



WNIOSEK O PRZEJĘCIE KOSZTÓW OPIEKI W OŚRODKACH REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZYCH LUB PLACÓWCE O PODOBNYM PROFILU

Dla osób objętych ubezpieczeniem podstawowym w ramach JSIS(*)
Zgodnie z przepisami rozdziału 4 części III Ogólnych przepisów wykonawczych

Proszę odesłać do właściwego biura rozliczeniowego wspólnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (JSIS) –
szczególności na odwrocie

Nazwisko i imię członka: Nr identyfikacyjny pracownika /emerytury:.....
Instytucja i miejsce zatrudnienia: adres służbowy:tel.:
W razie korzystania ze świadczeń emerytalnych proszę podać adres domowy:
Data zakończenia okresu zatrudnienia/ data zakończenia kontraktu: (wypełniają pracownicy
kontraktowi lub zatrudnieni na czas określony)

Wniosek o przejęcie kosztów opieki dla¹:

☐ członka systemu ☐ małżonka lub uznanego partnera ☐ dziecka ☐ osoby pozostającej na utrzymaniu członka

Nazwisko i imię: Data urodzenia:

☐ Pacjent przebywający w ośrodku rehabilitacyjno-opiekuńczym lub placówce o podobnym profilu¹ :

Całkowity koszt miesięczny²:
z czego miesięczny koszt opieki:
miesięczne koszty pobytu:

Data rozpoczęcia:

Sygnatura decyzji (zgody) ³ :

NAZWA I ADRES OŚRODKA REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZEGO LUB PLACÓWKI O PODOBNYM PROFILU:

Nazwa:

Adres:

Miasto i państwo:

Nr tel.: Nr faksu:

Adres e-mail:

***Ja, niżej podpisany/a, oświadczam:* ¹⁺⁴**

- ☐ nie posiadam dodatkowego ubezpieczenia uprawniającego do dodatkowego zwrotu kosztów.
☐ otrzymam zwrot w wysokościEUR z dodatkowego ubezpieczenia lub powiadomię o kwocie zwrotu
jak tylko otrzymam informację o jej wysokości.

Uwaga:

**Proszę zwrócić uwagę, iż każda zmiana placówki, w której przebywa pacjent, lub jej
rodzaju wymaga złożenia nowego wniosku o przejęcie kosztów.**

**Zapoznałem/am się z warunkami i obowiązującymi przepisami i zobowiązuję się ich
przestrzegać
(szczególności na odwrocie)**

Data

Podpis wnioskodawcy

☐ Członek¹

☐ Przedstawiciel prawny¹:

Nazwisko i imię:

¹ Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat

² Wymagane jest załączenie kopii faktury

³ Wymagane jest podanie sygnatury uprzedniej zgody

⁴ Informacje wymagane, bez których przejęcie kosztów hospitalizacji nie będzie możliwe

Refundacja – Ośrodki rehabilitacyjno-opiekuńcze – (rozdział 3 części II Ogólnych przepisów wykonawczych)

Do wniosku o wydanie uprzedniej zgody należy dołączyć dokumentację medyczną, uzasadniającą konieczność pobytu w tego rodzaju placówce i precyzującą rodzaj zabiegów, jakich pacjent potrzebuje, a także dwa formularze, [znajdujące się w załączniku do rozdziału 3], dokładnie wypełnione przez lekarza prowadzącego.

Zgoda wydawana jest na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy i może być odnawiana.

Wszelkie koszty leczenia i pobytu są refundowane w wysokości 85 % lub 100 % w przypadku ciężkiej choroby, przy czym maksymalna kwota refundacji wynosi 36 EUR na dzień dla kosztów pobytu.

W przypadku fakturowania łącznego, niepozwalającego oddzielić kosztów leczenia od kosztów pobytu, dokonuje się podziału ryczałtowego w zależności od stopnia niesamodzielnności według stawek podanych w poniższej tabeli:

Stopień niesamodzielnności	Koszty opieki	Koszty pobytu
4	30 %	70 %
3	50 %	50 %
2	60 %	40 %
1	70 %	30 %

W tym przypadku koszty pobytu ograniczone są do takiej samej maksymalnej kwoty 36 EUR dziennie.

Przejęcie kosztów

W przypadku oddzielnego fakturowania kosztów opieki i pobytu, przejęcie kosztów będzie dotyczyć kosztów opieki, a na fakturze, którą będziecie Państwo otrzymywać od ośrodka wyszczególnione zostaną jedynie koszty pobytu.

