

Warszawa, dnia 7 listopada 2014 r.

Poz. 1538

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 4 listopada 2014 r.

w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju

Na podstawie art. 42d ust. 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wzór wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej określa załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 15 listopada 2014 r.


Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175, 1188 i 1491.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 4 listopada 2014 r. (poz. 1538)

WZÓR

 NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI	WNIOSK O ZWROT KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, BĘDĄCYCH ŚWIADCZENIAMI GWARANTOWANYMI, UDZIELONYCH NA TERYTORIUM INNEGO NIŻ RZECZPOSPOLITA POLSKA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ - NA PODSTAWIE ART. 42b USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH
--	---

**UWAGA: NALEŻY WYPEŁNIĆ POLA CZYTELNIE PISMEM MASZYNOWYM
LUB ODRĘCZNIE DRUKOWANYMI LITERAMI.**

CZĘŚĆ 1 – WYPEŁNIANA PRZEZ ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ

data wpływu wniosku, pieczęć właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ i podpis osoby przyjmującej wniosek	Nr wniosku:
---	----------------------

CZĘŚĆ 2 – WYPEŁNIANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek											
1.1	Nazwisko					1.2	Imię (imiona)				
1.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)					1.4	PESEL				
1.5	Adres miejsca zamieszkania:										
	Państwo		Miejscowość			Kod pocztowy					
Ulica		Nr domu			Nr lokalu						
1.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):										
	Państwo		Miejscowość			Kod pocztowy					
	Ulica		Nr domu			Nr lokalu					
1.7	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość** <input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny			1.8	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**			1.9	Numer telefonu*		
1.10	Adres poczty elektronicznej*										
2. Dane przedstawiciela ustawowego (jeżeli wniosek składa przedstawiciel)											
2.1	Nazwisko					2.2	Imię (imiona)				
2.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)					2.4	PESEL				
2.5	Adres miejsca zamieszkania:										
	Państwo		Miejscowość			Kod pocztowy					
Ulica		Nr domu			Nr lokalu						
2.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):										
	Państwo		Miejscowość			Kod pocztowy					
	Ulica		Nr domu			Nr lokalu					
2.7	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość** <input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny			2.8	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**			2.9	Numer telefonu*		
2.10	Adres poczty elektronicznej*										

3. Termin i państwo udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej (należy wypełnić wszystkie pola)					
3.1	Świadczenie zostało udzielone w terminie od do	3.2	Państwo		
4. Informacja dotycząca decyzji w sprawie udzielenia uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ					
4.1	Czy świadczenie, którego dotyczy wniosek, zostało uzyskane na podstawie uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (zaznaczyć właściwe) W przypadku zaznaczenia „TAK” należy podać numer decyzji:				
5. Dodatkowe informacje					
5.1	Za świadczenia wskazane w przedstawionych rachunkach zapłacono łącznie kwotę: w walucie				
6. Do wniosku załączam następujące dokumenty (zaznaczyć właściwe)					
Poz.	Rodzaj dokumentu	Liczba	Poz.	Rodzaj dokumentu	Liczba
6.1	<input type="checkbox"/> oryginal rachunku (wraz z tłumaczeniem)		6.5	<input type="checkbox"/> kopia recepty (wraz z tłumaczeniem, jeżeli recepta została wystawiona w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)	
6.2	<input type="checkbox"/> oryginal potwierdzenia zapłaty (wraz z tłumaczeniem)		6.6	<input type="checkbox"/> oryginal lub kopia zlecenia na wyroby medyczne (wraz z tłumaczeniem jeżeli zlecenie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)	
6.3	<input type="checkbox"/> oryginal lub kopia skierowania (wraz z tłumaczeniem, jeżeli skierowanie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)		6.7	<input type="checkbox"/> oryginal lub kopia zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego (wraz z tłumaczeniem, jeżeli zlecenie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)	
6.4	<input type="checkbox"/> oryginal lub kopia potwierdzonego skierowania na leczenie uzdrowiskowe (wraz z tłumaczeniem, jeżeli skierowanie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)		6.8	<input type="checkbox"/> zaświadczenie świadczeniodawcy potwierdzające zakwalifikowanie do programu lekowego	
			6.9	<input type="checkbox"/> inne dokumenty medyczne (wraz z tłumaczeniem)	
7. Preferowany sposób otrzymania zwrotu kosztów (zaznaczyć właściwe)					
7.1	<input type="checkbox"/> Na rachunek bankowy				
	<input type="checkbox"/> w Rzeczypospolitej Polskiej:				
	Nr rachunku:				
	<input type="checkbox"/> poza Rzeczpospolitą Polską:				
	IBAN/Numer rachunku				
	Kod BIC/SWIFT:				
	Dane posiadacza rachunku bankowego (uzupełnić w przypadku gdy są inne niż dane Wnioskodawcy):				
Imię	Nazwisko	Adres			
7.2	<input type="checkbox"/> Przekazem pocztowym na wskazany poniżej adres:				

* Wypełnić w przypadku posiadania.

** Pola 1.7, 1.8, 2.7 i 2.8 należy wypełnić w razie braku numeru PESEL.

OŚWIADCZENIE

Świadomy/ świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, które nastąpią w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych.

.....
Data wypełnienia wniosku (DD/ MM/ RRRR).....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej