

INFORMACJA DLA OBCOKRAJOWCÓW KORZYSTAJĄCYCH ZE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

1. Osoby ubezpieczone w państwach członkowskich UE/EFTA powinni okazać świadczeniodawcy Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego/EKUZ (ang. EHIC). Karta uprawnia jej posiadacza do świadczeń opieki zdrowotnej, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie pobytu w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia/zamieszkania, z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń oraz przewidywanego czasu pobytu na terytorium Polski. Koszty świadczeń rozliczane są przez NFZ. Jeżeli pacjent nie posiada EKUZ, świadczeniodawca powinien niezwłocznie skontaktować się z właściwym oddziałem wojewódzkim NFZ, w celu uzyskania na rzecz pacjenta – od jego macierzystej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego – certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ, który będzie podstawą rozliczenia kosztów udzielonych świadczeń.
2. W przypadku nie posiadania EKUZ lub certyfikatu przez pacjenta świadczeniodawca może obciążyć go kosztami leczenia, wystawiając rachunek.
3. Obywatele innych państw podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce są traktowani, pod względem dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, tak samo jak ubezpieczeni obywatele RP.
4. Obywatele Albanii, Bośni i Hercegowiny, Czarnogóry, Federacji Rosyjskiej oraz Serbii, tj. państw, z którymi Polska jest związana odpowiednimi umowami/porozumieniami dwustronnymi o zabezpieczeniu społecznym lub współpracy w obszarze ochrony zdrowia, którzy przebywają w Polsce legalnie (tj. w szczególności na podstawie ważnych wiz) mogą korzystać z niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku. Koszty takich świadczeń pokrywane są przez Ministerstwo Zdrowia.
5. Osoby nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce ani w innym państwie członkowskim UE/ EFTA i nie posiadające obywatelstwa państw trzecich wymienionych w pkt 4 mogą, co do zasady korzystać ze świadczeń zdrowotnych odpłatnie. W przypadku okazania odpowiedniej polisy ubezpieczenia medycznego (np. polisy wymaganej w celu uzyskania wizy wjazdowej Schengen), placówka medyczna może jednak rozliczyć koszty udzielonych świadczeń bezpośrednio z towarzystwem ubezpieczeniowym, jeżeli polisa przewiduje taką możliwość.

Osoby ubezpieczone/zamieszkałe w pozostałych państwach członkowskich Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)

W momencie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osoby te powinny okazać świadczeniodawcy Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego/EKUZ (ang. EHIC). Karta uprawnia jej posiadacza do świadczeń opieki zdrowotnej, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie pobytu w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia/zamieszkania, z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń oraz przewidywanego czasu pobytu (*art. 19 rozporządzenia podstawowego*).

„Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego stanowi dowód na to, że jej posiadacz jest uprawniony w państwie członkowskim pobytu do świadczeń rzeczowych z tytułu choroby, które stają się niezbędne ze względów medycznych i które są udzielane podczas pobytu czasowego w innym państwie członkowskim z myślą o zapobieżeniu przymusowemu

powrotowi posiadacza karty do państwa właściwego lub państwa zamieszkania przed końcem planowanego pobytu w celu poddania się wymaganemu leczeniu. Celem świadczeń tego typu jest umożliwienie ubezpieczonemu kontynuowania pobytu w warunkach bezpiecznych dla zdrowia.” (*Decyzja Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego Nr S1 z dnia 12 czerwca 2009 r.*).

Posiadaczowi EKUZ lub Certyfikatu przysługuje także prawo do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia stomatologicznego, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze, a także do otrzymania leków refundowanych na takich samych zasadach, jakie stosuje się wobec osób ubezpieczonych w NFZ.

Jeżeli pacjent nie przedstawi EKUZ, świadczeniodawca powinien niezwłocznie skontaktować się z oddziałem wojewódzkim NFZ (OW NFZ), właściwym dla miejsca udzielania świadczeń. OW NFZ powinien niezwłocznie wystąpić do zagranicznej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (właściwej dla pacjenta), a jeżeli instytucja ta nie jest znana – do instytucji łącznikowej w państwie ubezpieczenia/zamieszkania, z wnioskiem o wystawienie na rzecz pacjenta Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ. Certyfikat uprawnia do takich samych świadczeń opieki zdrowotnej, jakie przysługują pacjentowi na podstawie EKUZ.

Możliwe jest również obciążenie pacjenta nie posiadającego EKUZ lub Certyfikatu pełnymi kosztami leczenia (*wg stawek zakontraktowanych przez OW NFZ*). Konieczne jest wówczas wystawienie rachunku po zakończeniu leczenia. Jeżeli pacjent jest ubezpieczony w jednym z państw członkowskich UE/EFTA, może wnioskować o zwrot poniesionych kosztów do macierzystej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (*art. 25 rozporządzenia wykonawczego*).

Obcokrajowcy - obywatele państw trzecich/spoza UE/EFTA

W momencie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej obywatele państw trzecich powinni okazać świadczeniodawcy dokument potwierdzający posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub posiadanie podróznego ubezpieczenia medycznego (*polisę komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego na wypadek nagłych zachorowań i innych nieprzewidzianych zdarzeń losowych skutkujących koniecznością udzielenia pomocy medycznej*). Jeżeli cudzoziemiec nie przedstawi ww. dokumentów (polis), zobowiązany jest do pokrycia pełnych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej z własnych środków.

Obowiązek posiadania podróznego ubezpieczenia medycznego nakładają na cudzoziemców z państw trzecich – przepisy *Schengen* oraz ustawy o cudzoziemcach.

Obywatele większości państw trzecich (*w tym Federacji Rosyjskiej, Tunezji oraz Ukrainy*) przy przekraczaniu granic zewnętrznych UE (w tym granicy RP) mają obowiązek posiadania i okazania jednolitej wizy wjazdowej typu Schengen w przypadku pobytu w strefie Schengen nie przekraczającego okresu 3 miesięcy, zgodnie z rozporządzeniem nr 539/2011.

W myśl przepisów rozporządzenia nr 810/2009, osoby ubiegające się o jednolitą wizę uprawniającą do jedno – lub dwukrotnego wjazdu muszą wykazać, że posiadają odpowiednie, ważne podrózne ubezpieczenie medyczne pokrywające wszelkie wydatki, które podczas ich pobytu (pobyków) na terytorium państw członkowskich mogą wyniknąć w związku z koniecznością powrotu z powodów medycznych (*transportu sanitarnego*), potrzebą pilnej

pomocy medycznej, nagłym leczeniem szpitalnym lub śmiercią (*art. 15 ust. 1 rozporządzenia nr 810/2009*). Również osoby ubiegające się o wizę jednolitą uprawniającą do co najmniej trzykrotnego wjazdu (wizę wielokrotnego wjazdu) wykazują, że posiadają odpowiednie, ważne podrózne ubezpieczenie medyczne obejmujące okres ich pierwszej planowanej wizyty. Ponadto osoby takie podpisują załączone do formularza wniosku oświadczenie, że są świadome konieczności posiadania podróznego ubezpieczenia medycznego podczas kolejnych pobytów (*art. 15 ust. 2 rozporządzenia nr 810/2009*). Zgodnie z art. 15 ust. 3 tego rozporządzenia, ubezpieczenie musi być ważne na całym terytorium państw członkowskich i obejmować całkowity okres planowanego pobytu lub tranzytu danej osoby. Minimalna kwota ubezpieczenia wynosi 30.000 EUR.

Podczas oceny, czy ubezpieczenie jest odpowiednie, konsulaty ustalają, czy w danym państwie członkowskim (*np. w Polsce*) można dochodzić roszczeń wobec danego towarzystwa ubezpieczeniowego (*art. 15 ust. 5 rozporządzenia nr 810/2009*).

Zwolnieni z wymogu posiadania podróznego ubezpieczenia medycznego są posiadacze paszportów dyplomatycznych, osoby posiadające odpowiednie ubezpieczenie w związku ze swoją sytuacją zawodową. Zwolnienie z tego obowiązku może dotyczyć także konkretnych grup osób, *np.* marynarzy, objętych już podróznym ubezpieczeniem medycznym w związku z wykonywanym zawodem.

Zwolnieni z obowiązku wizowego w przypadku pobytów w strefie Schengen nie przekraczających 3 miesięcy, a zatem także z wymogu posiadania podróznego ubezpieczenia medycznego zwolnieni są m.in. obywatele: Albanii, Bośni i Hercegowiny, Czarnogóry, Macedonii oraz Serbii (*Vide: Przepisy szczególne - umowy i porozumienia dwustronne zawarte przez RP z państwami trzecimi*).

Obowiązek posiadania podróznego ubezpieczenia medycznego o minimalnej kwocie ubezpieczenia w wysokości 30.000 Euro nakłada na cudzoziemców wjeżdżających na terytorium RP także ustawa o cudzoziemcach – w przypadku wiz krajowych.

Zgodnie z art. 25 ustawy o cudzoziemcach: *Cudzoziemiec wjeżdżający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej powinien:*

1. uzasadnić cel i warunki planowanego pobytu;
2. posiadać oraz okazać na żądanie:
 1. *dokument potwierdzający posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu przepisów 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.) lub posiadanie podróznego ubezpieczenia medycznego o minimalnej kwocie ubezpieczenia w wysokości 30.000 euro, ważnego przez okres planowanego pobytu cudzoziemca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pokrywającego wszelkie wydatki, które mogą wyniknąć podczas pobytu na tym terytorium w związku z koniecznością podróży powrotnej z powodów medycznych, potrzebą pilnej pomocy medycznej, nagłym leczeniem szpitalnym lub ze śmiercią, w którym ubezpieczyciel zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielonych ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych bezpośrednio na rzecz podmiotu udzielającego takich świadczeń, na podstawie wystawionego przez ten podmiot rachunku - w przypadku wjazdu na podstawie wizy krajowej (...)*

Wiza krajowa uprawnia do wjazdu i ciągłego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub kilku pobytów następujących po sobie, trwających łącznie dłużej niż 3 miesiące.

Przepisy szczególne - umowy i porozumienia dwustronne zawarte przez RP z państwami trzecimi

Porozumienie między MZiOS RP i Ministerstwem Zdrowia Republiki Albanii o współpracy w dziedzinie ochrony zdrowia i nauk medycznych:

„W przypadku nagłych zachorowań lub wypadków Obie Strony zapewniają bezpłatną opiekę medyczną obywatelom każdej ze Stron w czasie ich pobytu na terytorium drugiej Strony”.

Protokół o współpracy między MZiOS RP a Ministerstwem Zdrowia i Przemysłu Medycznego Federacji Rosyjskiej w dziedzinie ochrony zdrowia i nauk medycznych:

„Strony zapewniają bezpłatne świadczenia zdrowotne obywatelom państw jednej ze Stron, przebywającym czasowo na terytorium państwa drugiej Strony, w przypadkach nagłych zachorowań i nieszczęśliwych wypadków, do czasu, kiedy stan chorego pozwoli na transport do kraju.

Decyzje kwalifikujące stan chorego jako przypadek nagły będą podejmowane przez lekarzy udzielających pierwszej pomocy.

W odniesieniu do pracowników dyplomatyczno-konsularnych oraz członków ich rodzin bezpłatne świadczenia zdrowotne udzielane będą na zasadzie wzajemności”.

Umowa między MZiOS RP a Ministerstwem Zdrowia Publicznego Republiki Tunezyjskiej o współpracy w dziedzinie ochrony zdrowia i nauk medycznych:

Nie dotyczy obywateli umawiających się stron, udających się na terytorium państwa – drugiej strony umowy w celach turystycznych.

„Umawiające się Strony zapewniają, na zasadzie wzajemności, bezpłatną pomoc medyczną w przypadku choroby, w publicznych zakładach opieki zdrowotnej:

1. specjalistom i ekspertom przebywającym w kraju Strony przyjmującej w ramach niniejszej Umowy,
2. przedstawicielom dyplomatycznym oraz członkom ich rodzin.”

Umowa o ubezpieczeniu społecznym między Rządem PRL a Rządem Federacyjnej Ludowej Republiki Jugosławii wraz z Porozumieniem (administracyjnym) dotyczącym wykonywania przepisów tej Umowy:

Art. 7 Umowy:

„Świadczenia rzeczowe z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa przyznaje według własnych przepisów i na swój rachunek organ tej Umawiającej się Strony, na

obszarze której uprawniona osoba (pracownik, rencista, członek rodziny) przebywa. Stosuje się to również do osób wymienionych w artykule 3 ustęp 2*, z wyjątkiem pracowników dyplomatycznych i konsularnych. Umawiające się Strony mogą uzgodnić, że postanowienia niniejszego artykułu będą się stosowały również do pracowników dyplomatycznych i konsularnych.”

Art. 3 Porozumienia Administracyjnego (dot. stosowania art. 7 Umowy):

„1. Osobom uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa według ustawodawstwa jednej Umawiającej się Strony, które przebywają na terytorium drugiej Umawiającej się Strony, organ tej Strony udziela świadczeń w naturze tak, jak własnym ubezpieczonym. Jednakże osobom, które przebywają na terytorium drugiej Umawiającej się Strony w celach turystycznych, organ tej Strony może ograniczyć udzielanie świadczeń w naturze tylko do takich świadczeń, które są im niezbędnie potrzebne.
2. W celu umożliwienia udzielania świadczeń, o których mowa w poprzednim ustępie, uprawniona osoba powinna udowodnić, że ma prawo do tych świadczeń w swoim kraju, zaświadczeniem właściwego organu ubezpieczenia społecznego lub innym dokumentem, z którego to wynika. Centralne organy ubezpieczenia społecznego Umawiających się Stron mogą opracować w drodze porozumienia wzór tego zaświadczenia.”

Nie opracowano wzoru takiego zaświadczenia (formularza). Dokumentem potwierdzającym prawo obywatela Bośni i Hercegowiny, Chorwacji, Czarnogóry lub Serbii do świadczeń w zdrowotnych w Polsce może być ważny paszport lub inny dokument, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych.

Umowa między RP a Republiką Macedonii o zabezpieczeniu społecznym:

Nie dotyczy obywateli umawiających się stron, udających się na terytorium państwa – drugiej strony umowy w celach turystycznych.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na koszt ministra właściwego ds. zdrowia, potwierdzone stosownymi dokumentami wydanymi przez stronę macedońską, mają niżej wymienieni obywatele Republiki Macedonii:

- delegowani do pracy na terytorium Polski (max. przez okres 48 miesięcy) oraz towarzyszący im członkowie ich rodzin,
- pracujący na własny rachunek, wykonujący zwykle swą działalność w Macedonii, przenoszący czasowo tę działalność na terytorium Polski (max. przez okres 24 miesięcy) oraz towarzyszący im członkowie ich rodzin
 - zakres przysługujących im świadczeń jest ograniczony do świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla usunięcia bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia; dokumentem potwierdzającym ww. uprawnienia jest formularz RM/PL111, wystawiony przez macedońską instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, który należy okazać polskiemu świadczeniodawcy;
- mieszkający w Polsce emeryci lub renciści, pobierający wyłącznie macedońskie świadczenia emerytalno-rentowe, oraz mieszkający na terytorium Polski członkowie ich rodzin;
 - dokumentem potwierdzającym ww. uprawnienia jest formularz RM/PL121, wystawiony przez macedońską instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, który należy złożyć/zarejestrować w oddziale wojewódzkim NFZ właściwym dla miejsca zamieszkania w Polsce;

- członkowie personelu administracyjnego, technicznego oraz pomocniczego misji dyplomatycznych i urzędów konsularnych, osoby zatrudnione jako prywatna służba domowa członków misji dyplomatycznych i urzędów konsularnych, jeżeli dokonali wyboru ustawodawstwa macedońskiego w ciągu 3 miesięcy począwszy od wejścia w życie omawianej Umowy lub od dnia rozpoczęcia pracy na terytorium Polski,
 - dokumentem potwierdzającym ww. uprawnienia jest formularz RM/PL111, wystawiony przez macedońską instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, który należy okazać polskiemu świadczeniodawcy.

Emeryci, renciści oraz członkowie ich rodzin, a także członkowie personelu administracyjnego, technicznego oraz pomocniczego misji dyplomatycznych i urzędów konsularnych i osoby zatrudnione jako prywatna służba domowa mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w pełnym zakresie podczas (czasowego) zamieszkania lub pobytu na terytorium Polski.

Przepisy wszystkich obowiązujących obecnie umów i porozumień dwustronnych, nie obejmują świadczeń związanych z transportem (w tym transportem sanitarnym) z państwa pobytu do państwa zamieszkania. Obywatele ww. państw udający się do Polski muszą liczyć się z koniecznością sfinansowania ewentualnego transportu do kraju zamieszkania z własnych środków lub wykupić komercyjną polisę ubezpieczeniową, gwarantującą pokrycie kosztów takiego transportu.

*Artykuł 3:

1. Pracownicy i osoby z nimi zrównane objęci są ubezpieczeniem społecznym tej Umawiającej się Strony, na której obszarze wykonywane jest zatrudnienie lub działalność, miarodajne dla ubezpieczenia.
2. Od zasady określonej w poprzednim ustępie ustala się następujące wyjątki:
 1. pracownicy przedstawicielstw dyplomatycznych i konsularnych oraz osoby u nich zatrudnione objęci są ubezpieczeniem społecznym tej Umawiającej się Strony, na której obszarze mają swoje stałe miejsce zamieszkania. Stosuje się to również do pracowników państwowych i pracowników innych publiczno-prawnych instytucji i organizacji jednej Umawiającej się Strony, zatrudnionych na obszarze drugiej Umawiającej się Strony,
 2. pracownicy przedsiębiorstw publicznej komunikacji lądowej, powietrznej i wodnej jednej Umawiającej się Strony, wysłani w celu przejściowego lub stałego zatrudnienia na obszarze drugiej Umawiającej się Strony, oraz pracownicy wysłani przez inne przedsiębiorstwa, mające swą siedzibę na obszarze jednej Umawiającej się Strony, w celu przejściowego zatrudnienia na obszarze drugiej Umawiającej się Strony, objęci są ubezpieczeniem społecznym tej Umawiającej się Strony, na której obszarze przedsiębiorstwo ma swą siedzibę,
 3. załoga statku objęta jest ubezpieczeniem społecznym tej Umawiającej się Strony, pod której banderą pływa.
3. Centralne organy Umawiających się Stron mogą ustalić inne wyjątki lub też uzgodnić, że przewidziane w poprzednim ustępie wyjątki nie będą miały zastosowania w ogóle lub w poszczególnych przypadkach.

