



Program Ubezpieczenia Zdrowotnego

dla Pracowników BRANDWATCH POLAND oraz ich Członków Rodziny

Szanowni Pracownicy,

bardzo miło jest nam powitać Państwa **od 1 Styczeń 2025** w gronie Pacjentów LUX MED Ubezpieczenia. Jesteśmy liderem rynku prywatnych usług medycznych w Polsce. Naszym Pacjentom zapewniamy opiekę w największej sieci prywatnych placówek medycznych na terenie kraju. LUX MED jest częścią Grupy Bupa, od blisko 70 lat zajmującej się dostarczaniem usług medycznych na świecie.

Naszą misją jest otaczanie Pacjentów kompleksową opieką: ambulatoryjną, stomatologiczną, diagnostyczną, rehabilitacyjną, szpitalną i długoterminową. Grupa LUX MED oferuje również ubezpieczenia. Każdego dnia dokładamy starań, aby ułatwić korzystanie z opieki medycznej.

Na kolejnych stronach ulotki zamieściliśmy zakres i ceny pakietów oraz praktyczne informacje jak i gdzie korzystać z Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego LUX MED.

ZAKRESY PAKIETÓW

Pakiet
Kompleksowy

<p>MEDYCYNĄ PRACY – koordynacja działań medycyny pracy, w tym organizacja współpracy pomiędzy LUX MED a Pacjentem tak, by działania były jak najlepiej dostosowane do jego potrzeb i indywidualnych wymagań – obejmuje badania i konsultacje lekarskie wymagane przepisami prawa dla Pracownika na stanowisku pracy.</p>	•
<p>E-SKIEROWANIA MEDYCYNĄ PRACY – dostęp do Portalu e-Skierowań Medycyny Pracy – systemu elektronicznej obsługi skierowań na badania medycyny pracy.</p>	•
<p>KONSULTACJE SPECJALISTÓW WARIANT PODSTAWOWY – 3 lekarzy specjalistów konsultujących w zakresie: interny, medycyny rodzinnej, pediatrii.</p>	•
<p>KONSULTACJE SPECJALISTÓW WARIANT IV – lekarze 63 specjalności konsultujący pacjentów po 18. r.ż. w zakresie: alergologii, chirurgii ogólnej, dermatologii, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, ginekologii, ginekologii endokrynologicznej, hematologii, kardiologii, laryngologii, nefrologii, neurologii, okulistyki, onkologii, ortopedii, proktologii, pulmonologii, reumatologii, urologii, anestezjologii, angiologii, audiologii, balneologii i medycyny fizykalnej, chirurgii naczyniowej, chirurgii onkologicznej, chorób zakaźnych, flebologii, foniatrii, geriatricznej, ginekologii onkologicznej, hepatologii, hipertensjologii, immunologii, medycyny podróży, neurochirurgii, rehabilitacji medycznej; oraz pacjentów do 18. r.ż. w zakresie: chirurgii, dermatologii, ginekologii do 16. r.ż., ginekologii od 16. r.ż., neurologii, okulistyki, ortopedii, laryngologii, alergologii, anestezjologii, chorób zakaźnych, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, hematologii, immunologii, kardiologii, medycyny podróży, nefrologii, neonatologii, neurochirurgii, onkologii, pulmonologii, lekarza rehabilitacji medycznej, reumatologii, urologii.</p>	•
<p>KONSULTACJE DIETETYKA WARIANT I – 3 wizyty w roku.</p>	•
<p>KONSULTACJE SPECJALISTÓW – lekarze 8 specjalności konsultujący pacjentów od 18 r.ż. w zakresie: psychiatrii, psychologii, andrologii, seksuologii, logopedii oraz pacjentów do 18 r.ż. w zakresie psychiatrii, psychologii, logopedii: 3 wizyty w roku łącznie.</p>	•
<p>ZABIEGI PIELĘGNIARSKIE – (10 świadczeń) zabiegi ambulatoryjne wykonywane przez pielęgniarkę lub położną, m.in.: iniekcje, podanie leku, kroplówki, pobranie krwi, założenie/zmiana/zdjęcie opatrunku, badanie palpacyjne piersi.</p>	•
<p>KONSULTACJE LEKARZY DYŻURNYCH WARIANT II – lekarze 5 specjalności w zakresie: interny, medycyny rodzinnej, pediatrii, chirurgii, ortopedii.</p>	•
<p>ZABIEGI AMBULATORYJNE WARIANT IV – (96 świadczeń) zabiegi wykonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną: ogólnolekarskie, chirurgiczne, laryngologiczne, okulistyczne, ortopedyczne, dermatologiczne, ginekologiczne, alergologiczne, znieczulenia miejscowe oraz proste do gastro- i kolonoskopii, biopsje cienkoigłowe wraz z badaniem hist.-pat., biopsja gruboigłowa wraz z badaniem hist.-pat., cewnikowanie pęcherza moczowego, usuwanie małych polipów podczas gastro- i kolonoskopii.</p>	•
<p>SZCZEPIONIA PRZECIWKO GRYPIE I TĘŻCOWI – szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie sezonowej i tężcowi (anatoksyna przeciw tężcowi), konsultacja lekarska przed szczepieniem, szczepionka, iniekcja; dla grup liczących powyżej 30 Pracowników istnieje możliwość organizacji wyjazdowych szczepień przeciwko grypie</p>	•
<p>DODATKOWE SZCZEPIONIA PROFILAKTYCZNE – przeciwko WZW A, WZW A i B, odrze, śwince, różyczce, odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych; konsultacja lekarska przed szczepieniem; szczepionka; iniekcja.</p>	•
<p>PANEL BADAŃ LABORATORYJNYCH BEZ SKIEROWANIA – (5 świadczeń) – raz w roku.</p>	•
<p>DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA I OBRAZOWA WARIANT III – (707 świadczeń) m.in. krew (badania hematologiczne, koagulologiczne, biochemiczne, hormonalne, markery nowotworowe, serologiczne, diagnostyka infekcji), moczu, kału, bakteriologia, cytologia, mykologia, toksykologia, testy paskowe, elektrokardiografia – EKG spoczynkowe, próba wysiłkowa, Holter, Holter RR, RTG, USG, endoskopia, rezonans magnetyczny z kontrastem, tomografia komputerowa z kontrastem, spirometria, próba rozkurczowa, uroflometria, audiometria, tympanometria, pachymetria, pole widzenia, adaptacja w ciemności, GDX, OCT mammografia, densytometria, EEG, EMG, próba błędnikowa.</p>	•
<p>TESTY ALERGICZNE WARIANT II – testy skórne: punkt, panel pokarmowy, panel wziewny; testy płatkowe/kontaktowe: panel podstawowy, panel owrzodzenia podudzi.</p>	•
<p>PROWADZENIE CIĄŻY – prowadzenie ciąży fizjologicznej, konsultacje ginekologa, zalecane badania laboratoryjne i obrazowe.</p>	•
<p>PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA WARIANT II – od 18. r.ż., dla kobiet i mężczyzn, rozszerzony cykl badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, uwzględniających wiek i płeć, które rozpoczyna wywiad i kończy konsultacja internistyczna (podsumowanie wyników badań, zalecenia na przyszłość), raz w roku.</p>	•
<p>FIZJOTERAPIA WARIANT III – (219 świadczeń) rehabilitacja narządu ruchu w zakresie rehabilitacji neurokinezyologicznej – 5 w ciągu roku,</p>	•

poza tym zabiegi fizyoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne bez limitu..	
STOMATOLOGIA WARIANT II – zakres stomatologii obejmuje: dyżur stomatologiczny, profilaktykę stomatologiczną w tym bezpłatny przegląd stomatologiczny raz w roku, znieczulenia, stomatologię zachowawczą raz w roku (po wykorzystaniu limitu Pacjentowi przysługuje dodatkowo rabat 15% od cennika ww. placówki na wyżej wymienione usługi), pedodontję raz w roku (po wykorzystaniu limitu Pacjentowi przysługuje dodatkowo rabat 15% od cennika ww. placówki na wyżej wymienione usługi), chirurgię stomatologiczną z rabatem 15%, endodontję z rabatem 15% oraz 10%, protetykę z rabatem 10%, ortodontję z rabatem 10%, biostomatologię z rabatem 10%, RTG zęba i rabat 15% na pantomogram, 24-miesięczną gwarancję.	•
WIZYTY DOMOWE WARIANT II – wizyty z zakresu interny, pediatrii lub medycyny rodzinnej, w miejscu zamieszkania z powodu nagłego zachorowania.	•
DRUGA OPINIA MEDYCZNA – potwierdzenie diagnozy i planu leczenia bez konieczności opuszczania Polski, najlepsi specjaliści w swoich dziedzinach z całego świata, 30 najczęstszych jednostek chorobowych, pomoc w organizacji ew. dalszego leczenia zagranicą.	•
KONSyliUM MEDYCZNE – określenie dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w skomplikowanych przypadkach medycznych, wybitni polscy specjaliści w swoich dziedzinach, rabat 30%.	•
UBEZPIECZENIE KOSZTÓW LECZENIA W PODRÓŻY – ochrona ubezpieczeniowa we wszystkich krajach świata, z wyłączeniem terytorium Polski oraz kraju zamieszkania. Maksymalny okres ochrony ubezpieczeniowej podczas jednorazowego pobytu za granicą wynosi do 180 dni. Zakres i sumy ubezpieczenia: <ul style="list-style-type: none"> • NNW: 200 000 zł na wypadek śmierci / 100 000 zł za uszczerbek na zdrowiu; • koszty leczenia i assistance: 300 000 zł, • limit na stomatologię: 2000 zł; • odpowiedzialność cywilna: 200 000 zł; • bagaż podróżny: 2500 zł. 	•
DORADCA HOSPITALIZACYJNY – doradztwo w uzyskaniu świadczeń z zakresu hospitalizacji za pośrednictwem całodobowej, wyspecjalizowanej Infolinii obsługiwanej przez profesjonalistów medycznych udzielających informacji związanych z organizacją leczenia – przyjęć do szpitali, w ramach świadczeń finansowanych zarówno publicznie w ramach NFZ (czas oczekiwania, niezbędne wymogi dotyczące skierowań), jak i komercyjnie (przybliżone koszty leczenia).	•
CHIRURGIA KRÓTKOTERMINOWA – rabat 15% – zakres ubezpieczenia obejmuje koordynację oraz pokrycie 15% kosztów operacji planowych (183 dla dorosłych; 57 dla dzieci).	•
WARIANT DOSTĘPNOŚCI PAKIETU – ZŁOTY – zapewnienie poprawy dostępu do Lekarzy specjalistów powyżej 80% czasu dostępności. W ramach wariantu Pacjentowi przysługuje Refundacja kosztów świadczeń, w wysokości 90% ceny jednostkowej za wykonaną usługę do limitu 700 zł kwartalnie.	•
RABAT 10% na pozostałe usługi świadczone przez LUX MED i Medycynę Rodzinną (z wyłączeniem stomatologii).	•

CENY PAKIETÓW

RODZAJ PAKIETU	PAKIET INDYWIDUALNY pracownik do 70. r.ż.	PAKIET PARTNERSKI (współmałżonek/ partner/ dziecko do 26. r.ż.) – dopłata do typu indywidualnego	PAKIET RODZINNY współmałżonek/ partner oraz wszystkie dzieci do ukończenia 26. r.ż.)
PAKIET KOMPLEKSOWY	290,00 zł* <i>Sponsorowany przez Pracodawcę</i>	234,00 zł* <i>Potrącane z wynagrodzenia</i>	497,00 zł* <i>Potrącane z wynagrodzenia</i>

*Niepodlegający opodatkowaniu koszt Medycyny Pracy wynosi 138 zł

JAK PRZYSTĄPIĆ DO UBEZPIECZENIA? JAK DOŁĄCZYĆ RODZINĘ?

Instrukcja wypełniania e-Deklaracji - Samozgłaszanie:

Proces przystąpienia do ubezpieczenia w naszym systemie **składa się z dwóch części:**

I. **Założenie konta** przez osobę przystępującą do ubezpieczenia jako pracownik

II. **Złożenie deklaracji** przystąpienia do ubezpieczenia

Założenie konta

1. Aby założyć konto w systemie e-deklaracji wejdź na stronę <https://edeklaracje.ubezpieczenia-luxmed.pl/client/code>, wpisz kod dostępu **BRAN7345** i kliknij przycisk „Wejdź”
2. Zostaniesz przekierowany na stronę do rejestracji konta użytkownika
3. Nadaj swój login oraz wprowadź hasło, którego będziesz używał podczas korzystania z aplikacji. Pola oznaczone * są obowiązkowe.
4. Uzupełnij pozostałe wymagane dane. Pola oznaczone * są obowiązkowe.
Jeżeli jesteś obywatelem Polski, pole Numer uzupełnij swoim numerem PESEL.
Jeśli jesteś obywatelem innego kraju, zmień obywatelstwo na zgodne z rzeczywistym, wybierz z listy jeden z dostępnych rodzajów dokumentów oraz wpisz serię i numer dokumentu w polu Numer.
Zwróć uwagę na poprawność wpisywanego adresu e-mail, który jest wykorzystywany w komunikacji na platformie.
5. Zaakceptuj obowiązkowo regulamin i politykę prywatności oraz dobrowolnie chęć otrzymywania newslettera.
6. Kliknij przycisk „Zarejestruj” znajdujący się na dole strony. **Zakończyłeś proces zakładania konta. Zostaniesz przekierowany na stronę, na której możesz wypełnić eDeklarację.**

