

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 przestać na adres:

LUX MED Sp. z o.o.
ul. Hłżecka 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: Kod pocztowy:
Miejscowość: Poczta:
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; 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



luxmed.pl

LUX MED Sp. z o.o.
ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa
t: 22 450 50 05, 22 450 50 10 f: 22 331 85 85
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000265353
NIP: 527 252 30 80
REGON: 140723603
Wysokość kapitału zakładowego: PLN 676,123,500,00