

REGULAMIN

Profilowanego Programu Diagnostycznego – Nowotwory Złośliwe Jelita Grubego

DANE NABYWCY	
Imię i Nazwisko:	
PESEL: ...	Data ur.: ...
Dokument tożsamości: ...	Seria i numer:
Adres zamieszkania: ...	
Telefon: ...	E-mail: ...

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO KORZYSTANIA Z USŁUG	
Imię i Nazwisko: :	
PESEL: ...	Data ur.: ...
Adres zamieszkania: ...	
Telefon: ...	

Data aktywacji zestawu: ...

Cena zestawu: ...

Okres ważności zestawu do dnia: ...

INFORMACJE OGÓLNE

- Wykonawcą Profilowanego Programu Diagnostycznego – **Nowotwory Złośliwe Jelita Grubego** („Program”), (określonego szczegółowo w Załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu) jest **LUX MED Sp. z o.o.** z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa, wpisany do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000265353, NIP 5272523080, REGON 140723603, kapitał zakładowy 10.692.000, 00 PLN („LUX MED”).
- Nabywcą Programu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia.
- Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Programu mogą być osoby powyżej 18 roku życia.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU

- Warunkiem przystąpienia i uruchomienia Programu jest akceptacja przez Nabywcę Programu niniejszego Regulaminu oraz dokonanie pełnej płatności za Program w kwocie określonej w ust. 5 poniżej.
- Całkowita opłata, którą Nabywca Programu zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia do Programu Osoby Uprawnionej, wynosi ... (słownie ...).
- Uprawnienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Programu zostaną aktywowane w terminie 24 godzin po otrzymaniu przez LUX MED wpłaty pełnej kwoty określonej w ust. 5 powyżej.

ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA Z PROGRAMU

- W ciągu 10 dni od dnia zaakceptowania niniejszego Regulaminu, Nabywca Programu może odstąpić od Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszego Regulaminu bez podania przyczyny, składając LUX MED oświadczenie na piśmie i przesyłając je na adres: sprzedaz_ind@luxmed.pl.

8. Prawo odstąpienia od Umowy zawartej na odległość nie przysługuje Nabywcy Programu w wypadku rozpoczęcia świadczenia usług w ramach Programu, za zgodą Nabywcy, przed upływem 10 dni od dnia zawarcia Umowy.

WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU

9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Programu odbywa się w dedykowanych do Programu placówkach Grupy LUX MED w Warszawie: kwalifikacja przy ul. Domaniewskiej 41, badania laboratoryjne przy ul. Bobrowieckiej 1 lub Domaniewskiej 41, konsultacja zamykająca przy ul. Bobrowieckiej 1, badania diagnostyczne – TK w placówce AVI przy ul. Bobrowieckiej 1 lub Puławskiej 455, w godzinach pracy tych placówek W przypadku przesłanek natury technicznej LUX MED zastrzega sobie możliwość przeprowadzenia wchodzących w skład Programu konsultacji i badań szczegółowo wymienionych w Załączniku nr 1 w innych niż wskazane powyżej placówkach LUX MED – wskazanych Osobie Uprawnionej przez Asystenta Programu.

10. Świadczenia zdrowotne w ramach Programu należy zrealizować nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień Osoby Uprawnionej do Programu.

11. Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach Programu jest uprzednie uzgodnienie jego terminu poprzez skontaktowanie się z dedykowanym Asystentem Programu - Moniką Bakaj pod numerem 783 660 394 (w godz. 8:00-20:00). Asystent Programu skoordynuje uzgodnienie terminów wszystkich usług dostępnych w ramach Programu, szczegółowo wymienionych w załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu.

12. Program rozpoczyna się Konsultacją Kwalifikującą do Programu, na której lekarz podejmuje indywidualną decyzję na podstawie przeprowadzonego wywiadu o dopuszczeniu do wykonania na rzecz Osoby Uprawnionej usług wchodzących w skład Programu.

13. W przypadku gdy lekarz w trakcie konsultacji kwalifikującej stwierdzi istnienie przeciwwskazań medycznych do wykonania badań wchodzących w zakres Programu Nabywcy Programu przysługuje zwrot opłaty poniesionej na Program. W tym celu należy skontaktować się z Działem Sprzedaży Indywidualnej pod numerem telefonu 22 33 93 73

14. W celu zapewnienia prawidłowej realizacji Programu konieczne jest podpisanie przed pierwszą konsultacją formularzy stanowiących załącznik nr 2 i 3 do niniejszego Regulaminu, tj:

1. Oświadczenia Pacjenta o upoważnieniu/odmowie upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej

2. Upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej podmiotu leczniczego LUX MED Diagnostyka Sp. z o.o.

Na podstawie odpowiednio wypełnionych i podpisanych dokumentów, o których mowa powyżej, Asystent Programu zbiera komplet dokumentacji/badań wykonanych przez Osobę Uprawnioną w ramach Programu i dostarcza lekarzowi zamykającemu Program w celu przeprowadzenia konsultacji podsumowującej Program.

KONTAKT I REKLAMACJE

15. Reklamacje przyjmowane są wyłącznie w formie pisemnej.

16. Reklamacje dotyczące obsługi rozpatrywane są w ciągu 5 dni roboczych, reklamacje dotyczące kwestii medycznych rozpatrywane są w ciągu 14 dni roboczych od daty wpływu wszystkich danych niezbędnych do rozpatrzenia reklamacji na adres:

LUX MED Sp. z o.o.
Departament Obsługi Klienta
Dział Zarządzania Reklamacjami
ul. Postępu 21C
02-676 Warszawa
lub na adres poczty elektronicznej: obsługa.klienta@luxmed.pl

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

17. Nie ma możliwości dokonania cesji praw do Programu na inną osobę.
18. Zakup Programu oraz korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ramach Programu nie łączy się z żadnymi innymi promocjami ani rabatami udzielanymi przez LUX MED na jakiegokolwiek usługi.
19. Integralną część Regulaminu stanowią załączniki nr 1, 2 i 3.

Załącznik nr 1

**Wykaz usług wchodzących w skład Profilowane Programu Diagnostycznego
Nowotwory Złośliwe Jelita Grubego**

1. Kwalifikacja do Profilowanego Programu Diagnostycznego – lekarz gastroenterolog
2. Kwalifikacja anestezjologa do znieczulenia przy badaniu kolonoskopowym
3. Badania diagnostyki laboratoryjnej:
Morfologia krwi z rozmazem automatycznym
CEA
CA 19-9
4. Badania diagnostyki obrazowej
kolonoskopia w znieczuleniu (sedacja) – ewentualna polipektomia płatna dodatkowo wg Cennika
MR – Rezonans Magnetyczny jamy brzusznej i miednicy małej – screening (badanie nie wymaga podania kontrastu)
5. Konsultacja profesorska zamykająca z omówieniem wyników i wydaniem zaleceń na przyszłość przeprowadzona przez lekarza kardiologa
6. Doradztwo Hospitalizacyjne w okresie 3 miesięcy od daty zakupu Programu

24 godzinny dostęp do usługi Doradcy Hospitalizacji, wyspecjalizowanej infolinii profesjonalistów i doradców medycznych udzielających informacji związanych z organizacją przyjęć do szpitali, zarówno w ramach świadczeń finansowanych publicznie jak i komercyjnie, w przypadku konieczności hospitalizacji planowej

Doradztwo Hospitalizacyjne to usługa rozumiana jako udzielenie niezbędnych informacji o możliwych miejscach wykonania świadczeń związanych z dalszym procesem leczenia lub diagnostyki.

Pracownik infolinii zbiera od dzwoniącego pacjenta wywiad medyczny dotyczący potrzeby medycznej, schorzenia, potrzeb dotyczących leczenia. Ustala, jaka dokumentacja medyczna jest w posiadaniu pacjenta, w szczególności czy posiada on skierowanie. W oparciu o uzyskane informacje pracownik infolinii w przejrzysty sposób informuje o możliwym trybie uzyskania świadczeń (np. do leczenia szpitalnego konieczne jest aktualne skierowanie z poradni specjalistycznej, konsultacja kwalifikująca). Przekazuje także informacje o niezbędnych dodatkowych konsultacjach, które muszą poprzedzać leczenie szpitalne, udziela odpowiedzi na pytania. W razie potrzeby pracownik infolinii konsultuje z lekarzem zalecenia dotyczące dalszego postępowania. Pracownik infolinii udziela informacji w dogodnym miejscu, bliskim miejsca zamieszkania pacjenta, w ramach świadczeń finansowanych publicznie (w ramach kontraktu z NFZ) jak i w trybie odpłatnym. W przypadku wyboru leczenia w trybie odpłatnym, pracownik infolinii informuje o przybliżonym koszcie leczenia, możliwym do oszacowania na podstawie przekazanych informacji. Pracownik infolinii informuje pacjenta o typowych zaleceniach poprzedzających planowane zabiegi (np. konieczności wykonania szczepień, badań diagnostycznych).

Załącznik nr 2

Formularz nr 4 DM/DM1/003

Edycja: 2, Obowiązuje od: 28.02.2012

Zatwierdził: Dyrektor Medyczny

Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu / odmowie upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/na

.....

Legitymujący/ca się dokumentem tożsamości:

☐ dowodem osobistym ☐ paszportem

Seria..... Numer.....

Numer PESEL/data urodzenia

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach zdrowotnych, a także do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej

☐ Upoważniam niniejszym

Pana/Panią

Legitymującego/ą się dokumentem tożsamości:

☐ dowodem osobistym ☐ paszportem

Seria..... Numer.....

Numer PESEL/data urodzenia

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Telefon

Adres:

Pana/Panią

Legitymującego/ą się dokumentem tożsamości:

☐ dowodem osobistym ☐ paszportem

Seria..... Numer.....

Numer PESEL/data urodzenia

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Telefon

Adres:

☐ Do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych mi w:

☐ Placówkach Grupy LUX MED

☐ Placówce Grupy LUX MED.....

(proszę wpisać Placówkę w której odbyła się wizyta)

☐ Do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej sporządzonej w:

☐ Placówkach Grupy LUX MED

☐ Placówce Grupy LUX MED

(proszę wpisać Placówkę w której odbyła się wizyta)

.....

Miejscowość, data i czytelny podpis upoważniającego

.....

Miejscowość, data i czytelny podpis przyjmującego oświadczenie

Załącznik nr 3

**Upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej
w LUX MED Diagnostyka Sp. z o.o.**

Ja, niżej podpisany zamieszkały
w przy ul. nr PESEL
....., upoważniam niniejszym podmiot leczniczy LUX MED sp. z o.o. do
dostępu do mojej dokumentacji medycznej sporządzonej w podmiocie leczniczym **LUX MED
Diagnostyka Sp. z o.o.**, w celu i zakresie niezbędnym do wykonania dla mnie usług
w ramach Profilowanego Programu Diagnostycznego – Choroba Niedokrwienna Serca

.....
Czytelny podpis Pacjenta

.....
miejsowość

data