

Zwrot kosztów leczenia.

How to submit a reimbursement - Portal for former colleagues

1. Informacje ogólne.

Emeryci muszą złożyć [wniosek o zwrot kosztów medycznych PDF](#) do JSIS za pośrednictwem [MyPMO](#) lub [JSIS online](#)¹ albo w formie papierowej, nigdy w obu jednocześnie. W zależności od świadczeń stosuje się stawkę zwrotu w wysokości 80% lub 85%, z zastrzeżeniem zastosowania zasady dotyczącej nadmiernych kosztów (patrz punkt 4.2). W przypadku poważnej choroby uznanej przez JSIS, w przypadku niektórych wydatków może być stosowana stawka zwrotu w wysokości 100%, również z zastrzeżeniem zastosowania zasady dotyczącej nadmiernych kosztów. Limity zwrotu kosztów mają zastosowanie w celu zabezpieczenia równowagi finansowej programu, a także współczynnika równości, ustalanego co najmniej co dwa lata, w celu zapewnienia równego traktowania świadczeń wypłacanych w państwach członkowskich UE. Od pierwszego dnia wypłaty emerytury/renty należy posługiwać się wyłącznie numerem emerytury. Emeryt nadal ma swobodę wyboru świadczeniodawcy opieki zdrowotnej (lekarza, fizjoterapeuty, pielęgniarki itp.), tak jak członkowie rodziny objęci podstawowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Małżonek z ubezpieczeniem uzupełniającym nie ma jednak takiej swobody wyboru; musi najpierw skontaktować się z krajowym podstawowym systemem zdrowotnym, a następnie złożyć wniosek o zwrot kosztów, przy czym JSIS pełni funkcję systemu uzupełniającego. Ważne: w polu „**Numer osobowy**” na formularzu zawsze należy podać **numer emerytury/renty**. Do wniosków o zwrot kosztów w formie papierowej należy zawsze dołączyć oryginały dokumentów potwierdzających (**faktury, recepty i skierowania**). Kopie muszą być przechowywane przez ubezpieczonego przez **18 miesięcy od daty otrzymania wyciągu**. W przypadku wniosków składanych online, oryginały dokumentów muszą być przechowywane przez ten sam okres. W przypadku zwrotu kosztów z ubezpieczenia uzupełniającego należy załączyć oryginał opłaconej faktury wraz ze szczegółowym zestawieniem zwrotów otrzymanych z krajowego systemu. Ważne: Wniosek o zwrot kosztów należy złożyć nie później niż 18 miesięcy od daty wykonania usługi. W Belgii recepty na zabiegi są teoretycznie ważne przez 2 lata, pod warunkiem że leczenie rozpoczęło się w ciągu 6 miesięcy od daty wystawienia. Jednak okres ten różni się w zależności od państwa członkowskiego. Zależy to od miejsca, w którym udzielono świadczenia medycznego. W razie wypadku emeryci

¹ Dostęp do obu jest możliwy wyłącznie za pośrednictwem bezpiecznego logowania o nazwie EU Login.

nie korzystają już z ochrony ubezpieczeniowej, którą posiadali w okresie aktywności zawodowej (dostępne jest prywatne ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków; patrz punkt 6).

2. Konsultacje i wizyty lekarskie.

Konsultacje i wizyty u lekarza rodzinnego lub specjalisty są refundowane w wysokości 85% (100% w przypadku poważnej choroby), do [określonej kwoty](#) EN [PDF](#) ([Decyzja zmieniająca limity](#)) [PDF](#). Wizyty na izbie przyjęć w nocy, w weekendy i święta są również refundowane w wysokości 85% i 100% w przypadku poważnej choroby.

Do wniosku o zwrot kosztów należy dołączyć fakturę za konsultację w gabinecie lekarskim lub w domu, zawsze podając imię i nazwisko pacjenta, datę oraz wysokość opłaty. Ważne jest podanie specjalizacji konsultującego lekarza, opis na fakturze „usługa medyczna” jest niewystarczający.

3. Teleporada medyczna.

W związku z epidemią COVID-19 i wynikającymi z niej środkami izolacji, rozwinęły się telekonsultacje medyczne. Konsultacja ta jest refundowana jako konsultacja lekarska.

4. Produkty farmaceutyczne.

Produkty farmaceutyczne są refundowane w **85%**. Uwaga: niektóre produkty farmaceutyczne wymagają uprzedniej autoryzacji (PA), a inne nie podlegają refundacji, nawet jeśli zostały przepisane przez lekarza. Patrz [PDF](#) ([Lista leków](#))

Warunki:

- muszą być przepisane przez lekarza
- należy dołączyć oficjalną fakturę wystawioną przez aptekę z:
 - ✓ imieniem i nazwiskiem lekarza wystawiającego receptę; (lub załączyć receptę)
 - ✓ imieniem i nazwiskiem pacjenta;
 - ✓ nazwą przepisanego leku;
 - ✓ Ceną każdego produktu;
 - ✓ Datą wydania leku;
 - ✓ Pieczęcią i podpisem farmaceuty.

W krajach, w których taki paragon nie istnieje, do oryginału faktury należy dołączyć kopię recepty. W przeciwnym razie recepta nie jest wymagana.

5. Zakup produktów farmaceutycznych online

JSIS może zwrócić koszty niektórych produktów farmaceutycznych zakupionych online, jeśli na fakturze znajdują się wszystkie informacje niezbędne do zwrotu kosztów (patrz powyżej „Produkty farmaceutyczne”). Produkty te mogą być wydawane przez

farmaceutę, lekarza lub inny organ lub system upoważniony do wydawania leków w danym państwie członkowskim. Farmaceuta oznacza aptekę internetową oficjalnie uznaną w danym państwie członkowskim.

6. Profilaktyczna opieka stomatologiczna

Jest ona refundowana w 80%, a maksymalna kwota jest ustalana na dany rok kalendarzowy i na beneficjenta 750 EUR. **PDF ([Koszty leczenia limity](#))**. Opieka nad implantami i koronami jest wliczona w profilaktykę. Jeśli opieka nie ma charakteru profilaktycznego, podlega ona uprzedniej zgodzie (prior authorisation PA) (patrz punkt 5). Uwaga: Do formularza **PDF ([dentistry-single-form-pl](#))** należy dołączyć szczegółową, oficjalną fakturę od dentysty.

7. Okulary

Koszt okularów z soczewkami korekcyjnymi przepisany przez okulistę lub optyka okulistycznego jest refundowany w wysokości 85%, z zastrzeżeniem następujących limitów:

- **oprawki:**

120 EUR **kod 800**

- **soczewki:**

110 EUR za soczewkę jednoogniskową do 4 dioptrii. **Kod 801**

140 EUR za soczewkę jednoogniskową od 4,25 do 6 dioptrii. **Kod 802**

180 EUR za soczewkę jednoogniskową od 6,25 do 8 dioptrii. **Kod 803**

300 EUR za soczewkę jednoogniskową o mocy 8,25 dioptrii lub większej. **Kod 804**

350 EUR za soczewkę wieloogniskową lub progresywną. **Kod 805**

Maksymalnie 2 pary co 2 lata, chyba że nastąpi zmiana dioptrii lub osi widzenia o co najmniej 0,50 dioptrii, potwierdzona medycznie, w porównaniu z ostatnią refundacją.

Soczewki kontaktowe i produkty do pielęgnacji są refundowane w wysokości 85% z limitem obowiązującym w ciągu kolejnych 2 lat. Formularz musi zostać wypełniony przez optyka i dołączony do faktury **PDF ([1PL-form lunettes](#))**.

Aby kwalifikować się do zwrotu, wymagana jest prawidłowa faktura, która musi zawierać:

- ✓ imię i nazwisko klienta;
- ✓ dokładny opis, czy okulary są do dali, czy do bliży i dane dotyczące dioptrii;
- ✓ w przypadku okularów: cena oprawki i soczewek musi być podana oddzielnie;

- ✓ datę zakupu;
- ✓ Pełna nazwa usługodawcy (pieczętka i podpis).

8. Aparaty słuchowe

Aparaty słuchowe podlegają zwrotowi w **85%**, z maksymalną kwotą **1800 EUR** za urządzenie, bez uprzedniej autoryzacji (zakup i/lub naprawa aparatów słuchowych). Aby ubiegać się o zwrot kosztów, wymagane jest skierowanie od otolaryngologa (laryngologa) lub specjalisty od aparatów słuchowych, a także wyniki audiometrii z aparatem i bez niego.

Wymiana jest możliwa po 5 latach; konserwacja i baterie nie podlegają zwrotowi.

9. Pedicure medyczny

Zwrot kosztów wynosi 80%, do maksymalnej wysokości, jeżeli:

- ✓ zabieg jest przepisywany przez lekarza;
- ✓ pedicure jest wykonywany przez osobę prawnie uznaną przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego kraju, w którym świadczona jest usługa medyczna;
- ✓ oficjalny rachunek zgodny z przepisami kraju, w którym wykonano zabieg.

10. Osteopatia i fizjoterapia

W przypadku osteopatii: wystarczy skierowanie lekarskie, z limitem **24 sesji rocznie**, refundowana w wysokości **80%** i maksymalną stawką zwrotu kosztów **40 EUR**. Większa liczba sesji może być udzielona wyłącznie po uzyskaniu uprzedniej zgody (patrz punkt 5).

W przypadku fizjoterapii: wystarczy recepta lekarska, z limitem **60 sesji rocznie**, refundowana w wysokości **80%** i maksymalną stawką zwrotu kosztów **25 EUR**. W przypadku konieczności przeprowadzenia większej liczby sesji, należy wystąpić o uprzednią zgodę wraz z zaświadczeniem lekarskim uzasadniającym kontynuację leczenia (patrz punkt 5).

11. Wkładki ortopedyczne i obuwie ortopedyczne.

Wkładki: Nie jest wymagana uprzednia autoryzacja, wystarczy recepta lekarska określająca leczoną wadę i ilość wkładek. Zwrot kosztów wynosi 85%, maksymalnie do 4 wkładek rocznie (dwie pary), z zastrzeżeniem limitu na jedną wkładkę. Recepta jest ważna 2 lata, ale pierwszego zakupu należy dokonać przed upływem 6 miesięcy od daty wystawienia.

Obuwie ortopedyczne: Wymagana uprzednia autoryzacja oraz recepta lekarska.

12. Psychoterapia

Koszty psychoterapii lub podobnych metod leczenia, przepisanych przez psychiatrę, neuropsychiatrę lub neurologa, są refundowane w wysokości 80% do wysokości pułapu określonego dla każdego rodzaju leczenia lub 100% w przypadku poważnej choroby, do wysokości dwukrotności normalnie stosowanego limitu i wymagają wcześniejszej zgody (PA).

Psychoterapia musi być prowadzona przez

- lekarza specjalizującego się w psychiatrii, neuropsychiatrii lub neurologii
- psychologa lub psychoterapeutę.

Pierwsze 10 sesji może zlecić lekarz ogólny a dla dzieci poniżej 15. roku życia skierowanie może wystawić pediatra.

Limit roczny to **30 sesji psychoterapii** z limitem kosztów **60 EUR** za terapię indywidualną, **90 EUR** za terapię rodzinną i **25 EUR** za terapię grupową.

O ile nie zaznaczono inaczej, koszty większej liczby sesji mogą zostać zwrócone, po uprzednim uzyskaniu zgody, w przypadku rozpoznanej poważnej choroby, rehabilitacji pooperacyjnej lub pourazowej.