NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia

Wniosek o refundację kosztów leczenia poniesionych w innym państwie UE/EFTA/ Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej

Wypełnij wniosek w języku polskim, czytelnie, drukowanymi literami, bez skreśleń i poprawek, zgodnie z opisem pól.

1. Dane osoby, która skorzystała z leczenia

PESEL Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia

Data urodzenia *(dd-mm-rrrr)*

Imię (imiona)

Nazwisko

Telefon

E-mail

Obywatelstwo Wymień wszystkie posiadane obywatelstwa

1.1. Status osoby, która skorzystała z leczenia

☐ osoba ubezpieczona ☐ osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń[1]

☐ członek rodziny osoby ubezpieczonej

1.2. Adres zamieszkania

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy, miejscowość

Państwo

1.3. Adres do korespondencji (podaj tylko, jeśli jest inny niż w punkcie 1.2)

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy, miejscowość

Państwo

2. Dane osoby ubezpieczonej (wypełnij tylko jeśli w punkcie 1.1. wskazano status osoby, która skorzystała z leczenia „członek rodziny")

PESEl Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia

Data urodzenia *(dd-mm-rrrr)*

Imię (imiona)

Nazwisko

Telefon

E-mail

2.1 Adres zamieszkania

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy, miejscowość

Państwo

3. Kraj ubezpieczenia w momencie udzielenia świadczeń – podaj jeśli inny niż Polska

4. Cel pobytu w państwie, w którym skorzystano ze świadczeń

☐ turystyczny

związany z pracą[2]: ☐ praca najemna lub praca na własny rachunek ☐ praca sezonowa

☐ studia

☐ inny (jaki?)

Uwaga! Jeżeli Twój wyjazd był związany z wykonywaniem pracy dołącz do wniosku dokument A1.

5. Termin i okoliczności leczenia

Termin leczenia

od (dd-mm-rrrr) *do (dd-mm-rrrr)*

☐ nagła choroba ☐ nieszczęśliwy wypadek ☐ leczenie planowane ☐ choroby przewlekłe[3] ☐ inne (wskaż jakie)

Krótki opis okoliczności, w tym wskazane przez lekarza rozpoznanie choroby

6. Dane placówki, w której skorzystano ze świadczeń

☐ placówka działająca w ramach publicznego stystemu opieki zdrowotnej ☐ placówka prywatna ☐ nie wiem

Nazwa

Ulica, nr domu, nr lokalu

Kod pocztowy, miejscowość

Państwo

7. Powód obciążenia kosztami

☐ Konieczność skorzystania z usług placówki prywatnej (brak dostępu do lekarza działającego w ramach publicznej służby zdrowia)

☐ Brak dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (EKUZ, Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ, inny)

☐ Nieuznanie przez placówkę zagraniczną dokumentu uprawniającego (jakiego?) _____

☐ Inny (jaki? np. zmiana państwa zamieszkania) _____

Krótki opis okoliczności

8. Poniesione wydatki

Poniesione wydatki		**Czy udzielona pomoc medyczna została opłacona?**			**Kwota w walucie obcej** *(wypełnij tylko w przypadku opłaconych rachunków)*
8.1	Leczenie medyczne	☐ tak	☐ nie	☐ częściowo	
8.2	Leczenie dentystyczne	☐ tak	☐ nie	☐ częściowo	
8.3	Leki	☐ tak	☐ nie	☐ częściowo	
8.4	Hospitalizacja	☐ tak	☐ nie	☐ częściowo	
8.5	Inne świadczenia	☐ tak	☐ nie	☐ częściowo	
8.6	**Wydatki razem**				
Do wniosku załączam ☐ **dokumentów finansowych**[4] *(podaj liczbę załączników)*.					

9. Preferowany sposób otrzymania refundacji kosztów leczenia

Na rachunek bankowy/IBAN numer[5] ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Kod BIC/SWIFT ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dane dysponenta rachunku (gdy są inne niż dane świadczeniobiorcy)

Imię (imiona) i nazwisko _____

Ulica, nr domu, nr lokalu _____

Kod pocztowy, miejscowość _____

Państwo _____

Przekazem pocztowym na polski adres:

Ulica, nr domu, nr lokalu _____

Kod pocztowy, miejscowość _____

10. Oświadczenia

- Niezwłocznie przekażę CUW w Gorzowie Wielkopolskim – Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ/Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ informacje lub dokumenty konieczne w celu ustalenia statusu ubezpieczenia zdrowotnego dla mnie lub zgłoszonych członków mojej rodziny.
- Oświadczam, że nie składałem w NFZ innego wniosku o zwrot kosztów tych samych świadczeń na podstawie ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną.
- Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

11. Podpis osoby wnioskującej, przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej[6]

Data (dd-mm-rrrr)

Czytelny podpis (imię i nazwisko)

DODATKOWE INFORMACJE

[1] Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń:

Prawo do świadczeń przysługuje Ci na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z późn, zm.), jeśli:

1) nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale spełniasz kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej, co potwierdza decyzja np. wójta, burmistrza
2) nie masz 18 lat i nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale masz obywatelstwo polskie
3) nie masz 18 lat, mieszkasz w Polsce i masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy
4) jesteś w ciąży, w trakcie porodu lub połogu, masz obywatelstwo polskie i mieszkasz w Polsce
5) jesteś w ciąży lub w trakcie porodu lub połogu, masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy i mieszkasz w Polsce
6) przysługuje Ci 30 dni uprawnień po ustaniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego
7) przysługuje Ci odpowiednio 6 miesięcy lub 4 miesiące prawa do swiadczeń jako absolwentowi szkoły ponadpodstawowej lub szkoły wyższej
8) przyznano Ci zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia
9) złożyłeś wniosek o emeryturę lub rentę
10) posiadasz prawo do świadczeń z innego tytułu, niż wymienione w pkt 1 – 9.

Jeśli w okresie skorzystania ze świadczeń posiadałeś jeden z ww. statusów, wpisz odpowiadający mu numer w puste pole w punkcie 1.1 wniosku.

Jeżeli skorzystałeś z leczenia w jednym z następujących państw: Islandia, Norwegia, Liechtenstein, Szwajcaria lub Dania, zwrot kosztów przysługuje Cie jedynie, jeżeli jesteś obywatelem państwa członkowskiego UE, bezpaństwowcem i uchodźcą mieszkającym i podlegającym ustawodawstwu państwa członkowskiego UE lub członkiem ich rodziny.

[2] Jeśli w punkcie 4 zaznaczyłeś cel pobytu „związany z pracą" i zostałeś oddelegowany do pracy za granicę, dołącz do wniosku dokument A1. Dokument A1 jest wydawany przez Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i potwierdza polskie ustawodawstwo.

[3] Zaznacz jeżeli cierpisz na chorobę przewlekłą i w trakcie pobytu korzystałeś ze świadczeń z nią związanych, np. dializy nerek, tlenoterapii, specjalnego leczenia astmy, echokardiografii w przypadku przewlekłych chorób autoimmunologicznych, chemioterapii. Świadczenia rzeczowe związane z chorobą przewlekłą często wymagają wcześniejszego zaplanowania terminów z placówką gwarantującą leczenia. Nie możesz jednak zaznaczyć tego punktu jeżeli leczenie było głównym powodem Twojego wyjazdu – w takim przypadku jest to leczenie planowane.

[4] Warunkiem koniecznym rozpatrzenia wniosku jest załączenie oryginałów rachunków i dowodów zapłaty.

[5] W przypadku braku możliwości przekazania środków na konto (np. błędny numer), prześlemy Ci należną kwotę przekazem pocztowym. Koszt przekazu zostanie potrącony z przyznanej kwoty zwrotu.

[6] Jeżeli wniosek składa w Twoim imieniu osoba upoważniona, dołącz do wniosku *Upoważnienie do złożenia wniosku o refundację kosztów leczenia.*

(!!) Wnioski niepodpisane oraz bez podanej daty wypełnienia nie będą rozpatrzone.

(!!!) W sytuacjach wątpliwych poprosimy Cię o przedstawienie dodatkowych dokumentów.