



WNIOSEK O PRZEJĘCIE KOSZTÓW W ZWIĄZKU Z WYSOKIMI KOSZTAMI LECZENIA

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:
Adres e-mail:
Data zakończenia okresu zatrudnienia/ data zakończenia kontraktu: (wypełniają pracownicy kontraktowi lub zatrudnieni na czas określony)

Wniosek o przejęcie kosztów leczenia¹ :

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

Nazwisko i imię: Data urodzenia:

HOSPITALIZACJA¹

☐ **Przewidywana data przyjęcia do szpitala:**

Charakter hospitalizacji:

- ☐ Hospitalizacja celem leczenia zachowawczego lub operacyjnego
☐ Rehabilitacja lub przywrócenie sprawności pacjentów, których niepełnosprawność jest wynikiem choroby lub przebytego zabiegu
☐ Leczenie psychiatryczne
☐ Opieka paliatywna (włączając opiekę paliatywną w domu)

Hospitalizacja mająca związek z:

- ☐ Wypadkiem Data wypadku² :
☐ Urodzeniem dziecka Zob. na odwrocie nadmierne koszty i poród
☐ Rozpoznaną ciężką chorobą Sygnatura decyzji²:
☐ Zabiegiem chirurgii plastycznej Sygnatura uprzedniej zgody²:
☐ Zabiegiem implantologii stomatologicznej Sygnatura kosztorysu stomatologicznego²:

Koszty pobytu w szpitalu:

- ☐ **Dzienna opłata za pokój² :**
Informujemy, że refundacja kosztów ograniczona jest do kosztu najtańszego pokoju jednoosobowego w danym szpitalu. Kwota przekraczająca te koszty będzie uznana za nadmierną i pokrycie jej będzie należało do członka.

☐ Przewidywany łączny koszt :

Uwaga: Wszystkie wystawiane przez szpital faktury główne, związane z Państwa hospitalizacją, są opłacane przez biuro rozliczeniowe; w razie bezpośredniego otrzymania faktury, proszę nie płać za nią i przesłać ją do biura rozliczeniowego.

INTENSYWNA OPIEKA AMBULATORYJNA¹

☐ **Rozpoznana ciężka choroba** Sygnatura decyzji²:

WYSOKIE LUB WIELOKROTNE KOSZTY LECZENIA¹

Wyłącznie gdy miesięczne koszty przekraczają 20% wysokości emerytury lub wynagrodzenia podstawowego członka:

- ☐ **Wielokrotny zakup drogich leków³**
☐ **Wielokrotne korzystanie z ambulansu lub karetki przewozowej**
Wyłącznie gdy miesięczne koszty przekraczają 20% wysokości emerytury lub wynagrodzenia podstawowego członka
Sygnatura uprzedniej zgody²:
☐ **Kosztowne badania³**
Sygnatura uprzedniej zgody² jeśli wymagana:
Ważne od do Koszt miesięczny:

NAZWA I ADRES ŚWIADCZENIODAWCY (szpital/klinika/apteka itp.):

Nazwa:
Adres: Miasto i państwo:
Nr tel: Nr faksu: Adres e-mail:

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam:¹⁺²

- ☐ 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.

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

Data

Podpis wnioskodawcy

☐ Członek¹

☐ Przedstawiciel prawny¹ :

Nazwisko i imię:

¹ Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat

² Informacje wymagane, bez których przejęcie kosztów hospitalizacji nie będzie możliwe

³ Wymagane jest załączenie recepty z przepisanyym wyrobem farmaceutycznym/badaniem oraz czasem trwania leczenia.

Zasady przejęcia kosztów (część III rozdział 4 ogólnych przepisów wykonawczych)

Zgodnie z art. 30 wspólnych przepisów zaliczki mogą zostać przyznane członkom systemu, co pozwoli im na pokrycie większych wydatków. Zasadniczo są one przyznawane w formie przejęcia kosztów, a wyjątkowo w formie zaliczek. Osoby ubezpieczone w systemie w ramach ubezpieczenia dodatkowego mogą uzyskać przejęcie kosztów lub zaliczki tylko wówczas, gdy na podstawie odpowiednich dokumentów ustalone zostanie, że system powinien zastąpić system podstawowy zgodnie z przepisami dotyczącymi ubezpieczenia dodatkowego.

Przejęcie kosztów

Poza przypadkami nagłymi lub siły wyższej członek, aby uzyskać przejęcie kosztów, winien uprzednio złożyć odpowiedni wniosek.

Przejęcie kosztów jest przyznawane w następujących przypadkach:

- W przypadku hospitalizacji przejęcie kosztów pokrywa główne faktury oraz honorarium chirurga.

Jeśli koszty świadczeń lekarza anestezjologa i asysty są fakturowane oddzielnie, to również mogą zostać przejęte.

Okres, przez jaki tego rodzaju koszty są przejęte, wynosi 60 dni. Dla hospitalizacji trwających dłużej należy złożyć u lekarza orzecznika wniosek o przedłużenie, załączając uzasadniającą je dokumentację medyczną.

- W przypadku poważnego leczenia ambulatoryjnego w ramach ciężkiej choroby, np. radioterapii, chemioterapii, dializy.

- W przypadku powtarzającego się zakupu drogich leków, np. hormonów wzrostu, wielokrotnego korzystania z ambulansu lub karetki przewozowej, w przypadku kosztownych badań, jeśli koszt miesięczny przekracza 20 % emerytury lub wynagrodzenia podstawowego członka.

W ramach przejęcia kosztów, część kosztów pozostająca po zastosowaniu taryfikatora, którą musi pokryć członek, jest pobierana poprzez potrącenie z późniejszych refundacji, ewentualnie z wynagrodzenia, emerytury lub jakiegokolwiek innej kwoty, jaka jest mu należna od właściwej instytucji. Na wniosek biura rozliczeniowego saldo może być przełane na konto bankowe systemu.

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.

Poród: zob. strona internetowa: <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/specific-events/childbirth/Pages/reimbursements.aspx>

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