Złożenie deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia

1. Kliknij przycisk „Wypełnij eDeklarację” znajdujący się po lewej stronie ekranu
2. Zaznacz jedną lub więcej z dostępnych ofert, do których chcesz przystąpić
3. Uzupełnij obowiązkowe pola oznaczone * a następnie:
 - a) w przypadku, gdy chcesz przystąpić do ubezpieczenia w **Wariantcie Indywidualnym** (bez członków rodziny) kliknij „Przejdź do podsumowania”
Jeśli dane w podsumowaniu szczegółów deklaracji się zgadzają, kliknij „Zapisz”. Jeśli chcesz poprawić lub zmienić szczegóły deklaracji kliknij „Wróć” i zmień ofertę lub dane na deklaracji. Po dokonaniu zmian ponownie przejdź do podsumowania a następnie zapisz dane
Jeżeli prawidłowo wypełniłeś e-Deklarację do 20 dnia miesiąca, Twoja ochrona ubezpieczeniowa będzie aktywowana od 1 dnia kolejnego miesiąca. W przypadku wypełnienia e-Deklaracji po 20 dniu miesiąca, Twoja ochrona ubezpieczeniowa zostanie aktywowana od drugiego miesiąca następującego po miesiącu, w którym wypełniłeś e-Deklarację.
 - b) w przypadku gdy chcesz dodać członka najbliższej rodziny (współmałżonek, partner lub dziecko) kliknij „Partner pracownika” lub „Dziecko pracownika” a następnie zaznacz ofertę, do której chcesz zgłosić każdego z członków rodziny.
Uzupełnij obowiązkowe pola oznaczone *. Jeśli adres członka rodziny jest taki sam jak Twój, możesz skorzystać z przycisku „uzupełnij adres”
Po uzupełnieniu danych członków rodziny kliknij „Przejdź do podsumowania”.
Jeśli dane w podsumowaniu szczegółów deklaracji się zgadzają, kliknij „Zapisz”. Jeśli chcesz poprawić lub zmienić szczegóły deklaracji kliknij „Wróć” i zmień ofertę lub dane na deklaracji. Po dokonaniu zmian ponownie przejdź do podsumowania a następnie zapisz dane.
4. **Zaakceptuj przystąpienie do ubezpieczenia i zaznacz wymagane oświadczenia.** Zapisz wprowadzone dane.
Ważne:
Do dorosłych członków rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia zostanie wysłany link z prośbą o akceptację przystąpienia do ubezpieczenia oraz zaznaczenie wymaganych oświadczeń.
W przypadku niepełnoletnich członków rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia, akceptacji przystąpienia do ubezpieczenia oraz zaznaczenia wymaganych oświadczeń dokonuje rodzic lub opiekun prawny poprzez kliknięcie w link wysłany na adres e-mail wskazany w e-deklaracji.
Brak akceptacji przystąpienia do ubezpieczenia oraz niezaznaczenie obowiązkowych oświadczeń przez wszystkich członków rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia, spowoduje brak aktywacji ubezpieczenia dla wszystkich zgłoszonych osób (w tym Pracownika).
Jeżeli prawidłowo wypełniłeś e-Deklarację do 20 dnia miesiąca, Twoja ochrona ubezpieczeniowa będzie aktywowana od 1 dnia kolejnego miesiąca. W przypadku wypełnienia e-Deklaracji po 20 dniu miesiąca, Twoja ochrona ubezpieczeniowa zostanie aktywowana od drugiego miesiąca następującego po miesiącu, w którym wypełniłeś e-Deklarację.

Jak zrezygnować z Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego LUX MED?

Aby zrezygnować z Ubezpieczenia zgłoś to do Pracodawcy. Zrezygnować z programu możesz najwcześniej po 12 miesiącach obowiązywania Ubezpieczenia; złożenie rezygnacji skutkuje zamknięciem Ubezpieczenia również dla zgłoszonych przez Ciebie Członków Rodziny. **Ponowne przystąpienie do Ubezpieczenia, po złożeniu rezygnacji, możliwe będzie dopiero po 12 miesiącach od rezygnacji.**

UMAWIANIE WIZYT

Jak umówić się na wizytę w Centrach Medycznych LUX MED?

Termin wizyty lub badania można zarezerwować:

- na Portalu Pacjenta
- dzwoniąc na Infolinię: **22 33 22 888**

Jak odwołać umówioną wizytę?

Odwoływanie wizyt jest niezwykle ważne, ponieważ dzięki temu inny Pacjent może skorzystać z pomocy lekarza. Możesz to zrobić:

- Wysyłając zwrotny SMS z tekstem „NIE” w odpowiedzi na SMS z potwierdzeniem wizyty (jeżeli mają Państwo zaplanowaną więcej niż jedną wizytę, prosimy o wskazanie, która z nich powinna zostać odwołana)
- Za pośrednictwem Portalu Pacjenta
- Kontaktując się z Infolinią pod numerem: **22 33 22 888**

Jak umówić się na wizytę w placówkach partnerskich?

Termin wizyty w placówkach partnerskich można rezerwować:

- Telefonicznie – dzwoniąc bezpośrednio do placówki partnerskiej, w której chcemy zarezerwować wizytę
- Osobiście – podczas wizyty w placówce partnerskiej.

OPIEKA MEDYCZNA W PLACÓWKACH

Jak korzystać z usług w placówce?

Warto przyjść do placówki 10–15 minut przed umówioną wizytą i potwierdzić ją:

- Odpowiadając „TAK” na SMS (który przyjdzie 15 minut przed wizytą),
- Na Portalu Pacjenta,
- Bezpośrednio w Recepcji.

Przed wizytą należy przygotować dowód tożsamości ze zdjęciem (mogą zostać Państwo poproszeni o okazanie go w gabinecie lub Recepcji).

PORTAL PACJENTA

Czym jest Portal Pacjenta i kto może z niego korzystać?

Portal Pacjenta to wygodne rozwiązanie, dzięki któremu możesz, m.in.:

- Zarezerwować lub odwołać wizytę
- Odebrać wyniki badań
- Zamówić e-Receptę
- Skorzystać z Konsultacji Online
- Zyskać dostęp do swojej historii medycznej
- Umówić badania Medycyny Pracy
- Sprawdzić, które placówki są dostępne w ramach różnych pakietów

Została przygotowana również mobilna wersja Portalu Pacjenta. Aplikacja jest dostępna na urządzeniach z systemami operacyjnymi iOS oraz Android.

Jak uzyskać dostęp do Portalu Pacjenta?

Portal Pacjenta można założyć w dwóch prostych krokach:

1. Wchodząc na stronę portalpacjenta.luxmed.pl.
2. Wypełniając formularz, a następnie klikając „Załącz konto”.

Po wypełnieniu formularza można już umawiać i odwoływać wizyty.

Aby skorzystać ze wszystkich funkcjonalności Portalu Pacjenta, należy potwierdzić swoją tożsamość. Można to zrobić:

- Na Portalu Pacjenta **portalPacjenta.luxmed.pl** (dot. osób od 18. r.ż.).
- Dzwoniąc na numer Infolinii **22 33 22 888**.
- Wypełniając formularz kontaktowy na **luxmed.pl/lp/zalozportalPacjenta**.
- W placówce.

Jak zamówić receptę?

W ramach kontynuacji leczenia u Lekarza LUX MED możesz zamówić e-Receptę za pośrednictwem:

- Portalu Pacjenta w zakładce „Recepty – Zamów receptę”,
- Infolinii 22 33 22 888,
- Recepcji.

Po wypisaniu recepty otrzymają Państwo SMS z informacją o wystawieniu recepty przez Lekarza.

Możliwość zamówienia e-Recept dotyczy leków, które były już przepisane przez Lekarza LUX MED.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE

Jak przygotować się do badania?

Informacje na temat przygotowania się do najczęściej wykonywanych badań znajdują się na:

- Portalu Pacjenta
- Stronie **www.luxmed.pl** w zakładce „Zdrowie w 4 krokach – Przed wizytą”

Jaki jest termin ważności skierowania na badania laboratoryjne i diagnostyczne?

Termin ważności skierowania na wszystkie badania laboratoryjne i diagnostyczne wynosi 3 miesiące.

Termin może być inny, jeżeli lekarz zaleci inaczej oraz zaznaczy informację na skierowaniu.

Czy inna osoba może odebrać wyniki badań w moim imieniu?

Aby osoba inna niż właściciel badań mogła odbierać wyniki, musi zostać ona do tego upoważniona. Wzór upoważnienia znajduje się na stronie **luxmed.pl** w zakładce „Niezbędnik – Wzory dokumentów”. Wypełniony dokument należy zostawić w Centrum Medycznym LUX MED.

KONSULTACJE Z LEKARZEM BEZ WYCHODZENIA Z DOMU

Konsultacja telefoniczna

To pełnoprawna konsultacja lekarska, w czasie której Lekarz może wystawić e-Receptę, e-Skierowanie czy e-Zwolnienie. Lekarz zadzwoni do Państwa we wskazanym terminie po umówieniu wizyty.

Konsultacje Online na Portalu Pacjenta

W czasie konsultacji mogą Państwo m.in. omówić niepokojące objawy i poprosić o pomoc w doborze leków. Nasz Specjalista ma wgląd do dokumentacji medycznej, więc może również ocenić wyniki badań czy też, w razie potrzeby, wystawić na nie e-Skierowanie. Podczas konsultacji Lekarz może wystawić także e-Receptę.

Pilna Pomoc Medyczna 24/7

Pilna Pomoc Medyczna pozwala uzyskać niezwłoczne wsparcie w przypadkach wymagających szybkiej interwencji medycznej. W ten sposób można wezwać pogotowie, umówić wizytę domową, uzyskać fachową konsultację telefoniczną lub zostać pokierowanym do najbliższej placówki dyżurnej. Jesteśmy przy telefonie 24 h/7 dni w tygodniu. Jeśli potrzebują Państwo pomocy, prosimy dzwonić pod numer **22 322 9999**.

REFUNDACJA W RAMACH WARIANTU DOSTĘPNOŚCI

Refundacja dotyczy usług objętych pakietem medycznych, do którego przystąpiłeś. Daje możliwość otrzymania zwrotu poniesionych kosztów usług medycznych realizowanych poza siecią placówek LUX MED (z dowolnej placówki czy gabinetu lekarskiego). W ramach pakietu Pacjenci przysługują Refundacja kosztów świadczeń, w pakiecie Kompleksowym w wysokości **90% ceny jednostkowej** za wykonaną usługę **do limitu 700 zł kwartalnie**. Co należy zrobić, aby skorzystać z refundacji:

- **Skorzystaj ze świadczenia** ambulatoryjnego i dokonaj płatności.
- **Pobierz fakturę VAT lub rachunek** za wykonane świadczenie. Dokument powinien:
 - ✓ być wystawione na osobę korzystającą ze świadczeń, a w przypadku dziecka do 18 r.ż. – na rodzica lub opiekuna;
 - ✓ zawierać dane osoby korzystającej ze świadczeń – co najmniej imię, nazwisko i adres;
 - ✓ jeśli osobą korzystającą jest dziecko do 18 r.ż., a faktura wystawiona jest na rodzica lub opiekuna,
 - ✓ w treści faktury powinny się znaleźć dane dziecka – co najmniej imię, nazwisko i adres;
 - ✓ zawierać wykaz wykonanych świadczeń: nazwę świadczenia ambulatoryjnego, ilość realizacji każdego świadczenia, datę wykonania świadczenia (jeśli inna niż data wystawienia faktury), cenę każdego wykonanego świadczenia.
- **Pobierz i wypełnij Wniosek o refundację**. Wniosek znajdziesz na stronie internetowej:
<https://www.luxmed.pl/ubezpieczenia/obsługa-firm/refundacja-kosztow-leczenia-swoboda-leczenia/refundacja-kosztow-leczenia---swoboda-leczenia.html>
- Prześlij wypełniony Wniosek wraz z kompletem dokumentów na adres e-mail: roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl lub pocztą na adres:

LUX MED Sp. z o.o.
ul. Postępu 21C
02-676 Warszawa

z dopiskiem: Refundacja LMG

Na przesłanie Wniosku o refundację masz 3 miesiące od dnia wykonania świadczenia. Zwrotu kosztów dokonywany jest w terminie do 30 dni od wpłynięcia kompletnego Wniosku. Kwota zwrotu przekazywana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany we Wniosku.

Refundacja nie obejmuje:

- świadczeń z zakresu hospitalizacji oraz innych świadczeń wykonanych w warunkach szpitalnych wymagających pobytu Osoby Uprawnionej w oddziale szpitalnym,
- świadczeń z zakresu medycyny pracy, medycyny orzeczniczej, medycyny sportowej,
- wizyt domowych,
- świadczeń z zakresu usług stomatologicznych.

REFUNDACJA W RAMACH DYŻURU STOMATOLOGICZNEGO

Zakres Dyżuru stomatologicznego, w zależności od Placówki medycznej, obejmuje, pokrycie albo zwrot kosztów (Refundacja) do maksymalnej wysokości limitu, tj. kwoty **350 zł** w każdym **12 miesięcznym okresie** obowiązywania Umowy, wykonywanych przez Lekarzy stomatologów.

Usługi w ramach Dyżuru stomatologicznego wykonywane są wyłącznie w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza godzinami pracy Placówek własnych. Warunkiem realizacji usług w ramach Dyżuru stomatologicznego jest zgłoszenie przez Pacjenta potrzeby skorzystania z Dyżuru stomatologicznego w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poprzez Infolinię (nr tel. 22 33 22 888), a następnie wykonanie usług we wskazanej przez LUX MED Placówce medycznej, zgodnie z instrukcją pracownika Infolinii, a w przypadku gdy w danej Placówce medycznej nie można zrealizować usługi bezgotówkowo, pokrycie kosztów wykonanych usług zgodnie z obowiązującym w niej cennikiem, złożenie wniosku o Refundację wraz z dołączonymi oryginałami faktur albo rachunków za wykonane na rzecz Pacjenta usługi. Faktura albo rachunek powinny zawierać:

- dane Pacjenta do zwrotu kosztów na rzecz, którego zostały wykonane usługi (co najmniej imię, nazwisko, adres). W przypadku usług 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 usługi;
- wykaz wykonanych na rzecz Pacjenta usług (stanowiący treść faktury) lub załącznik w postaci specyfikacji wystawiony przez Placówkę medyczną wykonującą te usługi wraz z nazwą usługi, lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącej danej, zrealizowanej usługi;
- ilość zrealizowanych usług danego rodzaju;
- datę wykonania usługi;

- cenę jednostkową zrealizowanej usługi.

Jeżeli po dokonaniu zwrotu kosztów usług 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 usługi 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.

Wypłata świadczenia z tytułu Refundacji dokonywana jest na podstawie złożonego przez Pacjenta Wniosku o Refundację, wraz z załączonymi oryginałami faktur albo rachunków oraz pozostałymi wymaganymi dokumentami, przestanych w terminie 3 miesięcy od daty wykonania usługi.

LUX MED dokona zwrotu kosztów (Refundacji) na wskazany we Wniosku numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty doręczenia kompletnego Wniosku.

Wniosek o Refundację stanowi załącznik do Umowy i dostępny jest na stronie www.luxmed.pl

SATYSFAKCJA PACJENTA

Zdanie naszych Pacjentów jest dla nas kluczowe, dlatego też nieustannie rozwijamy narzędzia, które umożliwiają nam poznanie Waszych opinii. Zachęcamy do wypełniania ankiety satysfakcji dotyczącej konsultacji lekarskiej.

Jak mogę przekazać swoje uwagi i opinie dotyczące opieki medycznej?

Wszelkie uwagi, sugestie oraz informacje zwrotne można przekazać:

- Przez **formularz reklamacyjny** dostępny na stronie głównej www.luxmed.pl w zakładce „Dla Pacjentów”;
- Poprzez **Portal Pacjenta**;
- Poprzez email: roszczenia.ubezpieczenia@luxmed.pl
- Poprzez ankiety, które wysyłamy tuż po usłudze e-mailem lub SMS. Ankiety wysyłamy losowo aby nie obciążać Państwa zbyt dużą ilością wiadomości. Jeśli chcą Państwo przekazać swoje uwagi, a nie dotarła do Państwa ankieta – zapraszamy do Portalu Pacjenta.

Zapoznajemy się z każdą nadesłaną opinią i kontaktujemy się z Pacjentami by lepiej zrozumieć zgłoszone w ankietach potrzeby. Analizujemy, wyciągamy wnioski i wdrażamy zmiany aby ciągle doskonalić naszą opiekę nad Pacjentami.