



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 10 września 2020 r.

Poz. 1557

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 3 września 2020 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 2020 r. poz. 1398, 1492 i 1493) 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 lub państwa będącego stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, określa załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.²⁾


Minister Zdrowia: *wz. J. Szczurek-Żelazko*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1470 i 1541).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju (Dz. U. poz. 1538), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 3 września 2020 r. (poz. 1557)

WZÓR

 PREZES NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELONYCH NA TERYTORIUM INNEGO NIŻ RZECZPOSPOLITA POLSKA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ LUB EUROPEJSKIEGO OBSZARU GOSPODARCZEGO – NA PODSTAWIE ART. 42b USTAWY Z DNIA 27 SIERPNI 2004 r. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH
---	--

UWAGA:

- Wniosek składany w postaci papierowej należy wypełnić czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami.
- Wniosek w postaci elektronicznej jest składany w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.

CZĘŚĆ 1 – WYPEŁNIANA PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (NFZ)

Data wpływu wniosku 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 (zaznaczyć właściwe)				1.8	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość				1.9	Numer telefonu**		
<input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny													
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 (zaznaczyć właściwe) <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 przez Prezesa NFZ					
4.1	Czy świadczenie, którego dotyczy wniosek, zostało uzyskane na podstawie uprzedniej zgody Prezesa 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"/> oryginał rachunku		6.6	<input type="checkbox"/> oryginał lub kopia zlecenia na wyroby medyczne	
6.2	<input type="checkbox"/> oryginał potwierdzenia zapłaty		6.7	<input type="checkbox"/> oryginał lub kopia zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego	
6.3	<input type="checkbox"/> oryginał lub kopia skierowania		6.8	<input type="checkbox"/> zaświadczenie świadczeniodawcy potwierdzające zakwalifikowanie do programu lekowego	
6.4	<input type="checkbox"/> oryginał lub kopia potwierdzonego skierowania na leczenie uzdrowiskowe		6.9	<input type="checkbox"/> inne dokumenty medyczne	
6.5	<input type="checkbox"/> kopia recepty		6.10	<input type="checkbox"/> tłumaczenia dokumentów (w przypadku gdy dokumenty, o których mowa w pkt 6.1–6.7 i 6.9, są sporządzone w języku obcym)	
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 Rzeczypospolitą 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:				

* Pola 1.3, 1.7, 1.8, 2.3, 2.7 i 2.8 należy wypełnić tylko w razie braku numeru PESEL.

** Wypełnić w przypadku posiadania.

*** Obowiązek przedłożenia oryginałów dokumentów nie dotyczy sytuacji, gdy wniosek jest składany w postaci elektronicznej. W tym przypadku załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.

OŚWIADCZENIE

Świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

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

Miejscowość:

Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek w postaci papierowej:

.....

Kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis osobisty albo podpis zaufany osoby składającej wniosek w postaci elektronicznej: