



# 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
- Poniesienia kosztów szczepienia przeciwko grypie - limit kosztów dla szczepień wykonanych od 19 października 2020: 100 zł/osobę za preparat, 160 zł/osobę łącznie za kwalifikację, preparat i wykonanie szczepienia
- Inny:

Wypełniony Wniosek wraz z kompletem dokumentów prosimy przesłać na adres:

**LUX MED Sp. z o.o.**  
ul. Hżęcka 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 lub rachunków** 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