

## Zapytanie o przybliżoną wysokość zwrotu kosztów przysługującego w przypadku uzyskania w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej 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 zgodnie z artykułem 42b 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.).

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 na leki refundowane; 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.**

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 receptie)	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.

Barthel .....pkt

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