

# PRAWO DO ŚWIADCZEŃ W RAMACH PRZEPISÓW O KOORDYNACJI zakres świadczeń i dokumenty



Od 1 maja 2004 r. polscy świadczeniodawcy, posiadający z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zobowiązani są do udzielania tych świadczeń osobom uprawnionym z innych państw członkowskich UE/EFTA na zasadach przewidzianych w przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Świadczeniodawca rozlicza koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z innych państw członkowskich UE/EFTA na takich samych zasadach, tzn. w tych samych okresach i po takich samych cenach, jakie obowiązują go w stosunku do osób ubezpieczonych w Polsce.

## PORZĄDEK PRAWNY

### KRAJE UE/EFTA

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U.UE.L.2009.200.1 - tekst skonsolidowany)

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania Rozporządzenia Rady (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.U.UE.L.09.284.1)

Nowe przepisy prawne zostały wprowadzone przez wszystkie kraje UE/EFTA

1 maja 2010 - kraje Unii Europejskiej

1 marca 2012 - Szwajcaria

1 czerwca 2012 - Norwegia, Islandia, Lichtenstein

## OSOBA UPRAWNIONA

Osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego państwa członkowskiego, zamieszkała lub przebywająca na terytorium Polski i legitymująca się:

1. Poświadczeniem do formularza E106, E109, E121, S1 (pełen zakres świadczeń)
2. Formularzem E112 lub S2; (pełen zakres świadczeń)
3. Formularzem E123 lub DA1; (indywidualny zakres świadczeń)
4. Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ/EHIC) (ograniczony zakres świadczeń)
5. Certyfikatem tymczasowo zastępującym (EKUZ/EHIC) (ograniczony zakres świadczeń)

## POŚWIADCZENIE

Poświadczenie to dokument potwierdzający pełne prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Polski.

Wydawane jest osobie uprawnionej, zamieszkałej na terenie RP.

## RODZAJE POŚWIADCZEŃ

Poświadczenie do formularza:

- E106    - E109    - E121  
lub S1 (odpowiednik E106, E109, E121) po 01.05.2010 r.

**!** Osoba uprawniona powinna przedstawić poświadczenie świadczeniodawcy zawsze gdy ubiega się o świadczenia opieki zdrowotnej.

Wielkopolski Oddział Wojewódzki Na <del>Pielęgniarstwo</del> Instytutu Zdrowia ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań				
<b>Narodowy Fundusz Zdrowia</b>				
<b>Oddział Wojewódzki W POZNANIU</b>				
<b>POŚWIADCZENIE nr 15/106/10/XXXXX</b>				
potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej				
Imiona <b>MARIA</b>		Nazwisko (a) <b>NOWAK</b>		
Data urodzenia				
30 dzień	11 miesiąc	1984 Rok		
Numer PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie nadano tego numeru – seria i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych <b>841130XXXXX</b>				
Numer identyfikacyjny zamieszczony na zaświadczeniu <b>AGDXXXXX1</b>				
Adres miejsca zamieszkania				
Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej				
<b>POZNAŃ</b> mięscowość	<b>61-823</b> kod pocztowy	<b>PIEKARY</b> ulica	<b>14</b> nr domu	<b>15</b> nr lokalu
Nazwa instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej <b>OWM SALLAND ZORGVERZEKERINGEN POSTBUS 166 7400 AD DEVENTER HOLANDIA</b>				
Zakres świadczeń opieki zdrowotnych przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji <b>PEŁEN ZAKRES ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH</b>				
Okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej				
od dnia	<b>28.09.2009</b>	<b>WAŻNE DO CZASU SKRÓCENIA OKRESU WAŻNOŚCI</b>		
19.01.2010 data		<b>STARSZY REFERENT WSSWM</b>		
..... stanowisko oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej dokument				

Poświadczenie do formularza **E106** to zaświadczenie o uprawnieniu do świadczeń rzeczowych dla osób pracujących (ubezpieczonych) w kraju UE innym niż Polska, mieszkających jednocześnie na terenie RP oraz ich członków rodziny.

Poświadczenie uprawnia do pełnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w razie choroby i macierzyństwa.

Pieczęć instytucji Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań		<b>Narodowy Fundusz Zdrowia</b>  <b>Oddział Wojewódzki W POZNANIU</b>	
<b>POŚWIADCZENIE nr 15/109/10/XXXXX</b> potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej			
Imiona JAN		Nazwisko (a) KOWALSKI	
Data urodzenia 11 11 2005 dzień miesiąc Rok			
Numer PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie nadano tego numeru – seria i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych <b>053111XXXXX</b>			
Numer identyfikacyjny zamieszczony na zaświadczeniu SJXXXXXX			
Adres miejsca zamieszkania			
Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej POZNAŃ 61-823 PIEKARY 14 15 <small>mięscowość kod pocztowy ulica nr domu nr lokalu</small>			
Nazwa instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej HM REVENUE & CUSTOMS - CHARITY, ASSETS & RESIDENCE - RESIDENCY BENTON PARK VIEW NE98 1ZZ NEWCASTLE UPON TYNE WIELKA BRYTANIA			
Zakres świadczeń opieki zdrowotnych przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji			
PELEN ZAKRES ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			
Okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej			
od dnia 11.12.2009 do 10.12.2010			
04.01.2010 data		<b>STARSZY REFERENT</b>  ..... stanowisko oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej dokument	

Poświadczenie do formularza **E109** to zaświadczenie o uprawnieniu do świadczeń rzeczowych wydawane dla członka rodziny osoby pracującej (ubezpieczonej) w kraju UE innym niż Polska, który mieszka na terenie RP, podczas gdy główny ubezpieczony zamieszkuje poza granicami Polski.

Poświadczenie uprawnia do pełnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w razie choroby i macierzyństwa.



POŚWIADCZENIE nr 15/121XXXXX

potwierdzające prawo do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego  
na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Imiona <b>JOHN</b>	Nazwisko (a) <b>SMITH</b>						
Data urodzenia <table border="1"><tr><td>09</td><td>03</td><td>1943</td></tr><tr><td>dzień</td><td>miesiąc</td><td>Rok</td></tr></table>		09	03	1943	dzień	miesiąc	Rok
09	03	1943					
dzień	miesiąc	Rok					
Numer PESEL, a w przypadku gdy osobie uprawnionej nie nadano tego numeru – seria i numer dowodu osobistego lub paszportu, albo nazwa i numer identyfikacyjny dokumentu, na podstawie którego ustalono dane osobowe <b>KP00XXXXX</b>							
Numer identyfikacyjny zamieszczony na zaświadczeniu <b>430309 XXXXXX</b>							
Adres miejsca zamieszkania (poza granicami Polski)							
Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej <table border="1"><tr><td><b>POZNAŃ</b> mięscowość</td><td><b>61-823</b> kod</td><td><b>PIEKARY</b> ulica</td><td><b>14</b> nr domu</td><td><b>15</b> nr lokalu</td></tr></table>		<b>POZNAŃ</b> mięscowość	<b>61-823</b> kod	<b>PIEKARY</b> ulica	<b>14</b> nr domu	<b>15</b> nr lokalu	
<b>POZNAŃ</b> mięscowość	<b>61-823</b> kod	<b>PIEKARY</b> ulica	<b>14</b> nr domu	<b>15</b> nr lokalu			
Nazwa i adres instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia zdrowotne <b>UNION NATIONALE DES MUTUALITES SOCIALISTES - NATIONAAL VERBOND VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN</b> <b>RUE SAINT JEAN 32-38      SINT-JANSSTRAAT 32-38      1000 BRUXELLES      BRUSSEL BELGIA</b>							
Zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących uprawnionemu <b>PELEN ZAKRES ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH</b>							
Okres przysługiwania świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej od dnia <b>01.05.2004</b>							
<b>11.08.2004</b> data	<b>SPECJALISTA</b> ..... stanowisko oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej dokument						

Poświadczenie do formularza E121 to zaświadczenie o uprawnieniu do świadczeń rzeczowych wydawane dla emeryta lub rencisty ubezpieczonego w kraju UE innym niż Polska, który mieszka na terenie Polski oraz ich członków rodziny.

Poświadczenie uprawnia do pełnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w razie choroby i macierzyństwa.

## TYPY POŚWIADCZEŃ

- z określonym terminem ważności
- z otwartym terminem ważności

Poświadczenia te są ważne do momentu zawieszenia dokumentu przez instytucję właściwą (pokrywającą koszty leczenia) bądź instytucję miejsca zamieszkania (NFZ).

**Pacjent jest osobą, która jako pierwsza dowiaduje się o zmianach w swoim statusie ubezpieczenia!**

## POZOSTAŁE INFORMACJE

- Formularze E106/E109/E121/S1 są ważne od momentu zarejestrowania i wydania poświadczenia przez NFZ.
- Formularze mogą być rejestrowane przez Fundusz z datą obowiązywania wstecz.
- Poświadczenie do formularza E106/E109/E121/S1 uprawnia do złożenia deklaracji u lekarza, pielęgniarki, pielęgniarki położnej POZ na identycznych zasadach, jakie obowiązują wobec osób ubezpieczonych w Funduszu. Osobom uprawnionym, podobnie jak ubezpieczonym prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ przysługuje dwa razy w roku kalendarzowym.

