



Biuro płatnika

REFUNDACJA KOSZTY MEDYCZNE

PRZEWODNIK PRAKTYCZNY

Aby ułatwić Państwu życie jako członkom Wspólnego Systemu Ubezpieczeń Zdrowotnych instytucji Unii Europejskiej (dalej RCAM), niniejszy praktyczny przewodnik przedstawia przyjazny użytkownikowi przegląd zasad regulujących zwrot kosztów leczenia (Ogólne przepisy wykonawcze - DGE), obowiązujących od 1 lipca 2007 r.

W przypadku jakichkolwiek rozbieżności pierwszeństwo mają przepisy prawne RCAM (wspólne regulacje RCAM i DGE).

Spis treści

W skrócie.....	3	1. Konsultacje i wizyty
lekarskie	7	2. Hospitalizacje i zabiegi chirurgiczne
8 3. Usługi związane z uzależnieniami.....	10	4. Produkty
farmaceutyczne	12	5. Opieka i leczenie
stomatologiczne	13	6. Badania lekarskie
7. Cięża, poród i niepłodność	15	8. Różne zabiegi
medyczne	17	9. Usługi paramedyczne
Opieka rekonwalescencyjna i pooperacyjna	22	11. Zabiegi
spa	23	12. Okulary
13. Soczewki kontaktowe	26	14. Aparaty
słuchowe	27	15. Urządzenia ortopedyczne i inny sprzęt
medyczny.....	28	16. Koszty transportu beneficjenta RCAM
pogrzebu.....	30	18. Wakacje
Aby uzyskać więcej informacji....	31	

KRÓTKO MÓWIĄC...

Kim są beneficjenci RCAM?

Podmioty

stowarzyszone: o urzędnicy
państwowi; o pracownicy
tymczasowi; o pracownicy
kontraktowi; o emeryci lub beneficjenci odpraw z tytułu rozwiązania stosunku pracy; o członkowie
niektórych instytucji.

Osoby ubezpieczone przez swojego przełożonego :

dzieci na utrzymaniu;
małżonkowie;
o uznanych partnerów.

W przypadku tych dwóch ostatnich kategorii obowiązują pewne ograniczenia (rozdział 2 tytułu I DGE).

Zobacz sekcję Aby uzyskać więcej informacji...

Stawka zwrotu: i... ile?

Przy obliczaniu wysokości odszkodowania do każdego poniesionego wydatku stosowana jest stawka zwrotu.

80%: stawka bazowa dla następujących opłat:

opieka i leczenie stomatologiczne;
różnorodne zabiegi terapeutyczne;
asystenci medyczni i opiekunowie;
zabiegi termalne;
koszty transportu.

85%: stawka bazowa dla następujących opłat:

konsultacje i wizyty lekarskie;
interwencje chirurgiczne;
hospitalizacje;
produkty farmaceutyczne;
badania lekarskie;
analizy laboratoryjne;
okulary i soczewki kontaktowe;
Sprzęt ortopedyczny i inny sprzęt medyczny.

100 %: stawka zwrotu stosowana wyłącznie do wydatków poniesionych w przypadku:

rozpoznano poważną chorobę.

Choroby uznawane za poważne schorzenia obejmują stany, które w różnym stopniu łączą w sobie wszystkie cztery z poniższych kryteriów:

- niepomyślne rokowanie;
- ewolucja chroniczna;
- konieczność podjęcia szeroko zakrojonych działań diagnostycznych i/lub terapeutycznych;
- występowanie lub ryzyko poważnej niepełnosprawności.

Zgodnie ze Statutem choroby takie jak gruźlica, polio, rak i choroby psychiczne uważa się za poważne.

Pełne ubezpieczenie obejmuje szacowany czas trwania leczenia poważnej choroby, maksymalnie do 5 lat. Datą rozpoczęcia jest zazwyczaj data rozpoznania choroby uznanej za poważną.

Po upływie tego okresu można złożyć wniosek o przedłużenie terminu, dołączając opinię lekarską. Opinia ta musi zawierać:

- postęp choroby;
- leczenie i/lub monitorowanie nadal wymagane.

Jeżeli na tym etapie choroba nie spełnia już czterech kryteriów, nie można przyznać 100-procentowego rozszerzenia ubezpieczenia.

W przypadku zmiany sytuacji decyzja może zostać zmieniona na podstawie nowego wniosku.

Uwaga !

Niektóre świadczenia podlegają limitowi zwrotu kosztów, również w przypadku rozpoznanej poważnej choroby.

Limit zwrotu

Limit jest zdefiniowany jako maksymalna kwota zwrotu kosztów za usługę. W związku z tym stawka zwrotu nie wynosi 80%, 85% ani 100%, ponieważ zastosowanie limitu ogranicza zwrot kosztów. Na przykład, konsultacja u lekarza rodzinnego jest ograniczona do 35 euro. Zwrot kosztów wynosi 85%, do maksymalnej kwoty 35 euro.

Współczynniki równości

Kwoty podane w broszurze to kwoty pobierane w Belgii. Do tych kwot stosuje się współczynnik równości, gdy usługa jest świadczona w innym państwie członkowskim, w celu zapewnienia równego traktowania.

Nadmierność (art. 20 § 3)

W przypadku braku ustalonego limitu zwrotu kosztów (w tym w przypadku poważnej choroby) (uznane), część kosztów przekraczająca zwykłe ceny stosowane w kraju, w którym świadczone są usługi, może zostać wyłączona ze zwrotu.

Część kosztów uznana za nadmierną ustalana jest indywidualnie przez biuro likwidacyjne po konsultacji z doradcą medycznym.

Recepta lekarska: aby uzyskać zwrot kosztów

Informacje, które należy uwzględnić we wszystkich receptach:

imię i nazwisko oraz oficjalne referencje osoby
wystawiającej receptę; imię i
nazwisko pacjenta; rodzaj procedur medycznych (rodzaj leczenia, liczba sesji);
lub nazwę przepisanych leków / substancji czynnej; datę; podpis osoby

wystawiającej receptę.

Uwaga : Recepta musi być wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed pierwszym zabiegiem lub zakupem leku.

Dokumenty pomocnicze

Usługa może zostać zwrócona wyłącznie w przypadku, gdy została przepisana i wykonana przez osobę uprawnioną do wykonywania zawodu lekarza lub paramedyka lub w placówce należycie zatwierdzonej przez właściwe organy.

Paragony i faktury muszą być zgodne z przepisami kraju, w którym zostały wystawione, i zawierać następujące informacje:

- pełne imię i nazwisko pacjenta,
- charakter zabiegu lub zabiegów medycznych,
- terminy i opłaty pobierane za poszczególne zabiegi medyczne,
- nazwa i oficjalne dane podmiotu świadczącego opiekę zdrowotną.

W Belgii nie będzie wymagane zaświadczenie o wysokości zapłaconej kwoty ani pokwitowanie zapłaty podatku od stycznia 2015 r.;
Ważność jest zawsze obowiązkowa. Od 1. ^{er} zwrot kosztów nie będzie możliwy.
należy to zrobić w przypadku braku oficjalnego dokumentu.

W przypadku usługodawców, którzy nie są upoważnieni do wystawiania zaświadczeń o leczeniu (psychologów, osteopatów i podiatrów/ pedikiurzystów medycznych w Belgii), są to rachunki z broszury, której wzór określa Ministerstwo Finansów. Załączono przykłady odpowiadające poszczególnym kategoriom usług. Jeśli płacisz usługodawcy przelewem bankowym, możesz dołączyć formalną fakturę wraz z potwierdzeniem płatności.

W przypadku Włoch fakturę musi wystawić Ci dostawca usług (patrz załącznik).

Uwaga: Zaliczki

lub opłaty wpłacone z góry nie podlegają zwrotowi.

Dołącz je do faktury końcowej wraz ze szczegółami świadczonych usług, gdy będziesz ubiegać się o zwrot kosztów.

Przypomnienie: koszty opieki świadczonej przez dostawcę usług medycznych lub paramedycznych członkowi rodziny, który jest beneficjentem RCAM, nie podlegają zwrotowi.

Wcześniejsza autoryzacja

Jest to niezbędna procedura w przypadku przesyłania niektórych zwrotów kosztów do Państwa biuro likwidatora.

Wniosek o uprzednią autoryzację należy złożyć przed rozpoczęciem leczenia. Pozytywna decyzja jest warunkiem uzyskania zwrotu kosztów usług.

Nie trzeba jednak czekać na decyzję Kierownika Biura ds. Roszczeń o rozpoczęciu leczenia. Decyzja będzie dotyczyć konkretnego okresu i albo liczby zabiegów, albo maksymalnej kwoty refundacji. Zwrot kosztów będzie dokonywany w granicach tej decyzji.

Wniosek o wydanie autoryzacji wstępnej składa się z kilku dokumentów:

formularz autoryzacji wstępnej lub wniosek online za pośrednictwem RCAM; szczegółowa
recepta lekarska; pełny raport medyczny lub
wycena (w zależności od usług).

Wyślij wszystko do biura swojego likwidatora pocztą lub skorzystaj z internetowego systemu RCAM.

Decyzja w sprawie wniosku podejmowana jest po konsultacji z lekarzem, który orzeka o zgodności świadczenia z przepisami prawa.

Wsparcie i postępy

Rozliczenie bezpośrednie pozwala na zwrócenie się do szpitala z prośbą o przesłanie rachunku szpitalnego bezpośrednio do ubezpieczyciela w celu zapłaty. Szpital nie ma obowiązku akceptowania takiego rozliczenia bezpośredniego.

Wniosek musi zostać złożony przez członka z wyprzedzeniem. Jest on uwzględniany w następujących przypadkach:

Hospitalizacja: obejmuje główne rachunki oraz rachunki chirurgów i
anestezjolog;

Intensywne leczenie ambulatoryjne: w kontekście rozpoznanej poważnej choroby,
przykłady radioterapia, chemioterapia, dializa;

wielokrotne zakupy drogich leków, takich jak hormony wzrostu, wielokrotne korzystanie z karetki pogotowia lub lekkiego
pojazdu medycznego (VSL) lub niektóre drogie badania.

W przypadku braku porozumienia, pamiętaj, aby w zapytaniu podać planowaną datę przyjazdu, dzienną cenę pokoju i/lub szacunkowy koszt całkowity.

Należy pamiętać, że po ustaleniu ceny, część kosztów (czasem wysokich) zostanie pobrana od pacjenta. W przypadku podróży do krajów, w których leki są drogie, zaleca się pokrycie tego ryzyka ubezpieczeniem.

Należy pamiętać, że jeśli zdecydują się Państwo na objęcie usługą, faktury, których to dotyczy, zostaną opłacone. Po otrzymaniu i wstępnej weryfikacji przez biuro rozliczeń, możesz zażądać kopii faktur ze szpitala. Zaleca się, abyś poinformował biuro rozliczeń – a konkretnie właściwy dział – o wszelkich istotnych informacjach dotyczących pobytu i/lub rozliczeń.

Pod pewnymi warunkami możliwe jest również przyznanie zaliczki na poczet zwrotu kosztów w celu pokrycia znacznych wydatków (należy wypełnić formularz wniosku o zaliczkę i przesłać go do biura likwidatora).

Uwaga:

Ubezpieczenie jest formą pomocy finansowej, a nie gwarancją zwrotu kosztów. Obowiązują wszystkie procedury zwrotu kosztów.

Żądanie zwrotu pieniędzy

Wniosek o zwrot kosztów można złożyć drogą elektroniczną, korzystając z narzędzia „RCAM online” <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>. Twoje dane są chronione dzięki bezpiecznemu połączeniu ECAS (patrz również koniec tego dokumentu w sekcji „więcej informacji”). Dlatego musisz przechowywać oryginały dokumentów przez 18 miesięcy od daty otrzymania wyciągu.

Alternatywnie, wnioski o zwrot kosztów mogą być składane przez podmioty stowarzyszone do ich biura likwidacyjnego za pomocą formularza, do którego dołączone są oryginalne dokumenty potwierdzające.

W przypadku wniosku o dodatkowy zwrot kosztów należy dołączyć kopię oryginalnej opłaconej faktury i szczegółowe zestawienie zwrotów otrzymanych w ramach innego programu.

PROCEDURY I ZASADY ZWROTU

1. KONSULTACJE I WIZYTY LEKARSKIE

Konsultacja = w gabinecie lekarskim.

Wizyta lekarska = lekarz odwiedza pacjenta (np. w domu lub w szpitalu).

Na czym zazwyczaj polega konsultacja lub wizyta?

Wywiad z pacjentem;
Badanie kliniczne;
Możliwe, że na receptę.

Co jeszcze obejmuje konsultacja lub wizyta?

Metody diagnostyczne takie jak: pomiar ciśnienia krwi, rozmazy; badania krwi; badania moczu;
zastrzyki; szczepienia;
opatrunki; wystawienie
zaświadczenia; opłaty
związane z wizytą u lekarza
oraz koszty dojazdu lekarza.

Ponowne konsultacje mogą nie zostać zwrócone, jeśli lekarz dokona ich przeglądu, jeżeli uzna je za nieuzasadnione lub niepotrzebne.

1.1. I... ILE ?

Opłaty	Stopa spłaty	Sufit ¹	Stawka w przypadku rozpoznanej poważnej choroby
Internista	85%	35 €	100%
Specjalista	85%	50 €	100%
Wizyty pilne, w nocy, w weekendy i święta	85%	---	100%
Konsultacja z lekarzem prowadzącym przez telefon, pocztę, e-mail	85% 10 € 85% 150 €		10 euro
Autorytet medyczny			100%

Dla Twojej

informacji: Kim jest ekspert medyczny? To uznany na całym świecie specjalista w danej dziedzinie, który kieruje zespołem badawczym i jest autorem publikacji. Zwrot kosztów jest jednak ograniczony do dwóch wizyt rocznie w przypadku tego samego schorzenia i wyłącznie po uzyskaniu uprzedniej zgody.

1.2. NIE PODLEGAJĄ ZWROTOWI

• Konsultacje online; • Opłaty za wizyty nieobecne przez pacjenta; • Opłaty za wysyłkę dokumentacji medycznej rozliczane osobno; • Konsultacje, badania lub zabiegi wykonywane w celach administracyjnych lub innych

terapeutyczne, takie jak:

o ekspertyza sądowa; o egzamin w kontekście ubezpieczeń; o egzamin sprawdzający kwalifikacje zawodowe lub w celu uzyskania licencji pilota;
o badanie przeprowadzane w ramach medycyny pracy (badanie wstępne lub coroczna wizyta lekarska, ewentualnie refundowane przez Służbę Medyczną, a nie przez RCAM).

¹ Pułapy dla Belgii. W stosownych przypadkach stosuje się współczynnik równości, gdy usługi są świadczone w innym państwie członkowskim.

Zobacz sekcję „W skrócie”...

2. HOSPITALIZACJE I ZABIEGI CHIRURGICZNE

Hospitalizacje definiuje się jako pobyt w szpitalu lub klinice w następujących celach:

- do leczenia schorzeń lub zabiegów chirurgicznych, a także porodu, w tym jednodniowego pobytu w szpitalu; do rehabilitacji lub reedukacji funkcjonalnej po chorobie lub urazie
- interwencja uniemożliwiająca funkcjonowanie; w leczeniu zaburzeń psychicznych; w opiece paliatywnej.

2.1. WCZEŚNIEJSZA AUTORYZACJA

Wymagana jest uprzednia autoryzacja (wraz z zaświadczeniem lekarskim) w przypadku pobytów: trwających dłużej niż 6 miesięcy;

- mających na celu przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej (np. gastroplastyka, korekcja przegrody nosowej, rekonstrukcja piersi);

trwający dłużej niż 12 miesięcy w szpitalu psychiatrycznym; rehabilitacja/reedukacja nie następuje po hospitalizacji lub pobyt trwa dłużej niż 2 miesiące miesiąc ;

w klinice specjalizującej się w badaniach przesiewowych i diagnostyce; rehabilitacja/rehabilitacja nienastępująca po hospitalizacji; oraz w celu wsparcia pacjenta hospitalizowanego.

2.2. LIST AKCEPTACYJNY

Ubezpieczenie pozwala szpitalowi na przesłanie rachunku za hospitalizację bezpośrednio do firmy ubezpieczeniowej w celu dokonania bezpośredniej płatności.

