Standardy dostępności w placówkach LUX MED

Planowe wizyty u lekarzy pierwszego kontaktu:
- internisty
- lekarza rodzinnego
- pediatry

realizowane są w czasie do **24 godzin** (z wyłączeniem niedziel i świąt).

Planowe wizyty u lekarzy specjalistów:
- ginekologa
- chirurga

realizowane są w czasie do **48 godzin** (do 2 dni roboczych, z wyłączeniem niedziel i świąt).

Planowe wizyty u lekarzy specjalistów:
- okulisty
- ortopedy
- laryngologa

oraz planowe badania:
- RTG

realizowane są w czasie do **72 godzin** (do 3 dni roboczych, z wyłączeniem niedziel i świąt)

Planowe wizyty u lekarzy specjalistów:
- kardiologa
- pulmonologa
- neurologa
- dermatologa

oraz planowe badania:
- USG (m.in. brzucha, piersi, z wyłączeniem specjalistycznego, w tym ortopedycznego)
- mammografia

realizowane są w czasie do **120 godzin** (do 5 dni roboczych, z wyłączeniem niedziel i świąt).

Planowe wizyty u lekarzy specjalistów:
- alergologa
- endokrynologa
- onkologa
- chirurga naczyniowego
- gastroenterologa
- psychiatry
- specjalisty chorób zakaźnych
- nefrologa
- urologa
- diabetologa
- neurochirurga

oraz planowe badania:
- tomografia komputerowa
- biopsje
- densytometria
- EKG wysiłkowe

realizowane są w czasie do **168 godzin** (do 7 dni roboczych, z wyłączeniem niedziel i świąt).

Planowe wizyty u specjalistów:
- ginekologa endokrynologa
- psychologa
- lekarzy specjalności niewymienionych powyżej
- hematologa
- foniatry
- konsultacje profesorskie
- hepatologa
- stomatologa

oraz planowe badania:
- USG specjalistyczne (transrektalne, transwaginalne, sercowo-naczyniowe, ortopedyczne)
- rezonans magnetyczny
- endoskopia przewodu pokarmowego

realizowane są w czasie do **240 godzin** (do 10 dni roboczych, z wyłączeniem niedziel i świąt).

Dyżur urazowy – **w Warszawie** w przypadku nagłych zachorowań dzienny dyżur chirurgiczno-ortopedyczny wraz ze standardową diagnostyką.

Pediatria – wizyta planowa u lekarza pediatry w przypadku dzieci chorych w przeciągu **24 godzin**. W przypadku wizyty profilaktycznej **do 3 dni** roboczych (od poniedziałku do soboty).

Planowe wizyty u:
- chirurga dziecięcego
- neurologa dziecięcego
- okulisty dziecięcego
- ortopedy dziecięcego

realizowane są bez skierowania w przeciągu 10 dni roboczych (z wyłączeniem niedziel i świąt).

Konsultacje u lekarzy pozostałych specjalności **wymagają skierowania** od lekarza pediatry LUX MED i będą realizowane również w przeciągu **10 dni roboczych** (od poniedziałku do soboty).

Planowa wizyta u lekarzy **medycyny pracy** realizowana jest w ciągu **1 dnia** roboczego. Oczekiwanie na wizytę wynosi **do 3 dni roboczych** od czasu uzyskania wszystkich wyników badań koniecznych do orzeczenia.

Pilna wizyta u lekarza internisty/lekarza rodzinnego lub lekarza pediatry, podyktowana nagłym lub szybko postępującym pogorszeniem stanu zdrowia, realizowana jest **do 12 godzin**.

Pacjenci są diagnozowani i leczeni zgodnie z najnowszymi uznanymi wytycznymi postępowania medycznego. Przypadki trudne diagnostycznie konsultowane są z autorytetami w danej dziedzinie i/lub członkami Rady Naukowej. Pacjent informowany jest przez lekarza o nieprawidłowych wynikach badań.

Wizyta domowa jest realizowana w ciągu **6 godzin** od chwili przyjęcia zlecenia przez Dyspozytora. W przeciwnym razie zmiany są konsultowane z Pacjentem.

Standardy dostępności w placówkach współpracujących

Planowa wizyta u lekarzy pierwszego kontaktu:

- Internisty
- Lekarza rodzinnego
- Pediatra

realizowana jest **do 24 godzin** (w dniach od poniedziałku do piątku).

