na adres:

**Lux Med Sp. z o.o.
Dział Administrowania Kontraktami
Seksja Rozliczeń
ul. Postępu 21C
02-676 WARSZAWA**

Z dopiskiem: Refundacja