Część kosztów pozostałych (czasami wysokich, szczególnie w krajach, w których leki są drogie, takich jak USA, Kanada, Szwajcaria i Norwegia), które musisz pokryć po ustaleniu ceny, jest co do zasady odliczana od późniejszych zwrotów kosztów, ewentualnie z Twojego wynagrodzenia, emerytury lub innej sumy należnej Ci od instytucji.

Uwaga: Jeśli

masz ubezpieczenie, szpital nie może żądać od Ciebie zapłaty.

depozytu;

o Ubezpieczenie nie jest możliwe dla beneficjentów na zasadzie uzupełniającej,

który powinien skontaktować się ze swoim podstawowym systemem ubezpieczeń;

o jeśli doradca medyczny wydał negatywną opinię po złożeniu wniosku o uprzednią autoryzację, pokrycie kosztów nie zostanie udzielone i nie zostanie zwrócony żaden zwrot kosztów.

Pod pewnymi warunkami możliwe jest również udzielenie zaliczki na spłatę w celu pokrycia znacznych wydatków (wypełnij formularz wniosku o zaliczkę i prześlij go do biura swojego likwidatora).

Zobacz sekcję „Wsparcie i postępy” w sekcji „W skrócie”...

Zobacz sekcję „Aby uzyskać więcej informacji...”

Link do formularza RCAM online

Jeśli hospitalizacja jest nagłym przypadkiem...

Wyjątkowo, o objęcie ubezpieczeniem możesz wystąpić (przez siebie lub w Twoim imieniu), podając swoje dane kontaktowe, numer telefonu pracownika i nazwę szpitala, którego dotyczy wniosek, kierownikowi działu ubezpieczeń w Twoim biurze rozliczeniowym, zostawiając wiadomość na automatycznej sekretarce lub, w przypadku jej braku, wysyłając wiadomość e-mail.

W razie potrzeby PMO skontaktuje się ze szpitalem, w którym przebywasz, w celu przekazania pisma niezbędne wsparcie.

Po hospitalizacji...

Jeśli otrzymałeś wsparcie:

Biuro rozpatrywania roszczeń prześle Ci zestawienie kosztów. Część kosztów, za które odpowiadasz (około 15%), zostanie zazwyczaj potrącona z Twoich przyszłych zwrotów kosztów, ewentualnie z Twojego wynagrodzenia, emerytury lub innej kwoty należnej Ci od instytucji.

Jeśli rachunek za szpital zapłaciłeś sam:

wypełnić wniosek o zwrot kosztów, dołączając: o szczegółową fakturę za świadczone usługi (w oficjalnej nomenklaturze krajowej);
lub, jeśli dotyczy, dowód wpłaty depozytu przy wejściu
Wyślij wszystko do biura swojego likwidatora.

2.3. I... ILE ?

Stawka zwrotu kosztów wynosi 85 % i obejmuje wynagrodzenie chirurga i jego asystentów, a także wynagrodzenie anestezjologa.

Wynosi ona 100% : w

przypadku rozpoznanej poważnej choroby; w
przypadku pobytu na oddziale intensywnej terapii trwającego co najmniej 3 kolejne dni; w
przypadku pobytu w opiece paliatywnej; po
konsultacji z doradcą medycznym, w przypadku kosztów pobytu powyżej 30 kolejnych dni.

Przy 85 % zwrocie, maksymalne kwoty mogą wynosić od 535 do 10 000 euro, w zależności od kategorii zabiegu. Pełną listę zabiegów chirurgicznych z podziałem na kategorie można znaleźć w załączniku I do DGE.

Zobacz sekcję Aby uzyskać więcej informacji...

W przypadku zabiegów chirurgicznych nieujętych na tej liście, a które można uznać za równoważne zabiegom o porównywalnym znaczeniu, koszty zostaną zwrócone po uzyskaniu pozytywnej opinii lekarza prowadzącego.

Opłaty za zakwaterowanie:

Zwrot kosztów ograniczony jest do ceny najtańszego pokoju prywatnego w szpitalu i czasu trwania hospitalizacji, w zależności od jej konieczności. Zwrot zostanie dokonany po przedstawieniu odpowiedniej faktury.

Opłaty za diagnostykę i leczenie:

Stawka zwrotu wynosi 85% lub 100% (w przypadku rozpoznanej poważnej choroby) w przypadku kosztów sali operacyjnej i innych kosztów opieki związanej z interwencją chirurgiczną, a także opłat medycznych, analiz, badań laboratoryjnych i innych urządzeń bezpośrednio związanych z interwencją lub hospitalizacją.

Opłaty

za eskortę:

Wyjątkowo, na podstawie recepty od lekarza prowadzącego i po uzyskaniu wcześniejszej autoryzacji kosztów zakwaterowania członka rodziny towarzyszącego beneficjentowi hospitalizowanemu przed ukończeniem przez niego 14 lat, może zostać przyznany zwrot 85% kosztów (maksymalnie 40 euro dziennie).
urodzin lub beneficjenta wymagającego specjalnej pomocy rodzinnej ze względów medycznych. Zwrot ten dotyczy również kosztów zakwaterowania niemowlęcia, które musi towarzyszyć matce.

2.4. NIE PODLEGAJĄ ZWROTOWI

Zabiegi chirurgii plastycznej uważane za zabiegi czysto kosmetyczne.

3. KORZYŚCI ZWIĄZANE Z UZALEŻNIENIEM

Zwrot kosztów usług związanych z uzależnieniem – takich jak pobyt w placówkach opiekuńczych i koszty opieki pielęgniarstwa – z wyjątkiem pobytów detoksykacyjnych, zależy od stopnia uzależnienia. Stopień ten ustala lekarz prowadzący na podstawie dwóch kwestionariuszy.

Tylko stopnie od 1 do 4 mogą stanowić podstawę do zwrotu (patrz rozdział 3 tytułu II DGE).

Zobacz sekcję Aby uzyskać więcej informacji...

We wszystkich przypadkach do wniosku o wydanie zezwolenia wstępnego należy dołączyć:
orzeczenie lekarskiego uzasadniającego potrzebę pobytu w placówce i określającego
charakter opieki;
dwóch kwestionariuszy dotyczących stanu zależności wypełnionych przez lekarza prowadzącego.
Następnie wyślij te dokumenty do biura swojego likwidatora pocztą lub skorzystaj z systemu RCAM online.

3.1. POBYTY CIĄGŁE LUB DŁUGOTERMINOWE

3.1.1. Obiekty wypoczynkowe i opiekuńcze

Autoryzacja jest ważna przez okres 12 miesięcy (z możliwością przedłużenia).

W przypadku kosztów zakwaterowania stawka zwrotu wynosi 85% lub 100% (poważna choroba).
(uznane) z limitem 36 €/dzień.

Jeżeli rachunek jest jednopozycyjny i nie pozwala na rozróżnienie kosztów opieki i kosztów pobytu, górna granica wyniesie 36 euro, a podział kosztów (opieki lub pobytu) będzie zależał od stopnia zależności.

3.1.2. Dom opieki psychiatrycznej

Pobyt i opieka podlegają zwrotowi w wysokości 85% lub 100% (w przypadku rozpoznania poważnej choroby).
Upoważnienie może zostać odnowione po przedstawieniu szczegółowego raportu od lekarza prowadzącego w terminach ustalonych przez urząd likwidacyjny.

3.1.3. Placówka rehabilitacji funkcjonalnej lub reedukacji i szpital psychiatryczny

Procedury zwrotu pozostają bez zmian. Jednak w przypadku rozliczeń ryczałtowych, alokacja ryczałtowa jest dokonywana zgodnie z 1. poziomem zależności.

3.1.4. Centrum dzienne

Pobyt w ciągu dnia wyłącznie w ośrodku opieki i wypoczynku dla osób starszych lub w dziennym ośrodku neurologicznym lub psychiatrycznym: koszty pobytu i opieki są zwracane na takich samych warunkach jak w przypadku stałego pobytu w ośrodku opieki i wypoczynku, z limitem 18 euro dziennie na koszty pobytu.

Uczęszczanie do placówek medyczno-edukacyjnych: tylko opieka
podlega zwrotowi.

3.1.5. Ośrodek detoksykacyjny poza szpitalem

Pobyt i opieka są refundowane wyłącznie w wysokości 85% z limitem
36 €/dzień kosztów zakwaterowania.

W przypadku rozliczeń globalnych, przydział ryczałtowy dokonywany jest według poziomu zależności 1, a zwrot kosztów ograniczony jest do 6-miesięcznego pobytu w okresie 12 miesięcy.

3.2. OPIEKUN

= „Pielęgniarstwo” w domu pacjenta kilka razy dziennie, a nawet w ciągu dnia i/lub nocy. Opiekunowie muszą posiadać uprawnienia do wykonywania tego zawodu.

Wniosek o autoryzację wstępną należy złożyć wraz z obydwoma formularzami. ocena stopnia uzależnienia wypełniony przez lekarza wraz z raportem medycznym określające czas trwania usługi, charakter i częstotliwość świadczonej opieki. Należy również przedstawić dowód istnienia stosunku umownego z opiekunem.

3.2.1. ZWROT

Aby ubiegać się o zwrot kosztów opieki, należy przedstawić następujące dokumenty: miesięczny kalendarz faktur zgodnie z przepisami krajowymi oraz, w stosownych przypadkach, dowód składek na ubezpieczenie społeczne zgodnie z przepisami krajowymi.

Zwrot kosztów wynosi 80% lub 100% (w przypadku rozpoznanej poważnej choroby).

Tymczasowe usługi opieki domowej (maksymalnie 60 dni): 80% zwrotu kosztów z limitem 72 euro dziennie lub w wysokości 100% (uznana poważna choroba) z limitem 90 euro.

Usługi opieki długoterminowej w domu: zwrot kosztów uzależniony jest od stopnia zależność.

Usługi świadczone w szpitalach: nie podlegają zwrotowi, z wyjątkiem placówek publicznych, w których infrastruktura ochrony zdrowia jest niewystarczająca do zapewnienia rutynowej opieki.

W tym przypadku koszty opieki nad dzieckiem poniesione na podstawie recepty wystawionej przez lekarza prowadzącego są refundowane w 80% po uzyskaniu wcześniejszej zgody, z limitem 60 euro/dzień, lub w 100% z limitem 75 euro/dzień.

3.2.2. NIE PODLEGAJĄ ZWROTOWI

Koszty podróży, zakwaterowania i wyżywienia oraz wszelkie inne wydatki akcesoria dla opiekunów;

Nadzór osoby dorosłej nad chorym dzieckiem w domu, ze względu na nieobecność rodzice (skonsultuj się z opieką społeczną w celu uzyskania wsparcia dla rodziny).

Zobacz sekcję Więcej informacji...

4. PRODUKTY FARMACEUTYCZNE

Aby jakiegokolwiek produkt farmaceutyczny (lek, preparat przygotowany przez farmaceutę lub preparat homeopatyczny) podlegać refundacji, musi zostać przepisany przez lekarza i nie może przekraczać zalecanej dawki terapeutycznej.

4.1. ABY UZYSKAĆ ZWROT PIENIĘDZY

Zwrot kosztów następuje po przedstawieniu paragonów lub faktur zawierających następujące informacje:

imię i nazwisko lekarza wystawiającego receptę;
imię i nazwisko pacjenta; nazwę
przepisanego leku lub, w przypadku leku generycznego, nazwę wydanego produktu lub skład preparatu w przypadku recepty
złożonej (numer preparatu nie jest wystarczający); cenę każdego produktu; pełną cenę, a w przypadku osób
posiadających ubezpieczenie dodatkowe cenę faktycznie
zapłaconą;

data wydania leku; pieczętka i podpis farmaceuty.

Informacje te są również niezbędne przy odnawianiu recepty.

Wskazówka:

Lista głównych produktów refundowanych i nierefundowanych jest regularnie aktualizowana. Produkty, których nie ma na tej liście, mogą zostać zrefundowane po uzyskaniu zgody lekarza.

[Zobacz sekcję Aby uzyskać więcej informacji...](#)

Produkty wymagające wcześniejszej autoryzacji (wraz z raportem lekarskim) w celu uzyskania zwrotu kosztów: produkty odchudzające; hormonalne kuracje

przeciwstarzeniowe; hormony
wzrostu; produkty stosowane w leczeniu zaburzeń erekcji
spowodowanych operacją prostaty,
wypadkiem lub rozpoznaną poważną chorobą (limit 400 euro rocznie); narkotyki w trakcie programu detoksykacyjnego (100%
przez 6 miesięcy); produkty farmaceutyczne stosowane poza ich uznanym wskazaniem medycznym;

Produkty dietetyczne i higieniczne niezbędne do przeżycia.

4.2. I... ILE ?

W większości przypadków stawka zwrotu wynosi 85% lub 100% (w przypadku rozpoznanych poważnych chorób). Inne stawki obowiązują w przypadku następujących produktów:

narkotyki w trakcie leczenia odwykowego (100%, pod pewnymi warunkami); dieta (85% lub
100% przy 40% kosztów); detoksykacja tytoniowa (200 €, jednorazowo,
z powodzeniem lub bez).

[Zobacz sekcję Aby uzyskać więcej informacji...](#)

4.3. NIE PODLEGAJĄ ZWROTOWI

Produkty kosmetyczne, higieniczne, estetyczne, dietetyczne lub zapewniające komfort, z wyjątkiem:
wyjątki;
wina i likiery tonizujące, produkty do terapii organicznej, pierwiastki śladowe, które nie zawierają
Ich skuteczność nie została udowodniona.

5. OPIEKA I LECZENIE STOMATOLOGICZNE

5.1. ABY OTRZYMAĆ ZWROT I... ILE ?

Opieka profilaktyczna i leczenie

Aby uzyskać zwrot kosztów, złóż wniosek o zwrot kosztów i prześlij go do biura swojego likwidatora.

80% zwrotu kosztów rutynowej profilaktyki jamy ustnej, radiologii, opieki i ekstrakcji (maksymalnie 750 euro rocznie).

100% zwrotu kosztów (do 1500 euro): w przypadku niektórych poważnych chorób rozpoznany.

W przypadku następujących zabiegów wymagana jest uprzednia autoryzacja wydana przez urząd likwidacyjny po przedstawieniu _____ szczegółowego kosztorysu i konsultacji z doradcą stomatologicznym:

Periodontologia: Zwrot w wysokości 80% (maksymalnie 350 euro za sekstant, tj. maksymalnie 2100 euro łącznie za usta w okresie 16 lat).

Ortodoncja: Zwrot 80% kosztów (do maksymalnej kwoty 3300 euro). Leczenie musi rozpocząć się przed ukończeniem 18. roku życia (z wyjątkiem przypadków rozpoznanej poważnej choroby). Ponowna kuracja jest możliwa pod pewnymi warunkami.

Okluzodoncja: refundacja 80% (maksymalnie 450 euro). Zabieg refundowany jest tylko raz.

Protezy zębowe: Zwrot w wysokości 80% (różne limity dla każdego rodzaju usługi).
Odnowienie protezy podlega zwrotowi tylko raz na 6 lat (z wyjątkiem przypadków urazu lub rozpoznanej poważnej choroby, wówczas po konsultacji ze stomatologiem, przedstawieniu uzasadnienia medycznego i wyceny).

Implantologia: Zwrot kosztów w wysokości 80% (maksymalnie 550 euro za implant). Zwrot kosztów jest ograniczony do 4 implantów na szczękę, tj. maksymalnie 8 implantów na beneficjenta w ciągu całego jego życia.

W przypadku rozpoznanej poważnej choroby dotyczącej jamy ustnej, stawka zwrotu kosztów tych zabiegów wzrasta do 100% (maksymalnie do dwukrotności pułapu przewidzianego dla każdej usługi) po uzyskaniu wspólnej opinii lekarza konsultującego i stomatologa konsultującego.

Do wiadomości:

W przypadku usług wymagających wcześniejszej autoryzacji, z wyjątkiem sytuacji awaryjnych lub siły wyższej, należy korzystać z oficjalnych wycen RCAM.

5.2. NIE PODLEGAJĄ ZWROTOWI

Koszty zabiegów kosmetycznych:

wybielanie zębów; systematyczna
wymiana wypełnień amalgamatowych ze srebra; licówki na nieuszkodzonych
siekaczach; wkłady,...

6. ANALIZY I BADANIA MEDYCZNE

= Obrazowanie medyczne, analizy, badania laboratoryjne i inne metody diagnostyczne.

6.1. ABY UZYSKAĆ ZWROT PIENIĘDZY

Wypełnij wniosek o zwrot kosztów; Dołącz fakturę ze
szczegółowym opisem świadczonych usług (oficjalna nomenklatura krajowa);
Zwróć wszystko do biura swojego likwidatora.