- Ginekolog
- Chirurg
- Okulista
- Ortopeda
- Laryngolog
- RTG

realizowana jest **do 72 godzin** (3 dni roboczych).(od poniedziałku do piątku).

Planowa wizyta u lekarzy specjalistów oraz badań

- Kardiolog
- Dermatolog
- Pulmonolog
- USG (m.in. brzucha, piersi, z wyłączeniem specjalistycznego, w tym ortopedycznego)
- Neurolog
- Mammografia

realizowana jest **do 120 godzin** (5 dni roboczych).(od poniedziałku do piątku).

Planowa wizyta u lekarzy specjalistów oraz planowe badania:

- Alergolog
- Chirurg naczyniowy
- Specjalista chorób zakaźnych
- Diabetolog
- Endokrynolog
- Gastroenterolog
- Nefrolog
- Neurochirurg
- Onkolog
- Psychiatra
- Urolog
- Tomografia Komputerowa
- EKG wysiłkowe
- Biopsje
- Densytometria

realizowane są do **168 godzin** (7 dni roboczych) (od poniedziałku do piątku).

Planowa wizyta u lekarzy specjalistów:

- Ginekolog Endokrynolog
- USG specjalistyczne (transrektalne, transvaginalne, sercowo-naczyniowe, ortopedyczne)
- Rezonans Magnetyczny
- Endoskopia przewodu pokarmowego
- Psycholog
- Konsultacje profesorskie

- Oraz wszelkie pozostałe specjalności

realizowana jest do **240 godzin** (10 dni roboczych) (od poniedziałku do piątku).

W zależności od uwarunkowań lokalnych, okres oczekiwania na wizytę w niektórych przypadkach może ulec wydłużeniu, ale nie może być dłuższy niż **14 dni roboczych.**

Regulamin Refundacji dla Klientów LUX MED (STANDARDY DOSTĘPNOŚCI PLACÓWKI WŁASNE I WSPÓŁPRACUJĄCE)

I. Definicje

Poniższe terminy użyte w Regulaminie w liczbie pojedynczej lub mnogiej oznaczają odpowiednio:

Refundacja – zwrot poniesionych przez Osobę Uprawnioną kosztów Świadczeń zdrowotnych udzielonych Osobie uprawnionej do Refundacji przez Placówkę medyczną nie będącą Placówką Własną lub Placówką Współpracującą, przy czym jedynie w zakresie Świadczeń zdrowotnych przysługujących Osobie Uprawnionej w ramach Umowy i określonych w Benefitplanie;

Placówka medyczna – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania Świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych, działająca na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczpospolitej Polskiej;

Placówki Własne – ogólnodostępne ambulatoryjne placówki medyczne Zleceniobiorcy działające pod marką LUX MED i Medycyna Rodzinna, wskazane na http://www.luxmed.pl;

Placówki Współpracujące – podmioty wykonujące działalność leczniczą współpracujące z LUX MED, których aktualna lista jest dostępna na Portalu Pacjenta oraz na stronie internetowej LUXMED: www.luxmed.pl/placowkiwspolpracujace_wspolplacenie oraz http://www.luxmed.pl;

Standardy dostępności: maksymalny czas oczekiwania Osoby Uprawnionej na wizytę planową określony w Umowie. Gwarancja dotyczy dostępu do konkretnego Świadczenia zdrowotnego w granicach administracyjnych miejscowości i w promieniu 30 km od granic miejscowości, w której znajduje się Placówka Własna pod marką LUX MED lub Medycyna Rodzinna. Gwarancja nie dotyczy:

- terminu dostępu do konkretnej placówki medycznej;
- terminu dostępu do wymienionego przez Osobę Uprawioną z imienia i nazwiska lekarza lub innego personelu medycznego;
- terminu dostępu w trakcie preferowanego przez Osobę uprawnioną przedziału czasowego.

Wniosek – formularz zgłoszenia Refundacji (wniosku o Refundację) wg. wzoru ustalonego przez LUX MED;

Regulamin – niniejszy dokument określający prawa i obowiązki stron w zakresie Refundacji;

Umowa – umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta między Zleceniodawcą (Klientem) a LUX MED;

Benefitplan – określony kodem wykaz Świadczeń zdrowotnych, przysługujących danej Osobie Uprawnionej w ramach Umowy, wraz z warunkami ich wykonania;

Osoba uprawniona do Refundacji – osoba fizyczna posiadająca uprawnienia do Świadczeń zdrowotnych, a także uprawnienie do Refundacji w ramach Umowy w zakresie objętej Standardami dostępności, w okresie posiadania uprawnień do tego Benefitplanu i w zakresie określonym w Benefitplanie i dokumentach dodatkowych;

Cennik LUX MED – cennik obowiązujący w najbliżej zlokalizowanej Placówce własnej LUX MED w stosunku do placówki udzielającej Świadczenia zdrowotnego w dniu wykonania usługi, która posiada w swoim zakresie świadczeń Świadczenie zdrowotne zrealizowane na rzecz Osoby Uprawnione. Aktualny cennik dostępny na stronie www.luxmed.pl.

Portal Pacjenta – serwis internetowy udostępniany przez LUX MED pod adresem www.luxmed.pl, którego funkcjonalność pozwala na samodzielne rezerwowanie terminu wizyt, ich odwoływanie, a także dostęp do określonych informacji z wyników badań i odbytych wizyt.

II. Prawo do Refundacji

1. Prawo do skorzystania z Refundacji Osoba Uprawniona uzyskuje w przypadku braku dostępności świadczenia Placówce Własnej lub Placówce Współpracującej w terminach wskazanych w Standardach dostępności w okresie posiadania uprawnień z tytuły Umowy.
2. Warunkiem skorzystania z Refundacji jest uprzednie skontaktowania się Osoby Uprawnionej z Call Center LUX MED lub Placówką Współpracującą, w celu podjęcia próby dokonania rezerwacji terminu wizyty lub podjęcie próby rezerwacji terminu wizyty za pomocą Portalu Pacjenta.
3. Prawo do Refundacji przysługuje w zakresie Świadczeń zdrowotnych wykonanych w Placówkach medycznych w warunkach ambulatoryjnych, znajdujących się w zakresie świadczeń Osoby Uprawnionej określonym w Benefitplanie w dniu wykonania świadczenia, z uwzględnieniem warunków wykonania usług (w tym limitów), a także wyłączeń wynikających z Umowy i OWU oraz wyłączeń wskazanych w punkcie VI niniejszego Regulaminu.

III. Wymagania dotyczące dokumentowania poniesionych kosztów

1. Osoba uprawniona do Refundacji pokrywa koszty wykonanych jej Świadczeń zdrowotnych bezpośrednio w Placówce medycznej, w której te świadczenia zostały wykonane, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej Placówce medycznej oraz pobiera fakturę albo rachunek za wykonane Świadczenia zdrowotnego zgodnie z Regulaminem.
2. Faktura albo rachunek za wykonane na rzecz Osoby Uprawnionej Świadczenia zdrowotne powinny być wystawione na Osobę uprawnioną do Refundacji, a w przypadku Świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz dziecka do 18 roku życia - na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego dziecka.
3. Faktura albo rachunek powinny zawierać:
   a) dane Osoby Uprawnionej do Refundacji na rzecz, której zostały wykonane Świadczenia zdrowotne (co najmniej imię, nazwisko, adres). W przypadku świadczeń wykonywanych na rzecz dziecka, gdy faktura wystawiona jest na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego w treści faktury powinny się znaleźć dane dziecka na rzecz, którego wykonane zostały Świadczenia zdrowotne;
   b) wykaz wykonanych na rzecz Osoby Uprawnionej Świadczeń zdrowotnych (stanowiący treść faktury) lub załącznik w postaci specyfikacji wystawiony przez Placówkę medyczną wykonującą te świadczenia wraz z nazwą Świadczenia zdrowotnego; lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącej danego, zrealizowanego Świadczenia zdrowotnego;
   c) ilość zrealizowanych Świadczeń zdrowotnych danego rodzaju;
   d) datę wykonania Świadczenia zdrowotnego;
   e) cenę jednostkową zrealizowanego Świadczenia zdrowotnego.
4. W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych, rehabilitacji oraz pozostałych świadczeń zdrowotnych, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy (Benefitplanu), a skierowanie na świadczenie zostało wystawione poza Placówką Własną, Osoba Uprawniona powinna udokumentować otrzymanie takiego skierowania poprzez sporządzenie jego kopii i dołączenie do Wniosku.
5. W przypadku braku kopii skierowania, o którym mowa w ust. 4 powyżej, potwierdzeniem wystawienia skierowania może być również kopia dokumentacji medycznej Osoby Uprawnionej zawierająca odpowiednią adnotację o wystawieniu w/w skierowania.
6. Refundacja kosztów Świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji jest możliwa pod warunkiem dołączenia do Wniosku kopii dokumentacji medycznej dotyczących schorzenia, będącego powodem zlecenia rehabilitacji oraz jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z Umowy (Benefitplanu), a skierowanie na świadczenie zostało wystawione poza Placówką Własną, Osoba Uprawniona powinna udokumentować otrzymanie takiego skierowania
7. Refundacja nie zostanie dokonana w przypadku, gdy przekazane dokumenty nie będą pozwalały na ustalenie nazw poszczególnych

zrealizowanych Świadczeń zdrowotnych lub osoby na rzecz której zostało świadczenie wykonane, np. :

1) na podstawie paragonu fiskalnego, który nie jest imiennym dowodem potwierdzających skorzystanie ze Świadczenia zdrowotnego przez Osobę Uprawnioną;

2) na podstawie faktury albo rachunku nie zawierającego wykazu wykonanych Świadczeń zdrowotnych lub specyfikacji, o których mowa w ust. 3 powyżej (np. z ogólnym opisem usługi tj. usługa medyczna, zabiegi rehabilitacyjne, usługa stomatologiczna itp.), które nie pozwolą na jednoznaczne ustalenie posiadania uprawnień Osoby Uprawnionej do określonych Świadczeń zdrowotnych w ramach Umowy dookreślonych w Benefitplanie.

IV. Rozliczenie Refundacji

1. W przypadku Świadczeń zdrowotnych, które zgodnie z Umową wiążą się z procentowym lub kwotowym udziałem własnym Osoby Uprawnionej (np. dopłata do usługi, rabaty wynikające z Benefitplanu), cena wykonanego świadczenia zdrowotnego podlegającego Refundacji zostanie pomniejszona o kwotę wynikającą z udziału własnego Osoby Uprawnionej.
2. Jeżeli Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Refundacji są limitowane w ramach Umowy (Benefitplanu) np. co do ilości ich wykonań - limit ten liczony jest łącznie dla Świadczeń zdrowotnych wykonanych w Placówkach Własnych, Współpracujących oraz Placówkach medycznych pokrywanych w drodze Refundacji. W przypadku przekroczenia limitu na Świadczenia zdrowotne określonego w Umowie koszt usługi nie podlega Refundacji, nawet jeżeli jest dostępny Limit Refundacji w danym Okresie Refundacji.
3. Warunkiem dokonania Refundacji za limitowane Świadczenia zdrowotne łączone (np. psychoterapia par) jest posiadanie przez wszystkie Osoby Uprawnione korzystające ze Świadczeń zdrowotnych uprawnień do takiego Świadczenia zdrowotnego w ramach Umowy (Benefitplanu); w takim przypadku limit w odniesieniu do Świadczeń zdrowotnych liczony jest oddzielnie dla każdej z Osób Uprawnionych.
4. W przypadku, gdy przedstawiona dokumentacja lub Wniosek, które mają być podstawą Refundacji nie dają podstawy do ustalenia lub budzą uzasadnione wątpliwości co do wysokości poniesionych kosztów Świadczenia zdrowotnego, zasadności jego wykonania lub osoby na rzecz której wykonano świadczenia, LUX MED ma prawo uzależnić dokonanie Refundacji od dostarczenia przez Osobę Uprawnioną dodatkowych dokumentów, które pozwolą obalić uzasadnione wątpliwości lub pozwolą ustalić zakres Refundacji, w tym w szczególności może to dotyczyć przedłożenia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej wykonanego Świadczenia zdrowotnego lub udzielenia przez Osobę uprawnioną do Refundacji zgody na dostęp do w/w dokumentacji medycznej przez LUX MED.
5. W przypadku braku wyrażenia zgody na dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej Świadczenia zdrowotnego, o czym mowa w ust. 4 powyżej, jak również w przypadku stwierdzenia na podstawie dostarczonej w trybie określonym w ust. 4 powyżej dokumentacji braku podstaw do dokonania Refundacji, LUX MED ma prawo odmowy dokonania Refundacji odpowiednio w całości albo w części, o czym poinformuje pisemnie Osobę Uprawnioną wnioskującą o Refundację.
6. Jeżeli koszt Świadczenia zdrowotnego wykonanego na rzecz Osoby uprawnionej do Refundacji rażąco przewyższa cenę świadczenia określoną w Cenniku LUX MED, LUX MED ma prawo obniżyć kwotę Refundacji do najwyższej wysokości ceny tego świadczenia w Cenniku LUX MED, chyba że Osoba wnioskująca o Refundację dostarczy dokumentację medyczną uzasadniającą wysokość poniesionych kosztów.
7. Jeżeli po dokonaniu zwrotu kosztów Świadczeń zdrowotnych w trybie Refundacji LUX MED uzyska dowody na okoliczność, iż Refundacja została dokonana na podstawie informacji lub faktur albo rachunków niezgodnych ze stanem faktycznym wskazanym we Wniosku lub dołączonych dokumentach (np. przedłożenie wraz z Wnioskiem faktur albo rachunków za świadczenia zdrowotne wykonane na rzecz osób trzecich), LUX MED przysługuje zwrot wypłaconych nienależnie kwot w ramach Refundacji wraz z odsetkami liczonymi od dnia dokonania wypłaty środków w ramach Refundacji .

V. Wypłata z tytułu refundacji

1. Wypłata świadczenia z tytuły Refundacji dokonywana jest na podstawie złożonego przez Osobę uprawnioną Wniosku o refundację wraz z załączonymi oryginałami faktur albo rachunków, a także kopii skierowań) przesłanych w terminie do 3 miesięcy od daty wykonania Świadczenia zdrowotnego.
2. Wniosek wraz z kompletem dokumentów należy przesłać na adres:

LUX MED Sp. z o.o.
ul. Iłżecka 24 F
02-135 Warszawa
Z dopiskiem: Refundacja

3. W przypadku otrzymania Wniosku lub dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej LUX MED poinformuje osobę składającą Wniosek o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji
i wskaże braki we Wniosku.
4. LUX MED dokona zwrotu kosztów (Refundacji) na wskazany we Wniosku numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty doręczenia kompletnego Wniosku.

VI. Wyłączenie Refundacji

Refundacja nie obejmuje:

1. Kosztów Świadczeń zdrowotnych nie zakupionych, jako pojedyncza usługa, lecz należnych w ramach zakupionych przez Osobę Uprawnioną w ramach opłaty ryczałtowej usług z tytułu umów obejmujących pakiety medyczne, karty, abonamenty medyczne i inne podobne umowy, których przedmiotem jest świadczenie opieki zdrowotnej (udzielania świadczeń zdrowotnych) opłacanych na zasadzie ryczałtu;
2. Świadczeń zdrowotnych wykonanych odpłatnie w Placówkach Własnych, w przypadku posiadania przez Osobę Uprawnioną nieodpłatnego dostępu do takiego Świadczenia zdrowotnego w ramach posiadanego przez nią Benefitplanu;
3. Świadczeń z zakresu hospitalizacji oraz innych świadczeń wykonanych w warunkach szpitalnych wymagających pobytu Osoby Uprawnionej w oddziale szpitalnym;
4. Świadczeń z zakresu medycyny pracy, medycyny orzeczniczej, medycyny sportowej, badań do prawa jazdy, medycyny lotniczej;
5. Świadczeń z zakresu rehabilitacji, z wyłączeniem przypadków opisanych pkt. III, ust. 6 Regulaminu.
6. Świadczeń zdrowotnych, w przypadku, gdy Wniosek lub faktura albo rachunek będący podstawą Refundacji zostaną przesłane do LUX MED później niż 3 miesiące od daty wykonania Świadczenia zdrowotnego.

Załączniki:

- Wniosek o refundację.

WNIOSEK O REFUNDACJĘ

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

*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. Iłżecka 24 F
02-135 Warszawa

Z dopiskiem: Refundacja

Z tytułu zapisów w umowie:

- ☐ **Refundacja „Swoboda Leczenia”**
- ☐ **Refundacja „Cennikowa”**
- ☐ **Refundacja „Standardy Dostępności”**
- ☐ **Refundacja „Przyjazna Zmiana”**

Z tytułu reklamacji:

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

_____

_____

_____

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: _____ 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*

Dane dotyczące wykonanych Świadczeń zdrowotnych:

1. Zwrot kosztów dokonywany jest na postawie **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.

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:

1. 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 dentysty) o moim stanie zdrowia, również na wypadek mojej śmierci, od placówek służby zdrowia oraz od osób udzielających świadczeń zdrowotnych;
2. 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:

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