

Zapytanie o przybliżoną wysokość zwrotu kosztów przysługującego w przypadku uzyskania w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego określonego świadczenia opieki zdrowotnej.

Szanowni Państwo,

Poniższy formularz przygotowany został w celu ułatwienia uzyskania informacji o wysokości kwoty zwrotu kosztów leczenia, poniesionych w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego zgodnie z artykułem 42b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)

Dane uzyskane w formularzu posłużą NFZ jedynie do wyliczenia **przybliżonej** kwoty zwrotu, a wśród nich najbardziej przydatną informacją będzie kod procedury albo choroby, jakiej dotyczy zapytanie, nadany według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10 oraz Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych – ICD-9, znanych powszechnie lekarzom. Niewskazanie kodu nie spowoduje odrzucenia zapytania, wpłynie jedynie na mniej precyzyjną odpowiedź NFZ dotyczącą wysokości możliwej kwoty zwrotu. Prosimy o staranne wypełnienie formularza celem umożliwienia pracownikowi oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonania orientacyjnej wyceny świadczenia. **Rzetelność wyceny zależy w dużym stopniu od jakości uzyskanych od Państwa informacji.**

Udzielona na zapytanie odpowiedź nie stanowi podstawy rozliczenia świadczenia udzielanego za granicą ani roszczeń o zwrot kosztów jego udzielenia.

Proszę wskazać sposób przekazania przez NFZ informacji:

poczta

poczta elektroniczna

telefon

Dane kontaktowe osoby składającej zapytanie	
Proszę uzupełnić imię i nazwisko oraz jedynie te pola, które umożliwią kontakt z Państwem wybraną drogą komunikacji.	
Imię i nazwisko	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Adres do korespondencji	<i>Ulica, numer domu, numer mieszkania</i>
	<i>Kod pocztowy, miejscowość</i>

W przypadku zamiaru skorzystania z poszczególnych rodzajów świadczeń prosimy pamiętać o:

- zachowaniu rachunku oraz kopii skierowania, jeśli jest wymagane – w przypadku leczenia ambulatoryjnego;
- zachowaniu rachunku oraz kopii skierowania - w przypadku leczenia szpitalnego;
- zachowaniu kopii recepty i rachunku z apteki - w przypadku realizacji recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne (recepta wystawiona w Polsce, musi być **wypisana przez osobę uprawnioną do wystawiania recept**; Minister Zdrowia ogłasza w obwieszczeniu wykazy refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych raz na 2 miesiące, dlatego odpowiedź NFZ będzie aktualna na dzień jej udzielenia, a faktyczna kwota zwrotu może różnić się od szacowanej i będzie obliczona na podstawie wykazu obowiązującego w dniu realizacji recepty);
- zachowaniu oryginału zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne (lub zlecenia naprawy), potwierdzonego przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przed realizacją zaopatrzenia oraz rachunku - w przypadku zakupu/naprawy wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie;
- zachowaniu rachunku oraz potwierdzeniu skierowania w zakresie jego celowości przez lekarza specjalistę w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia przed skorzystaniem ze świadczeń - w przypadku leczenia uzdrowiskowego/rehabilitacji uzdrowiskowej;
- zachowaniu rachunku oraz kopii skierowania - w przypadku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, których celem nie jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego.

I. DANE OSOBY, KTÓREJ MA BYĆ UDZIELONE ŚWIADCZENIE W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE LUB EOG.

I.1. Wiek w latach

--	--	--

I.2. Płeć

kobieta

mężczyzna

I.3. Oddział wojewódzki NFZ właściwy dla osoby, której ma być udzielone świadczenie

II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO LECZENIA.

II.1. Proszę podać nazwę choroby, której dotyczy zapytanie? (należy wpisać dane, które są znane: diagnozę lekarską, kod ICD-10)

II.2. Proszę wymienić inne znane choroby współistniejące, na które dana osoba się leczy (należy wpisać dane, które są znane: diagnozę lekarską, kody ICD-10).

II.3. Proszę podać przebieg planowanego leczenia, którego dotyczy zapytanie, w szczególności jeśli ma być ono wieloetapowe – o ile jest znany- z podaniem kodu ICD-9 - o ile jest znany.

II.4. Leczenie ambulatoryjne odbywane poza pobytem w szpitalu.

II.4.01. Porada, konsultacja lekarza specjalisty.

II.4.01.a. Proszę podać specjalność lekarza specjalisty.

II.4.01.b. Proszę podać kod procedury medycznej według ICD-9, której dotyczy zapytanie, jeśli jest znana.

II.4.02. Badania (laboratoryjne, obrazowe, inne badania diagnostyczne) i zabiegi ambulatoryjne, wykonywane poza pobytem w szpitalu.

II.4.02.a. Proszę podać jakie badania/zabiegi mają być wykonane?

II.4.02.b. Proszę podać kody badań lub zabiegów według ICD-9, których dotyczy zapytanie, jeśli są znane.

II.5. Leczenie szpitalne.

II.5.01. Proszę wskazać specjalizację oddziału, np. okulistyka, chirurgia itp.

II.5.02. Co ma być wykonane (cel hospitalizacji)? Proszę podać, jeśli są znane kody procedur medycznych według ICD-9, które mają planowo być wykonane oraz przewidywaną ich liczbę – jeśli jest znana.

II.5.03. Czy planowane leczenie zakłada pobyt pacjenta w szpitalu, co najmniej do dnia następnego po dniu przyjęcia?

TAK

NIE (można ominąć pkt. II.5.04)

II.5.04. Jaka jest przewidywana długość pobytu w szpitalu (w dniach)? Proszę wypełnić, jeśli jest znana.

II.5.05. W przypadku, gdy hospitalizacja ma się wiązać z podaniem produktu leczniczego, proszę wpisać jego nazwę lub substancję czynną, jeśli jest znana.

II.5.06. W przypadku, gdy hospitalizacja ma się wiązać z wszczepieniem wyrobu medycznego, proszę wskazać rodzaj wyrobu.

II.6. Leki dostępne w programie lekowym lub stosowane w chemioterapii.

II.6.01.a. Nazwa programu lekowego.

II.6.01.b. Proszę podać nazwę leku, kod EAN lub inny kod identyfikujący dany lek lub nazwę substancji czynnej.

II.7. Pozostałe świadczenia.

II.7.01. Realizacja recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne.

Proszę pamiętać o uzupełnieniu danych odnośnie choroby, na którą leki zostały przepisane (pkt II.1) oraz chorób współistniejących (pkt II.2) – co ma wpływ na oszacowanie świadczenia. Następnie proszę uzupełnić tabelę.

Nazwa produktu leczniczego (leku, wpisana na receptycie)	Postać (np. syrop, tabletki, ampułki, maść)	Dawka (np. 30mg, 3 mg/ml)	Zawartość opakowania (np. liczba tabletek, 5 amp. a 10ml)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Faktyczna kwota zwrotu może różnić się od szacowanej i będzie obliczona na podstawie listy leków refundowanych, ogłaszanej w obwieszczeniu Ministra Zdrowia, obowiązującym w dniu realizacji recepty.

II.7.02. Zakup/ naprawa wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Zakup*

Naprawa*

*Proszę zaznaczyć właściwe

II.7.02.a. Proszę wskazać jakiego wyrobu medycznego dotyczy zapytanie i w jakiej ilości? (nazwa wyrobu medycznego lub proszę przepisać grupę/liczbę porządkową ze zlecenia)

II.7.02.b. Jeśli dotyczy, proszę wskazać stronę zaopatrzenia.

Prawa*

Lewa*

*Proszę zaznaczyć właściwe

II.7.02.c. Czy zakupiony wyrób jest produkowany:

Seryjnie*

Na zamówienie*

*Proszę zaznaczyć właściwe

II.7.02.d. Czy osoba, której dotyczy zapytanie, korzystała na terenie Polski z refundacji wyrobu medycznego, którego dotyczy zapytanie? Jeśli tak, proszę wpisać kiedy i jaki wyrób zrefundowano.

II.7.03. Leczenie uzdrowiskowe/ rehabilitacja uzdrowiskowa.

II.7.03.a. W jakim trybie ma być przeprowadzone leczenie uzdrowiskowe, którego dotyczy zapytanie? (zgodnie ze skierowaniem)

sanatorium uzdrowiskowe* przychodnia uzdrowiskowa
(leczenie ambulatoryjne)* szpital uzdrowiskowy*

*Proszę zaznaczyć właściwe

II.7.03.b. Proszę podać planowaną liczbę dni pobytu (w sanatorium albo szpitalu uzdrowiskowym) albo liczbę dni zabiegowych w ramach leczenia ambulatoryjnego.

II.7.04. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, których celem nie jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego.

Proszę pamiętać o wypełnieniu pkt II.1 i II.2.

II.7.04.a. Warunki udzielania świadczenia:

domowe* stacjonarne*

*Proszę zaznaczyć właściwe

II.7.04.b. Proszę określić stan osoby, której dotyczy zapytanie w skali Barthel (jeśli mieści się w przedziale 0-40 pkt) i/lub Glasgow (jeśli mieści się w przedziale 0-8 pkt) – jeśli brak takiej informacji na skierowaniu proszę spytać lekarza kierującego lub pielęgniarkę aktualnie sprawującą opiekę.

Barthelpkt

Glasgow.....pkt

II.7.04.c. Droga podawania pokarmu:

doustna* dojelitowa* pozajelitowa*

*Proszę zaznaczyć właściwe

II.7.04.d. Wentylacja mechaniczna:

brak konieczności* metodą nieinwazyjną,
prowadzoną za pomocą np. maski
obejmującej nos i usta* metodą inwazyjną,
prowadzoną za pomocą rurki
intubacyjnej albo tracheotomijnej*

*Proszę zaznaczyć właściwe

II.7.05. Inne leczenie. Proszę wskazać jakie. Kody ICD -9, jeśli są znane oraz ich krotkość.**II.7.06. Dodatkowe uwagi:**

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby składającej zapytanie