- Formularz E123/DA1 to dokument potwierdzający prawo do indywidualnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Polski (świadczenia udzielane w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej)
- Wydawany jest osobie uprawnionej, zamieszkałej na terenie Polski.



# LECZENIE PLANOWANE/KONTYNUACJA LECZENIA

Leczenie planowane/kontynuacja leczenia: (celem przyjazdu osoby uprawnionej do Polski jest przeprowadzenie leczenia)

- formularz E 112, dokument S2
- Instytucja właściwa osoby uprawnionej wyraża zgodę na leczenie planowane w innym państwie członkowskim (dokumenty wystawione w języku urzędowym państwa, na terenie którego znajduje się instytucja wystawiająca formularz);
- Dokumenty nie wymagają rejestracji w NFZ; pacjent okazuje je w placówce opieki zdrowotnej, w której ma zaplanowany termin przeprowadzenia leczenia.

S2



Entitlement to scheduled treatment

EU Regulations 883/04 and 987/09 (\*)

INFORMATION FOR THE HOLDER

This is your certificate of entitlement to certain medical treatment abroad. If you present it to the health care institution in the State where the treatment will be provided, you will receive medical treatment under the same conditions as persons insured in that State.

You may be entitled to a supplementary reimbursement according to national reimbursement rates.

Your health care institution will advise you on this. For a list of health care institutions, see

<http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. PERSONAL DETAILS OF THE HOLDER

- 1.1 Personal Identification Number in the competent Member State
- 1.2 Surname
- 1.3 Forenames
- 1.4 Surname at birth (\*\*)
- 1.5 Date of birth
- 1.6 Current address
  - 1.6.1 Street, N°
  - 1.6.2 Town
  - 1.6.3 Post code
  - 1.6.4 Country code

2. KIND AND LOCATION OF TREATMENT

- 2.1 Treatment
- 2.2 Location of the treatment
- 2.3 Expected period of treatment
  - 2.3.1 Start date
  - 2.3.2 End date

(\*) Regulations (EC) No 883/2004, articles 20, 27 and 36, and 987/2009, article 26 and 33.  
 (\*\*) Information given to the institution by the holder when this is not known by the institution.

S2



Entitlement to scheduled treatment

3. INSTITUTION COMPLETING THE FORM

- 3.1 Name
- 3.2 Street, N°
- 3.3 Town
- 3.4 Post code
- 3.5 Country code
- 3.6 Institution ID
- 3.7 Office fax N°
- 3.8 Office phone N°
- 3.9 E-mail
- 3.10 Date
- 3.11 Signature

STAMP

ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZACHOWANIA PRAWA DO AKTUALNIE PRZYSŁUGUJĄCYCH ŚWIADCZEŃ W RAZIE CHOROBY  
LUB MACIERZYŃSTWA

Rozporządzenie (EWG) nr 1408/71: art. 22 ust. 1 lit. b) pkt i); art. 22 ust. 1 lit. c) pkt i); art. 22 ust. 3; art. 22 lit. a); art. 31  
Rozporządzenie (EWG) nr 574/72: art. 22 ust. 1 i 3; art. 23; art. 31; ust. 1 i 3

Instytucja właściwa lub instytucja miejsca zamieszkania osoby ubezpieczonej, emeryta/rencisty lub członka rodziny powinna wystawić formularz dla osoby ubezpieczonej, emeryta/rencisty lub członka rodziny. Jeżeli osoba ubezpieczona lub emeryt/rencista udaje się do Zjednoczonego Królestwa, jeden egzemplarz formularza należy wysłać również do „Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre” (Ministerstwo Pracy, Emerytur i Rent, Centrum Emerytalno-Rentowe, Centrum ds. Świadczeń Zagranicznych), Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, wpisując dane wyłącznie w miejscach wykrępowanych.  
Formularz składa się z 2 stron, z których żadna nie może zostać pominięta.

1.	<input checked="" type="checkbox"/> Osoba ubezpieczona	<input type="checkbox"/> Członek rodziny osoby ubezpieczonej
	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> Członek rodziny osoby prowadzącej działalność na własny rachunek
	<input type="checkbox"/> emeryt/rencista (pracownik najemny)	<input type="checkbox"/> Członek rodziny emeryta/rencisty (pracownik najemny)
	<input type="checkbox"/> emeryt/rencista (osoba prowadząca działalność na własny rachunek)	<input type="checkbox"/> Członek rodziny emeryta/rencisty (osoba prowadząca działalność na własny rachunek)
1.1	Nazwisko(-a) <sup>(1)</sup> :	
1.2	Imię (imiona) <sup>(2)</sup> :	Data urodzenia:
1.3	Poprzednie imiona i nazwiska:	
1.4	Adres w państwie właściwym	
1.5	Adres w państwie, do którego udaje się osoba ubezpieczona:	
1.6	Osobisty numer identyfikacyjny <sup>(4)</sup> : ..... 1	
2.	Osoba wymieniona powyżej jest uprawniona do zachowania prawa do świadczeń rzeczowych	
	<input checked="" type="checkbox"/> w razie choroby lub macierzyństwa	<input type="checkbox"/> z tytułu ubezpieczenia od wypadków niebędących wypadkami przy pracy <sup>(5)</sup>
	w	(państwo), do którego się udaje
2.1	<input type="checkbox"/> w celu zamieszkania	
2.2	<input checked="" type="checkbox"/> w celu uzyskania leczenia w <sup>(6)</sup>	
	.....	
	.....	
	lub w innym zakładzie o podobnym charakterze, w przypadku niezbędnego ze względu medycznych przeniesienia w związku z tym leczeniem.	
2.3	<input type="checkbox"/> w celu przesłania próbek biologicznych do analizy, bez potrzeby obecności zainteresowanej osoby.	
3.	Świadczenia te można uzyskać, na podstawie niniejszego zaświadczenia,	
	od dnia .....	do dnia ..... włącznie.
4.	Orzeczenie naszego lekarza przeprowadzającego badanie	
4.1	<input type="checkbox"/> jest dołączone do niniejszego formularza w zapieczętowanej kopercie	
4.2	<input type="checkbox"/> zostało wysłane w dniu ..... do <sup>(7)</sup>	
4.3	<input checked="" type="checkbox"/> zostanie przez nas wysłane na życzenie	
4.4	<input type="checkbox"/> nie zostało wysłane	
5.	Instytucja właściwa	
5.1	Nazwa instytucji: WIELKOPOLSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	
5.2	Numer identyfikacyjny instytucji: WF15	
5.3	Adres: PIEKARY 14/15 61823 POZNAŃ	
5.4	Pieczęć	5.5 Data:
		5.6 Podpis:


# EUROPEJSKA KARTA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO



Osoby posiadające EKUZ są uprawnione do świadczeń zdrowotnych, które okażą się niezbędne z medycznego punktu widzenia w czasie pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego, uwzględniając charakter świadczeń i przewidywany czas trwania pobytu. Każdorazowo zakres niezbędnych dla danej osoby świadczeń ustala lekarz.

Uprawnionemu należy udzielić wszystkich niezbędnych świadczeń umożliwiających mu kontynuowanie pobytu, aby nie musiał on wracać do kraju w celu leczenia. Lekarz powinien potraktować uprawnionego w podobny sposób, jak osobę ubezpieczoną w NFZ, czasowo przebywającą w jego rejonie, którą przyjmuje po raz pierwszy. Niezbędnych dla danej osoby świadczeń opieki zdrowotnej należy jej udzielić na takich samych zasadach, jak osobie ubezpieczonej w NFZ.

# CERTYFIKAT TYMCZASOWO ZASTĘPUJĄCY EKUZ

  
**BESCHEINIGUNG ALS PROVISORISCHER ERSATZ FÜR DIE  
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**  
 Gemäß Anhang 2 des Beschlusses Nr. 190 vom 18. Juni 2003  
 betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte

Bezeichnung des Vordrucks Ausgabemitgliedstaat  
 1-E:  2. DE

Angaben zum Karteninhaber  
 3. Name   
 4. Vornamen   
 5. Geburtsdatum   
 6. Persönliche Kennnummer

Angaben zum zuständigen Träger  
 7. Kennnummer des Trägers

Angaben zur Karte  
 8. Kennnummer der Karte   
 9. Ablaufdatum

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung Ausgabedatum der Bescheinigung  
 a) vom  c)   
 b) bis

Stempel des Trägers und Unterschrift  
 d)

Hinweise und Informationen  
 Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.

Herausgeber: DVA, Bonn  
 06.04

Certyfikat tymczasowo zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego poszczególne państwa członkowskie wystawiają w swoich językach urzędowych. Posiadaczom certyfikatu tymczasowo zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego przysługuje taki sam zakres uprawnień, jak w przypadku EKUZ.