Niektóre metody diagnostyczne wymagają uprzedniej autoryzacji. Dotyczy to: analiz przeprowadzanych w kontekście: o
medycyny przeciwstarzeniowej; o badań wielohormonalnych;
o alergii i nietolerancji pokarmowych; o
testów genetycznych (innych niż w celu
wykrycia konkretnej choroby).

nowe techniki badań, analiz i obrazowania medycznego, których koszty nie kwalifikują się do refundacji w co najmniej jednym
państwie członkowskim Unii Europejskiej.

6.2. I... ILE ?

Stopa zwrotu kosztów wynosi 85% lub 100% (w przypadku rozpoznanej poważnej choroby).

Do Państwa

wiadomości: Pełna lista wszystkich refundowanych i nierefundowanych metod diagnostycznych jest regularnie aktualizowana.
Zobacz sekcję „Więcej informacji...”

6.3. NIE PODLEGAJĄ ZWROTOWI

Analizy przeprowadzane w ramach:
o pomiar „stresu oksydacyjnego”; o mikroodżywianie; o
testy flokulacji.

Koszty związane z analizami i badaniami, które są uznawane za нефunkcjonalne
i/lub nie jest konieczne po konsultacji z komisją lekarską.

7. CIĄŻA, PORÓD I NIEPŁODNOŚĆ

7.1. CIĄŻA

= okres między zapłodnieniem a porodem.

7.1.1. ABY OTRZYMAĆ ZWROT I... ILE ?

Konsultacje, zabiegi i wszelkie inne badania oraz usługi świadczone przez lekarzy, położne, fizjoterapeutów i/lub innych pracowników służby zdrowia są refundowane zgodnie z postanowieniami dotyczącymi każdej usługi.

Stawka zwrotu wynosi: 85% wszystkich kosztów

konsultacji/wizyt lekarskich.

80% zniżki na sesje indywidualne (maksymalnie 25 €/sesja) lub sesje grupowe

(Maksymalnie 15 EUR/sesja) – przygotowanie do porodu, prowadzone przez fizjoterapeutę lub położną, na zlecenie lekarza. Sesje te nie wliczają się do maksymalnej liczby sesji fizjoterapii ogólnej.

7.1.2. NIE PODLEGAJĄ ZWROTOWI

Sesje haptonomii i sesje pływania prenatalnego; Opłaty za dostępność lekarzy/specjalistów.

7.2. PORÓD

= każde urodzenie po 22 tygodniu ciąży.

Od lipca 2013 r. w 8 państwach członkowskich obowiązują progi nadmiernych kosztów porodu. W rezultacie maksymalna kwota zwrotu (pobyt, opłaty itp.) wynosi 7171 euro w Belgii, 9591 euro we Włoszech, 5446 euro w Niemczech, 6203 euro w Hiszpanii, 6616 euro we Francji, 7246 euro w Luksemburgu, 6466 euro w Holandii i 16 713 euro w Wielkiej Brytanii.

7.2.1. ABY OTRZYMAĆ ZWROT I... ILE ?

7.2.1.1. W warunkach szpitalnych

Stawka zwrotu wynosi 100% dla: honorariów lekarzy

odbierających poród; honorariów położnych i anestezjologów, opłat za salę porodową,

opłat za pomoc fizjoterapeutyczną podczas porodu oraz innych opłat związanych z usługami bezpośrednio związanymi z porodem; kosztów pobytu w szpitalu i opieki nad matką i dzieckiem przez maksymalnie 10 dni lub przez cały czas hospitalizacji w przypadku powikłań medycznych bezpośrednio związanych z porodem. Jeśli pobyt

przekracza 10 dni – bez powikłań – stawka wynosi 85% ; kosztów pobytu w szpitalu i opieki nad dzieckiem na oddziale neonatologicznym.

Uwaga :

Dokonując rezerwacji pamiętaj, że zwrot kosztów ograniczony jest do ceny najtańszego pokoju jednoosobowego w szpitalu.

Po porodzie...

Jeśli sam zapłaciłeś rachunek szpitalny lub dodatkowe rachunki

Wypełnij wniosek o zwrot kosztów i załącz szczegółową fakturę za wykonane usługi (w oficjalnej nomenklaturze krajowej). Prześlij ją do swojego biura rozpatrywania reklamacji.

7.2.1.2. W domu

100% zwrotu kosztów (za 10 dni) usług lekarza, położnej i innych pracowników pomocy medycznej (z wyjątkiem pomocy rodziny).

7.2.1.3. W ośrodku położniczym lub w zatwierdzonym ośrodku niebędącym szpitalem

Wypełnij wniosek o zwrot kosztów, dołącz szczegółową fakturę za świadczone usługi i wyślij ją do swojego biura rozpatrującego roszczenia.

100% zwrotu kosztów (za 10 dni) usług lekarza, położnej i innych pracowników pomocy medycznej (z wyjątkiem pomocy rodziny).

Dodatkowe koszty związane z monitoringiem i pobytem w ośrodku położniczym są zwracane maksymalnie przez okres 24 godzin od porodu.

W przypadku powikłań medycznych u matki i/lub dziecka bezpośrednio związanych z porodem, zakres ochrony rozszerza się po konsultacji z doradcą medycznym. Jeśli powikłania te spowodują hospitalizację, koszty pobytu i opieki są refundowane w 100 %.

Indywidualne sesje fizjoterapii poporodowej, prowadzone przez fizjoterapeutę na podstawie skierowania lekarskiego, podlegają zwrotowi w 80% (maksymalnie 25 euro za sesję) i nie wliczają się do maksymalnej liczby sesji.

7.3. NIEPŁODNOŚĆ

Bez względu na to, czy chodzi o mężczyznę czy kobietę, niepłodność musi wynikać z problemu patologicznego u partnera, jego małżonka lub partnera.

Wymagane jest wcześniejsze uzyskanie autoryzacji wraz z raportem lekarskim.

Koszty leczenia niepłodności będą refundowane:

Zapłodnienie in vitro:

- o maksymalnie 5 prób na dziecko;
- o Leczenie musi rozpocząć się przed 45. urodzinami matki.

Leczenie niepłodności męskiej: niepłodność nie może być wynikiem sterylizacji
wcześniejsze dobrowolne działanie.

W przypadku zapłodnienia in vitro:

Zwrot wszelkich kosztów przedimplantacyjnej diagnostyki genetycznej zarodka oraz donacji komórek jajowych podlega warunkom i wymaga wcześniejszej autoryzacji.

8. RÓŻNE ZABIEGI MEDYCZNE I TERAPEUTYCZNE

Należą do nich m.in.: fizjoterapia, osteopatia, terapia podcierwienią, terapia ultradźwiękowa, terapia aerozolowa, akupunktura, terapia mowy, psychoterapia, terapia psychomotoryczna, patologia mowy/języka, podiatria...

8.1. ABY UZYSKAĆ ZWROT PIENIĘDZY

Zabiegi medyczne muszą być: przepisane przez lekarza; w razie potrzeby podlegać wcześniejszej autoryzacji; wykonywane przez świadczeniodawców (psychologa, fizjoterapeutę, osteopatę, akupunkturzystę itp.), którzy posiadają kwalifikacje zawodowe i uprawnienia prawne do wykonywania zawodu lekarza lub paramedyka, lub przez placówki medyczne lub paramedyczne należące zatwierdzone przez właściwe organy.

W Belgii zarejestrowani w [Komisji Psychologów](#) są wyłącznie psychologowie. Są uznawani za osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania tego zawodu. Jednak w innych krajach, oprócz psychologów, również psychoterapeuci posiadają kwalifikacje i są prawnie uznawani, a ich sesje są refundowane.

Recepty lekarskie muszą: zostać wystawione przed rozpoczęciem leczenia; być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy temu; zawierać imię i nazwisko pacjenta; powód leczenia; rodzaj leczenia i liczbę sesji.

Dokumenty potwierdzające muszą być zgodne z przepisami kraju, w którym usługa została zrealizowana.

8.2. I... ILE ?

Koszty leczenia są refundowane w wysokości 80 %, w ramach limitów ustalonych dla każdej usługi, oraz w wysokości 100% w przypadku rozpoznanej poważnej choroby, chociaż w przypadku niektórych rodzajów leczenia obowiązuje limit. W szczególności zwrot kosztów jest ograniczony do standardowego limitu, podwojonego w przypadku leczenia terapeutycznego poważnej choroby.

