

Zasady refundacji dla Polskiej Izby Brokerów

I. Definicje

Wymienionym niżej terminom nadano następujące znaczenie:

Refundacja – zwrot poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych Ubezpieczonemu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa przez Placówkę medyczną, nie będącą Placówką Własną lub Placówką Współpracującą, w zakresie świadczeń zdrowotnych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach wybranego zakresu ubezpieczenia;

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 Partnera medycznego działające pod marką LUX MED i Medycyna Rodzinna, wskazane na <http://www.luxmed.pl>;

Placówki Współpracujące – podmioty wykonujące działalność leczniczą współpracujące z Luxmed, 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 Towarzystwo;

Cennik Partnera medycznego – cennik obowiązujący w najbliższej zlokalizowanej Placówce Własnej Partnera. Aktualny cennik dostępny na stronie www.luxmed.pl;

Limit Refundacji – maksymalna kwota zwrotu kosztów wykonanych świadczeń zdrowotnych dla Ubezpieczonego; w przypadku, gdy koszt świadczeń zdrowotnych zgłoszonych do Refundacji w Okresie Refundacji przewyższa Limit Refundacji, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot kosztów do wysokości Limitu Refundacji z uwzględnieniem pozostałych zapisów Zasad refundacji;

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

II. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w placówkach medycznych poza placówkami Partnera medycznego (refundacja)

1. W przypadku korzystania ze świadczeń zdrowotnych w placówkach medycznych nie będących Placówką Własną lub Placówką Współpracującą, Ubezpieczony zobowiązany jest pokryć koszty udzielonych świadczeń bezpośrednio w Placówce medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w danej placówce.

2. Każdemu Ubezpieczonemu, na rzecz którego została zawarta umowa ubezpieczenia, przysługuje zwrot poniesionych kosztów z zachowaniem Limitu refundacji.
3. Limitu Refundacji, wynosi 500 zł, z zastrzeżeniem, że refundowanych jest 90% poniesionych kosztów świadczeń zdrowotnych, maksymalnie do wysokości Limitu Refundacji.
4. Odszkodowanie wypłacone przez Towarzystwo z tytułu ubezpieczenia nie może być wyższe od kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.
5. Prawo do Refundacji przysługuje w zakresie świadczeń zdrowotnych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach wybranego zakresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem warunków wykonania usług (w tym limitów), a także wyłączeń wynikających z owu.
6. W celu otrzymania zwrotu kosztów należy przesłać do Partnera Medycznego na adres:

LUX MED Sp. z o.o.

ul. Iłżecka 24 F

02-135 Warszawa

Z dopiskiem: Refundacja

następujące dane:

- 1) Oryginał lub skan oryginału rachunku zawierającego następujące dane: imię i nazwisko lub nazwę udzielającego świadczenia medyczne, dane Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania), rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego, postawioną diagnozę, zgodnie z międzynarodową statystyczną klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych (kod ICD 10), datę udzielenia świadczenia, koszt udzielenia świadczenia.
 - 2) Kopię skierowania na badania diagnostyczne ,a w przypadku rehabilitacji dodatkowo dołączenia do Wniosku zlecenia rehabilitacji oraz skierowania z Placówki Własnej lub Placówki Współpracującej.
 - 3) Kompletny i poprawnie wypełniony wniosek o refundację
-
7. Okresy Limitów Refundacji naliczane są kalendarzowo i występują w ciągu roku w 4 kwartałach, tj. styczeń-marzec, kwiecień-czerwiec, lipiec-wrzesień, październik-grudzień – Okresach Refundacji.
 8. Świadczenie zdrowotne, które zostało wykonane zaliczane jest do Limitu Refundacji w danym Okresie Refundacji na podstawie daty jego wykonania.

9. 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.
10. Limit Refundacji nie wykorzystany w danym Okresie Refundacji nie przechodzi na następny Okres Refundacji.
11. W przypadku świadczeń zdrowotnych z procentowym udziałem własnym Ubezpieczonego, wartość wykonanego świadczenia zdrowotnego podlegającego Refundacji zostanie pomniejszona o kwotę wynikającą z udziału własnego Ubezpieczonego.
12. Jeżeli koszt świadczenia zdrowotnego wykonanego na rzecz Ubezpieczonego rażąco przewyższa cenę świadczenia określoną w Cenniku Luxmed, Towarzystwo ma prawo obniżyć kwotę Refundacji do najwyższej wysokości ceny tego świadczenia w cenniku Luxmed, chyba że Ubezpieczony dostarczy dokumentację medyczną uzasadniającą wysokość poniesionych kosztów.
13. Wypłata świadczenia z tytułu Refundacji dokonywana jest na podstawie złożonego przez Ubezpieczonego 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.
14. Partner medyczny na zlecenie Towarzystwa dokona zwrotu kosztów (Refundacji) na wskazany we Wniosku numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty doręczenia kompletnego Wniosku.