Podsumowanie - zasady postępowania w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej obywatelom państw trzecich

1. Co do zasady, obywatele państw trzecich przebywający na terytorium RP na podstawie wizy pobytowej typu Schengen lub wizy krajowej, w momencie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium RP powinni okazać świadczeniodawcy dokument potwierdzający posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych albo polisę podróznego ubezpieczenia medycznego (z minimalną kwotą ubezpieczenia w wysokości 30 tys. EURO). Jeżeli cudzoziemiec nie przedstawi ww. dokumentów (polisy), zobowiązany jest do pokrycia pełnych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej z własnych środków.
2. Zasada ta bez wyjątku dotyczy obywateli Ukrainy i Tunezji, ze względu na obowiązek wizowy przewidziany w przepisach Schengen i w ustawodawstwie polskim (wizy krajowe). Umowa między MZiOS RP a Ministerstwem Zdrowia Publicznego Republiki Tunezyjskiej o współpracy w dziedzinie ochrony zdrowia i nauk medycznych nie dotyczy obywateli Tunezji przebywających w Polsce w celach turystycznych, obejmuje wyłącznie ekspertów i dyplomatów oraz członków rodzin dyplomatów.
3. Zasada ta dotyczy także obywateli Federacji Rosyjskiej, ze względu na obowiązek wizowy, przewidziany w przepisach Schengen i w ustawodawstwie polskim (wizy krajowe). W szczególnych przypadkach, tj. wtedy, gdy obywatele tego państwa nie będą mogli okazać polisy podróznego ubezpieczenia medycznego w momencie udzielania świadczeń (np. uległa ona zniszczeniu) lub nie będzie możliwe odzyskanie kosztów leczenia od towarzystwa ubezpieczeniowego, które zawarło umowę ubezpieczenia albo polisa nie będzie obejmować niektórych kategorii świadczeń, można wobec nich stosować postanowienia Protokołu o współpracy między MZiOS RP a Ministerstwem Zdrowia, i Przemysłu Medycznego Federacji Rosyjskiej w dziedzinie ochrony zdrowia i nauk medycznych. Przepisy Protokołu stosuje się zawsze wobec pracowników dyplomatyczno-konsularnych oraz członków ich rodzin.
4. Obywatele Albanii, Bośni i Hercegowiny, Chorwacji, Czarnogóry oraz Serbii nie są objęci obowiązkiem wizowym (w przypadku wiz typu Schengen). Nie oznacza to jednak, że nie mogą posiadać podróznego ubezpieczenia medycznego na wypadek nagłych zachorowań i innych zdarzeń losowych skutkujących koniecznością udzielenia opieki medycznej (np. w przypadku wizy krajowej). Jednakże jeżeli obywatele tych państw nie będą posiadać polisy podróznego ubezpieczenia medycznego w momencie udzielania świadczeń (patrz pkt 3), wówczas można wobec nich stosować postanowienia odpowiednio – Porozumienia między MZiOS RP i Ministerstwem Zdrowia Republiki Albanii o współpracy w dziedzinie ochrony zdrowia i nauk medycznych oraz Umowy o ubezpieczeniu społecznym między Rządem PRL a Rządem Federacyjnej Ludowej Republiki Jugosławii.
5. Obywatele Republiki Macedonii nie są objęci obowiązkiem wizowym (w przypadku wiz typu Schengen). Nie oznacza to jednak, że nie mogą posiadać podróznego ubezpieczenia medycznego na wypadek nagłych zachorowań i innych zdarzeń losowych skutkujących koniecznością udzielenia opieki medycznej (np. w przypadku wizy krajowej). Jeżeli obywatele tego państwa w momencie udzielania świadczeń nie będą posiadali polisy podróznego ubezpieczenia medycznego albo odpowiedniego formularza wymaganego przy stosowaniu przepisów Umowy między RP a Republiką Macedonii o zabezpieczeniu społecznym, powinni pokryć pełne koszty świadczeń opieki zdrowotnej z własnych środków.

Opracowanie: Dział Ewidencji i Rozliczenia Świadczeń Medycznych IGiChP

08.11.2019
Obroniła Jurek
7