Dla każdego zabiegu obowiązuje maksymalna liczba sesji podlegających zwrotowi kosztów w roku kalendarzowym. O ile nie zaznaczono inaczej, większa liczba sesji może zostać zwrócona po uprzedniej autoryzacji w przypadku rozpoznanej poważnej choroby, rehabilitacji pooperacyjnej lub pourazowej lub ograniczonej sprawności ruchowej.

Zobacz poniżej punkt 8.4. Tabela różnych zabiegów

8.3. NIE PODLEGAJĄ ZWROTOWI

Zabiegi estetyczne; Karnety na basen; Opłaty rejestracyjne w klubach sportowych i fitness.

8.4. TABELA RÓŻNYCH ZABIEGÓW

PM = recepta lekarska

AP = wcześniejsza autoryzacja

A. LECZENIA WYMAGAJĄCE RECEPTY LEKARSKIEJ						
	Rodzaj leczenia/usług PM AP			Maksymalna liczba sesji w roku (12 miesięcy)	Pułap 80% (€)	Uwagi
	Terapia aerosolowa A1	X		30	--	
	A2 Konsultacja z dietetykiem	X		10	25	
	A3 Fizjoterapia, fizjoterapia i podobne zabiegi ²	X		60	25	
	Pedicure medyczny A4	X		12	25	

B. ZABIEGI, KTÓRE MUSZĄ BYĆ WYKONYWANE PRZEZ LEKARZA LUB W SZPITALU						
	Rodzaj leczenia/usług PM AP			Maksymalna liczba sesji w roku / (12 miesięcy)	Pułap 80% (€)	Uwagi
	B1 Akupunktura	X		30	25	Wykonywane przez usługodawcę posiadającego uprawnienia prawne do wystawiania tego typu dokumentów
	Mezoterapia B2	X	X	30	45	- Wykonywane przez lekarza lub w szpitalu (honoraria lekarza wliczone w limit 45 euro za sesję) - Nie można przyznać większej liczby sesji w ciągu roku.
	B3 Promienie ultrafioletowe	X	X		35	

² Podobne zabiegi: masaże lecznicze, gimnastyka lecznicza, mobilizacja, rehabilitacja, mechanoterapia, trakcja, kąpiele borowinowe (fango), hydromasaż, hydroterapia, elektroterapia, prądy diadynamiczne, radar, jonizacja, fale krótkie, prądy specjalne, promienie podczerwone, ultradźwięki, itp.

C. LECZENIA WYMAGAJĄCE RECEPTY I KTÓRE W NIEKTÓRYCH PRZYPADKACH PODLEGAJĄ WCZEŚNIEJSZA AUTORYZACJA						
	Rodzaj leczenia/usług PM AP			Maksymalna liczba sesji w roku / (12 miesięcy)	Pułap 80% (€)	Uwagi
C1	Przeprowadzono pełną ocenę/badanie psychologiczne przez jednego uczestnika	X			150	
C2	Chiropraktyka/Osteopatia	X		24	40	Wyższa liczba Liczba sesji w roku może być przyznana wyłącznie na zasadzie AP. Zabiegi osteopatyczne czaszkowe, energetyczne i trzewne, a także mikroosteopatia nie podlegają zwrotowi kosztów.
	Osoby w wieku 12 lat i starsze	X	X	24		
	Dzieci poniżej 12 lat	X				
C3	Terapia logopedyczna (opis medyczny sporządzony przez lekarza laryngologa lub neurologa)				35	Poważne zaburzenia neurologiczne: przekroczenie 180 sesji wymaga wcześniejszej autoryzacji. Zainteresowany : - dzieci z ciężką głuchotą lub schorzeniami neurologicznymi - dorośli cierpiący na schorzenia neurologiczne lub kraniowe
	Dzieci do lat 12 włącznie	X		180 na jeden lub kilka lat		
	Dzieci w wieku od 13 do 18 lat	X	X	30 za cały zabieg		
	• Osoby powyżej 18 roku życia	X	X			
	Ocena logopedyczna				40	
C4	Umiejętności psychomotoryczne, umiejętności grafomotoryczne	X		60	35	
C5	Psychoterapia	X		30 wszystkie rodzaje sesji wliczone w cenę	60 90 25	• Sesja indywidualna Sesja rodzinna • Sesja grupowa Zwiększenie maksymalnej liczby sesji w roku może nastąpić na podstawie AP o Recepta wystawiona przez psychiatrę, neuropsychiatrę lub neurologa Pierwsze 10 sesji może zalecić lekarz rodzinny. o Dla dzieci poniżej 15 roku życia receptę może wystawić pediatra
	Wykonano					
	• przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, neuropsychiatrii lub neurologii					
	• przez psychologa lub psychoterapeutę	X	X			

D. ZABIEGI ZAWSZE WYMAGAJĄ UPRZEDNIEJ AUTORYZACJI						
	Rodzaj leczenia/usług PM AP			Numer maksymalna liczba sesji w roku (12 miesięcy)	Sufit 80% (€)	Uwagi
	Ocena neuropsychologiczna D1 multidyscyplinarny	X	X		600	Na podstawie raportu medycznego od neurologa dziecięcego lub psychiatry
	Komora hiperbaryczna D2	X	X		--	
	Drenaż limfatyczny D3	X	X	20/12 miesięcy	25	W przypadku poważnej choroby uznane, bez ograniczeń co do ilości sesji lub pułapu.
	Endermologia D4 w celach nieestetycznych	X	X	5/12 miesięcy	--	Leczenie nieestetycznych blizn
	Depilacja D5	X	X		Maksymalna kwota równoważna podlegająca zwrotowi interwencja chirurgiczny - Kat. A1 - Kat. A2	Tylko w przypadkach patologicznego nadmiernego owłosienia twarzy - Kat.A1 w ograniczonych przypadkach - Kat.A2 dla przypadków rozszerzonych
	D6 Terapia zajęciowa	X	X	--	--	
	Laser D7 : Zabieg laserowy lub Terapia fotodynamiczna w dermatologii	X	X	20	--	
	Ortoptyka D8	X	X	20/12 miesięcy	35	Recepta od okulisty wskazująca tożsamość ortoptysty
	D9 Rehabilitacja funkcjonalna wielodyscyplinarna opieka ambulatoryjna w warunkach szpitalnych.	X	X	--	--	
	Rehabilitacja urządzenia D10 MDX, zabiegi metodą "Davida Backa" Klinika lub szkoła tylna	X	X	24 odnawialne w zasadzie raz	40	
	D11 Terapia falą uderzeniową w reumatologii	X	X	--	--	
	D12 Jakiegokolwiek inne nieleczenie określony	X	X	--	--	Uwaga: Nadmiar jest określany w zależności od przypadku

9. POMOCNICZE ŚRODKI MEDYCZNE

Koszty usług świadczonych przez personel pielęgniarski podlegają zwrotowi w 80% lub 100% w przypadku rozpoznanej poważnej choroby, pod warunkiem, że usługi te zostały zalecone przez lekarza i wykonane przez osobę posiadającą uprawnienia do wykonywania zawodu.

W przypadku usług dodatkowych, oprócz tych świadczonych przez opiekuna, wymagana jest wcześniejsza autoryzacja.

NIEZWRACALNE

Koszty podróży usługodawcy.

10. OPIEKA REKWALESCENCYJNA I POOPERACYJNA

Dwa warunki refundacji kosztów leczenia (automatycznie po uzyskaniu uprzedniej autoryzacji): leczenie musi być

przeprowadzone pod nadzorem lekarza w ośrodku rekonwalescencyjnym, dysponującym odpowiednią infrastrukturą medyczną i paramedyczną; leczenie musi się rozpocząć w ciągu 3 miesięcy od zabiegu operacyjnego lub choroby, na którą zostało przepisane, chyba że w załączonym do recepty raporcie medycznym zaakceptowanym przez lekarza kwalifikującego do leczenia znajdują się należycie uzasadnione przeciwwskazania medyczne.

Zezwolenie na leczenie może zostać przedłużone w przypadku nawrotu choroby lub wystąpienia nowej choroby.

10.1. ZWROT... ILE ?

Koszty zakwaterowania: zwracane w 80% (maksymalnie 36 EUR/dzień) przez maksymalnie 28 dni w roku lub w 100% (maksymalnie 45 EUR/dzień).

Koszty leczenia: zwracane osobno, zgodnie z postanowieniami zawartymi w ogólnych przepisach wykonawczych.

Koszty wsparcia: wyjątkowo zwracane w wysokości 85% (maksymalnie

40 €/dzień), na podstawie recepty lekarskiej i po uzyskaniu wcześniejszej zgody, w następujących przypadkach:

dla członka rodziny, który towarzyszy w pokoju lub w

w lokalu placówki leczniczej, beneficjent, który poddaje się leczeniu przed ukończeniem 14. roku życia urodzin lub która wymaga szczególnej pomocy, biorąc pod uwagę stan zdrowia lub inną medycznie uzasadnioną konieczność;

na pokrycie kosztów pobytu dziecka w okresie karmienia piersią, które muszą

towarzyszenie matce podczas zabiegów w spa.

W pozostałych przypadkach koszty towarzyszenia nie podlegają zwrotowi.

10.2. NIE PODLEGA ZWROTOWI

Koszty podróży.

11. ZABIEG SPA

= pobyt trwający od 10 do 21 dni w wyspecjalizowanej placówce, zapewniającej opiekę pod nadzorem lekarza, z użyciem wody pobranej u źródła, zanim utraci określone właściwości, lub w specjalistycznych ośrodkach paramedycznych zatwierdzonych przez krajowe organy ds. zdrowia.

Kuracja musi obejmować co najmniej 2 odpowiednie zabiegi dziennie i nie może być przerywana, chyba że lekarz prowadzący przedstawi zaświadczenie uzasadniające przerwanie z powodów zdrowotnych lub z powodu ważnej sprawy rodzinnej (śmierć, rozpoznana poważna choroba członka rodziny itp.).

Upoważnienie do leczenia ogranicza się do:

1 zabieg rocznie, maksymalnie 8 zabiegów w ciągu całego życia, w przypadku następujących patologii następujący:

o reumatyzm i następstwa urazów kostno-stawowych; o flebologia i choroby sercowo-naczyniowe; o neurologia; o choroby układu pokarmowego, jego przydatków i choroby metaboliczne; o ginekologia i choroby układu moczowo-nerkowego; o dermatologia i stomatologia; o układ oddechowy.

1 cykl leczenia rocznie, pod warunkiem, że jest on przeprowadzany w ramach leczenia rozpoznanej poważnej choroby lub w przypadku ciężkiej łuszczycy, która nie reaguje na inne metody leczenia klasyka.

Uwaga :

Autoryzacja zostanie udzielona wyłącznie, jeżeli:

Lekarz uzna, że kuracja termiczna jest konieczna;
stosowałeś zalecone leczenie w ciągu roku i okazało się ono niewystarczające;

Leczenie ma udowodnioną wartość terapeutyczną.

11.1. ABY UZYSKAĆ ZWROT PIENIĘDZY

Przed zabiegiem...

Co najmniej 6 tygodni przed datą zabiegu należy złożyć wniosek o uprzednią autoryzację, zawierający następujące dokumenty:

- o Recepta od lekarza prowadzącego, niezależnego od ośrodka leczenia; o Szczegółowy raport medyczny, wystawiony w ciągu ostatnich 3 miesięcy, określający:
 - historia choroby pacjenta i szczegóły leczenia stosowanego w ciągu roku w związku z patologią wymagającą leczenia;
 - czas trwania leczenia, charakter zabiegów termicznych, które mają być stosowane, oraz rodzaj ośrodka termalnego zatwierdzonego w odniesieniu do danej patologii;
- o w stosownych przypadkach, skierowanie lekarskie uzasadniające towarzyszenie.

Po leczeniu...

Jeżeli udzielono uprzedniej zgody :

Wypełnij wniosek o zwrot pieniędzy i dołącz: o szczegółową fakturę zapłaconą;

Wyślij wszystko do biura swojego

likwidatora.

Jeżeli nie została udzielona uprzednia autoryzacja, zwrot kosztów leczenia jest nadal możliwy: wypełnij wniosek o zwrot

kosztów i dołącz:

o oryginał recepty od lekarza prowadzącego, niezależnego od ośrodka leczenia, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy temu i zawierającej rozpoznanie, liczbę i rodzaj zabiegów;

o szczegółową fakturę zgodną z receptą lekarską, wskazującą daty, ilość sesji i cena leczenia.

Wyślij wszystko do biura swojego likwidatora.

11.2. I... ILE ?

Koszty leczenia i monitorowania: 80% (maksymalny limit 64 EUR/dzień) lub 100%

(specjalny ogólny pułap 80 euro/dzień) w przypadku rozpoznanej poważnej choroby.

Koszt wsparcia: 85% (maksymalnie 40 €/dzień), na podstawie recepty lekarskiej i po uzyskaniu uprzedniej autoryzacji, w następujących przypadkach:

dla członka rodziny, który towarzyszy w pokoju lub na terenie placówki leczniczej dziecku, które poddaje się leczeniu przed ukończeniem 14 roku życia lub które ze względu na stan zdrowia lub inną medycznie uzasadnioną konieczność wymaga szczególnej opieki.

na koszty pobytu dziecka w okresie karmienia piersią, które muszą towarzyszyć jego matce w trakcie leczenia.

11.3. NIE PODLEGĄ ZWROTOWI

Zabiegi talasoterapii i fitnessu; koszty podróży; koszty zakwaterowania i wyżywienia;

koszty dodatkowe związane z opieką;

zabiegi takie jak: o kąpiele

morskie, kąpiele w jeziorach, kąpiele piaskowe, sauna, solarium,...

12. OKULARY

Zwrot: corocznie dla osób do

ukończenia 18 roku życia ;

co 2 lata dla osób powyżej 18 roku życia;

część, po zmianie dioptrii lub osi widzenia o co najmniej 0,50, potwierdzonej przez okulistę.

Zwrot kosztów okularów obejmuje wyłącznie oprawkę i soczewki korekcyjne, bez względu na ich właściwości:

2 pary w tym

albo 1 para okularów z soczewkami jednoogniskowymi do widzenia z bliska i

1 para soczewek jednoogniskowych do widzenia w dali;

albo 1 para okularów z soczewkami wieloogniskowymi lub progresywnymi i

W razie potrzeby 1 para okularów z soczewkami jednoogniskowymi do widzenia blisko lub daleko.

12.1. ABY OTRZYMAĆ ZWROT PIENIĘDZY

Oryginalna faktura musi zawierać: rodzaj widzenia

(do dali, do bliży, wieloogniskowe); parametry soczewek (moc

każdej soczewki korekcyjnej i dioptrii);

cenę soczewek; cenę

oprawki osobno.

12.2. I... ILE ?

Stopa zwrotu wynosi 85% :

na oprawkę (maksymalnie 120 €); na soczewki wg

poniższych kryteriów: _____

	Sufit na jednostkę szklaną (w €)
Zwykłe okulary	
do 4 dioptrii	110
od 4,25 do 6 dioptrii włącznie	140
od 6,25 do 8 dioptrii włącznie	180
powyżej 8,25 dioptrii	300
Soczewki multifokalne/progresywne	350

12.3. NIE PODLEGAJĄ ZWROTOWI

Okulary z soczewkami niekorygującymi;

Okulary przeciwsłoneczne;

Okulary do pracy przy komputerze (ewentualnie refundowane przez Służbę

medycznym, a nie przez RCAM).

13. SOCZEWKI KONTAKTOWE

13.1. ABY UZYSKAĆ ZWROT PIENIĘDZY

Faktura musi zawierać następujące

informacje: o rodzaju widzenia (do dali, do bliży, wieloogniskowe);
o parametrach soczewek (moc i dioptrie); o rodzaju soczewek (jednorazowe lub
konwencjonalne); o cenie soczewek.

13.2. I... ILE ?

Koszty nabycia soczewek kontaktowych korekcyjnych, konwencjonalnych i/lub jednorazowych, a także koszty nabycia produktów z nimi związanych podlegają zwrotowi w wysokości 85% (łącznie limit 500 euro w okresie 24 miesięcy).

Jeśli soczewki kontaktowe zostały zakupione przez Internet, zwrotu pieniędzy można dokonać wyłącznie po przedstawieniu odpowiedniej faktury (patrz „dokumenty potwierdzające”).

14. Aparaty słuchowe

= zakup lub naprawa urządzeń przepisanych przez specjalistę laryngologa lub audiometristę.

14.1. ABY UZYSKAĆ ZWROT PIENIĘDZY

Wypełnij wniosek o zwrot kosztów i dołącz receptę od lekarza laryngologa lub od audiologa i opłaconej faktury.

14.2. I... ILE ?

Zwrot w wysokości 85% (maksymalnie 1500 € za ucho).

Odnowienie jest możliwe co 5 lat, chyba że nastąpi zmiana warunków audiometrycznych.

14.3. NIE PODLEGAJĄ ZWROTOWI

Konserwacja i baterie.

Do wiadomości:

W przypadku poważnego uszkodzenia słuchu lub jeśli urządzenie jest przeznaczone dla osób poniżej 18 roku życia, po uzyskaniu wcześniejszej zgody możliwe jest uzyskanie wyjątku od ograniczeń i terminów odnowienia.

15. WYROBY ORTOPEDYCZNE I INNY SPRZĘT MEDYCZNY

Dla Twojej informacji:

Tabela zawierająca listę rodzajów urządzeń, stawek zwrotu kosztów i maksymalnych limitów.
a także warunki zwrotu można znaleźć w załączniku 2 do tytułu II DGE.

[Zobacz sekcję Aby uzyskać więcej informacji...](#)

NIEZWRACALNE

Stałe koszty adaptacji domu lub pojazdu, akcesoriów automatyki domowej, sprzętu komputerowego, sprzętu do zdalnego monitorowania, mebli niemedycznych, takich jak:
Fotele relaksacyjne i inne podobne przedmioty.

16. KOSZTY TRANSPORTU BENEFICJENTA RCAM

16.1. ABY UZYSKAĆ ZWROT PIENIĘDZY

Przed podróżą...

Wypełnij wniosek o autoryzację wstępną i załącz zaświadczenie lekarskie uzasadniające charakter i konieczność transportu. W przypadku wielu podróży w obie strony, recepta musi określać powody i uzasadniać liczbę niezbędnych podróży.

Decyzja dotycząca warunków uwzględnia m.in. fakt, że opieka nie może być udzielona w miejscu oddelegowania lub zamieszkania beneficjenta i/lub że beneficjent nie jest w stanie korzystać ze środków transportu publicznego lub prywatnego.

Po podróży...

Wypełnij wniosek o zwrot pieniędzy i dołącz następujące dokumenty:

Dokumenty potwierdzające transport (np. opłacone faktury, bilety)
transport/podróżę itp.).

16.2. I... ILE ?

Zwrot w wysokości 80% lub 100% (w przypadku rozpoznania poważnej choroby).

W przypadku niedostarczenia wymaganych dokumentów zwrot kosztów ustala się na poziomie 80% lub 100% ceny biletu kolejowego 1 klasy lub, w stosownych przypadkach, do kwoty 0,22 EUR/km.

Pod uwagę brane jest jedynie pokrycie kosztów środka transportu dostosowanego do sytuacji beneficjenta, do najbliższej placówki lub świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, który jest w stanie zapewnić odpowiednią opiekę medyczną.

16.3. NIE PODLEGAJĄ ZWROTOWI

Koszty transportu: z

powodów rodzinnych, językowych lub osobistych; na konsultację z lekarzem rodzinnym; na leczenie uzdrowiskowe lub rekonwalescencję; na dojazd do pracy
lub z innego powodu nieuznawanego przez biuro rozpatrywania
roszczeń; na repatriację w razie choroby lub wypadku; na ratownictwo górskie, morskie itp.; na transport prywatnym
pojazdem w obrębie
miasta zamieszkania. Z wyjątkiem przypadków intensywnego,
powtarzającego się leczenia, takiego jak radioterapia,
chemioterapia, dializa itp., w których to przypadkach koszty zostaną zwrócone po konsultacji z doradcą medycznym.

Uwaga :

Transport w nagłych wypadkach (na przykład w razie wypadku) podlega zwrotowi kosztów bez uprzedniej autoryzacji. W razie potrzeby lekarz może jednak zostać poproszony o opinię.

Swobodny wybór usługodawcy lub szpitala nie oznacza automatycznie zwrotu kosztów podróży.

17. KOSZTY POGRZEBU

Stały dodatek na koszty pogrzebu wypłacany jest:

dla członka : w przypadku śmierci członka w jego imieniu lub w przypadku śmierci martwego dziecka (trwającego co najmniej 22 tygodnie);
małżonkowi, uznanemu partnerowi, dzieciom lub, w razie ich braku, innej osobie, która przedstawi dowód zapłaty kosztów pogrzebu : w przypadku śmierci członka.

17.1. ABY UZYSKAĆ ZWROT PIENIĘDZY

W przypadku śmierci członka w jego imieniu lub w przypadku urodzenia martwego dziecka, należy przesłać kopię aktu zgonu do biura likwidacyjnego członka.

W przypadku beneficjentów: należy przesłać kopię aktu zgonu do biura likwidatora spółki zależnej.

W przypadku osób trzecich: należy przesłać dowód zapłaty kosztów pogrzebu do biura likwidatora spółki zależnej.

17.2. I... ILE ?

Stała kwota dodatku na koszty pogrzebu wynosi 2350 euro.

18. ŚWIĘTA

Zaleca się, aby:

- Wydrukuj dla siebie i swojej rodziny zaświadczenie o ubezpieczeniu zdrowotnym z naszego ubezpieczenia (za pośrednictwem RCAM online): <https://webgate.ec.testa.eu/RCAM>
- Wydrukuj również wniosek o ubezpieczenie
http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#1d
- i raport o wypadku
http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#4a

Uwaga :

Niektóre szpitale nie przyjmują pacjentów i wymagają natychmiastowej płatności. Dlatego zalecamy wykupienie dodatkowego ubezpieczenia w prywatnej firmie ubezpieczeniowej. Pokryje ono również koszty nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym, takie jak koszty transportu lub repatriacji, a także wszelkie pozostałe wydatki, które mogą Państwo ponieść, szczególnie w krajach o wysokich kosztach opieki zdrowotnej.

WIĘCEJ INFORMACJI...

JĘŚLI MASZ DOSTĘP DO MYINTRACOMM ...

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx

(Dostęp Komisji)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx

(dostęp do innych instytucji i agencji)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>

(dostęp dla emerytów)

RCAM online

Za pomocą hasła ECAS możesz łatwo uzyskać dostęp do RCAM-en-ligne. Możesz śledzić status swojej dokumentacji w ramach Wspólnego Systemu Ubezpieczeń Zdrowotnych (Common Health Insurance Scheme) i na tym etapie składać wnioski o zwrot kosztów oraz wnioski o autoryzację medyczne (wyceny usług stomatologicznych, poważne choroby, uprzednia autoryzacja). Monitoruj postępy w rozpatrywaniu swoich dokumentów za pośrednictwem RCAM-en-ligne po otrzymaniu powiadomienia e-mail lub logując się od czasu do czasu.

<https://webgate.ec.europa.eu/RCAM/>

Formularze papierowe są dostępne w najnowszej wersji: [https://](https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx)

myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx

(Dostęp Komisji)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx

(dostęp do innych instytucji i agencji)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>

(dostęp dla emerytów)

o Wniosek o uprzednią autoryzację; o

Wniosek o zwrot kosztów leczenia; o Wniosek o uznanie

poważnej choroby;

o Wniosek o pokrycie kosztów; o

Wniosek o pokrycie kosztów domu opieki; o Wniosek o zaliczkę na pokrycie

wysokich kosztów leczenia; o Notatka o opłatach za leczenie

stomatologiczne; o Wycena leczenia

stomatologicznego w przypadku wniosku o wcześniejszą autoryzację;

o Wycena leczenia ortodontycznego w przypadku wniosku o wcześniejszą autoryzację.

Potrzebujesz skontaktować się z PMO, znaleźć odpowiedź lub wysłać prośbę? Oto najprostszy sposób:

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>

W PRZECIWNYM RAZIE...



Kontakt z PMO

+(32)2-29.97777

Załączniki

[przykład otrzymanego pedicure](#) 

• [Przykład otrzymany od podologa](#) 

• [Przykład otrzymany od osteopaty](#) 

[przykład otrzymany od psychologa](#) 

[przykładowa faktura Włochy](#) 