W przypadku fakturowania łącznego, przejęcie kosztów będzie dotyczyć procentowego udziału kosztów opieki według stawek podanych w powyższej tabeli. Z kolei na fakturze otrzymywanej przez Państwa z ośrodka musi zostać wykazana pełna kwota oraz kwota potrącona ze względu na refundację (przejęcie kosztów), przy czym różnica będzie procentowym (zryczałtowanym) udziałem kosztów pobytu.

Przyjęty przez nas system refundacji w postaci przejęcia kosztów pokrywa również wydatki medyczne, nieuwzględnione w niniejszej ryczałtowej opłacie za opiekę, takie jak konsultacje lekarskie, wyroby farmaceutyczne, analizy i badania oraz koszty transportu sanitarnego (w oparciu o dokumentację dołączoną do faktury). Rozliczenie zaliczki powinno nastąpić zasadniczo **nie później niż** trzy lata po jej przyznaniu. (Art. 30 przepisów dotyczących ubezpieczenia chorobowego).

Nadmierne koszty (PRZEPISY WSPÓLNE, art. 20 ust. 2)

W przypadku świadczeń, dla których nie określono maksymalnej kwoty zwrotu kosztów, część kosztów, którą uważa się za nadmierną w porównaniu ze zwykłymi kosztami w kraju, w którym je poniesiono, nie podlega zwrotowi. Część kosztów, którą uważa się za nadmierną, jest określana dla każdego przypadku z osobna przez biuro ds. rozliczeń po zasięgnięciu opinii lekarza urzędowego.

(*) Zasady stosowania ubezpieczenia dodatkowego (część III rozdział 3 ogólnych przepisów wykonawczych)

Osoby ubezpieczone w ramach ubezpieczenia dodatkowego powinny najpierw zwrócić się do swojego podstawowego krajowego systemu ubezpieczeń społecznych i złożyć wniosek o zwrot kosztów medycznych w ramach tego systemu, ponieważ wspólny system pokrywa koszty tylko jako system dodatkowy.

Jednak koszty świadczeń, których system podstawowy nie refunduje, mogą zostać zrefundowane przez wspólny system, pod warunkiem że kwalifikują się do refundacji w ramach tego systemu. W tym przypadku system działa tak samo, jak w przypadku ubezpieczenia podstawowego.

Jeśli w związku z korzystaniem z prawa do wolnego wyboru świadczeniodawcy, szczególnie jeśli chodzi o koszty świadczeń ponoszone za granicą, nie jest możliwa żadna refundacja przez system podstawowy, wspólny system może również zwracać koszty świadczeń, które kwalifikują się do refundacji, pod warunkiem że przedstawione zostaną dokumenty świadczące o tym, że wszystkie procedury i zasady systemu podstawowego zostały należycie wypełnione. Wspólny system zastępuje wówczas system podstawowy w odniesieniu do danych świadczeń.

Osoby ubezpieczone w ramach ubezpieczenia dodatkowego, którzy podlegają systemowi świadczeń bezpośrednich, mogą uzyskać refundację kosztów poniesionych w sektorze prywatnym – dla następujących wymienionych poniżej świadczeń – tylko wówczas, gdy zostało udowodnione, że system publiczny wykazuje w tym zakresie wyraźne luki (na przykład długie okresy oczekiwania, brak pewnych sposobów leczenia):

- hospitalizacja i zabiegi chirurgiczne,
- leczenie i badania w ośrodkach szpitalnych,
- ośrodki rehabilitacyjno-opiekuńcze,
- opieka nad chorym,
- leczenie uzdrowiskowe i rekonwalescencyjne.

Wymagana jest uprzednia zgoda.

Świadczenia inne niż wymienione na powyższej liście mogą być refundowane przez system, pod warunkiem że system dopuszcza refundację tego rodzaju świadczeń.

Ograniczenia dotyczące wolnego wyboru świadczeniodawcy nie mają zastosowania ani do członka ani do dzieci ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia dodatkowego.

Dane adresowe biur rozliczeniowych wspólnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (JSIS)

European Commission	European Commission	European Commission
RCAM/JSIS Brussels – Direct billing 1049 Brussels	RCAM/JSIS Ispra - Direct billing 21027 Ispra	RCAM/JSIS Luxembourg - Direct billing 2920 Luxembourg
Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)

STAFF Contact - <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx>

Zapoznałem/am się z warunkami i obowiązującymi przepisami i zobowiązuję się ich przestrzegać:

Data
Podpis wnioskodawcy

☐ Członek¹
☐ Przedstawiciel prawny¹:
Nazwisko i imię: