



Regulamin Refundacji „SWOBODA LECZENIA” dla Klientów LUX MED

Limit Refundacji	500 zł
Okres Refundacji	Kwartał
% refundowanych kosztów	70% poniesionych kosztów lecz maksymalnie do wysokości Limitu Refundacji

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, 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 Rzeczypospolitej 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>;

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 Zleceniobodawcą (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 Benefitplanu, w okresie posiadania uprawnień do tego Benefitplanu i w zakresie określonym w Benefitplanie i dokumentach dodatkowych;

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

Limit Refundacji – maksymalna kwota zwrotu kosztów wykonanych Świadczeń zdrowotnych dla Osoby Uprawnionej do Refundacji przysługujący w Okresie Refundacji; w przypadku, gdy koszt Świadczeń zdrowotnych zgłoszonych do Refundacji w Okresie Refundacji przewyższa Limit Refundacji, Osobie Uprawnionej przysługuje zwrot kosztów do wysokości Limitu Refundacji z uwzględnieniem pozostałych zapisów Regulaminu;

Okres Refundacji – kwartał kalendarzowy (tj. styczeń-marzec, kwiecień-czerwiec, lipiec-wrzesień, październik-grudzień).

II. Prawo do Refundacji

1. Zakres Świadczeń zdrowotnych podlegających Refundacji, wysokość dostępnego Limitu Refundacji oraz procent kosztów podlegający Refundacji określa Umowa.
2. Prawo do skorzystania z Refundacji Osoba Uprawniona uzyskuje od pierwszego dnia, w którym nabywa prawo do opieki medycznej w ramach

Umowy w zakresie określonym Benefitplanie, jeżeli obejmuje on uprawnienie do Refundacji.

3. Prawo do skorzystania z Refundacji wygasa z upływem ostatniego dnia, w którym Osoba Uprawniona jest objęta Umową na podstawie której posiada uprawnienia do Benefitplanu obejmującego swym zakresem Refundację.
4. Tryb i terminy przekazywania Listy Osób Uprawnionych oraz zmian na tej liście określa Umowa.
5. W Okresie Refundacji Osobie Uprawnionej przysługuje zwrot poniesionych kosztów maksymalnie do wysokości Limitu Refundacji.
6. Prawo do Refundacji przysługuje w zakresie Świadczeń zdrowotnych przysługujących Osobie Uprawnionej w ramach Umowy w dniu wykonania świadczenia zdrowotnego, wykonanych w Placówkach medycznych w warunkach ambulatoryjnych, 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 zdrowotne 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;
 - c) ilość zrealizowanych świadczeń zdrowotnych danego rodzaju;
 - d) datę wykonania świadczenia zdrowotnego;
 - e) cenę jednostkową zrealizowanego świadczenia zdrowotnego.
4. W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych 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 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. :



- a. na podstawie paragonu fiskalnego, który nie jest imiennym dowodem potwierdzającym skorzystanie ze Świadczenia zdrowotnego przez Osobę Uprawnioną;
- b. na podstawie faktury albo rachunku nie zawierającego wykazu wykonanych Świadczeń zdrowotnych lub specyfikacji, o których mowa w ust. 3 powyżej (np. jedynie zawierające ogólny opis 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. Okresy limitów naliczane są kalendarzowo i występują w ciągu roku w 4 kwartałach, tj. styczeń-marzec, kwiecień-czerwiec, lipiec-wrzesień, październik-grudzień – Okresach Refundacji.
2. Świadczenie zdrowotne, które zostało zrefundowane zaliczane jest do Limitu Refundacji w danym Okresie Refundacji na podstawie daty jego wykonania.
3. Jeżeli wartość faktury dołączonych do Wniosku przekracza wysokość dostępnego w danym Okresie Refundacji Limitu Refundacji, zwrot dokonywany jest maksymalnie do wysokości pozostałego w tym Okresie Refundacji Limitu Refundacji.
4. Koszt wykonanych świadczeń zdrowotnych nie może być zaliczony na poczet przyszłych Okresów Refundacji i Limitów Refundacji.
5. Limit Refundacji nie wykorzystany w danym Okresie Refundacji nie przechodzi na następny Okres Refundacji.
6. W przypadku Świadczeń zdrowotnych z procentowym lub kwotowym udziałem własnym Osoby Uprawnionej (np. dopłata do usługi, rabaty wynikające z Umowy - Benefitplanu), wartość wykonanego Świadczenia zdrowotnego podlegającego Refundacji zostanie pomniejszona o kwotę wynikającą z udziału własnego Osoby Uprawnionej.
7. Jeżeli Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Refundacji są limitowane w ramach Umowy (Benefitplanu) np. co do ilości ich wykonania - 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.
8. Warunkiem dokonania Refundacji za limitowane Świadczenia zdrowotne łącznie (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.
9. 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 świadczenie, 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 celu Osoba uprawniona do Refundacji może upoważnić LUX MED do wystąpienia do Placówki medycznej, która zrealizowała świadczenie zdrowotne o udostępnienie dokumentacji medycznej w zakresie świadczenia objętego Wnioskiem lub – w przypadku braku upoważnienia – dostarcza sama kopię tej dokumentacji.
10. W przypadku braku wyrażenia zgody na dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej Świadczenia zdrowotnego lub braku przedłożenia tej dokumentacji samodzielnie przez Osobę uprawnioną do Refundacji, o czym mowa w ust. 9 powyżej, jak również w przypadku stwierdzenia na podstawie dostarczonej w trybie określonym w ust. 9 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.

11. 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.
12. 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 tytułu 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

1. Refundacja nie obejmuje:
 - a. 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 (udzielanie Świadczeń zdrowotnych) opłacanych na zasadzie ryczałtu;
 - b. Świadczeń z zakresu hospitalizacji oraz innych świadczeń wykonanych w warunkach szpitalnych wymagających pobytu Osoby Uprawnionej w oddziale szpitalnym;
 - c. Świadczeń z zakresu medycyny pracy, medycyny orzeczniczej, medycyny sportowej, badań do prawa jazdy, medycyny lotniczej, wizyt domowych;
 - d. Świadczeń z zakresu rehabilitacji, z wyłączeniem przypadków opisanych pkt. III, ust. 6 Regulaminu.
 - e. 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.