

EXTRAS INDIVIDUAL PRIVIND CHELTUIELILE EFECTIVE

Regulamentul (CEE) Nr. 1408/71: articolul 36(1) și (2); articolul 63(1); articolul 87(1)
Regulamentul (CEE) Nr. 574/72: articolul 93(1), (2), (4) și (5); articolul 105(1)

A se completa un formular pentru fiecare beneficiar.

Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din trei pagini.

1. Factura nr. semestrul 1 semestrul 2 al anului financiar 20.....

2. Instituția competentă destinatară

2.1 Denumire:

2.2 Număr de identificare a instituției :

Adresa :

3.

3.1 Nume ⁽²⁾ :

3.2 Nume anterior:.....

Prenume: Data nașterii

3.4 Număr de identificare personal⁽³⁾ :

(a) alocat de către instituția competentă

(b) alocat de către instituția creditoare:

3.5 Persoana asigurată este:

Lucrător salariat

Lucrător independent

Lucrător frontalier (salariat)

Lucrător frontalier (independent)

Lucrător în șomaj

4. Persoana menționată mai sus a beneficiat de prestații pe baza următorului document:

4.1 Cardul European de Asigurare de Sănătate nr. Data expirării:

certificat provizoriu de înlocuire a Cardului European de Asigurare de Sănătate nr.

din data: valabil de la până la

Formularul E..... din data..... valabil de la până la

4.2 Persoana menționată mai sus a fost supusă expertizei medicale solicitate la data de

5.	Cheltuieli efectuate		Quantum ⁽⁴⁾
5.1	Pentru prestațiile în natură acordate urmărire a ⁽⁵⁾	De la la <input type="checkbox"/> unei boli <input type="checkbox"/> accidente neprofesional <input type="checkbox"/> boală sau accident de muncă	...............
5.2	Îngrijiri medicale	.....	.....
5.3	Îngrijiri dentare	.....	.....
5.4	Medicamente	.....	.....
5.5	Spitalizare	De la la De la la .....	..........
5.6	Alte prestații ⁽⁶⁾
5.7	Total prestații în natură	.....	.....
5.8	Controale medicale ⁽⁷⁾
5.9	Pentru prestații în bani acordate	de la la .....	..........
5.11	Total cheltuieli	.....	=====

6.	Instituția creditoare
6.1	Denumire :
6.2	Număr de identificare a instituției :
6.3	Adresa :
6.3	Ștampila ⁽⁸⁾
6.4	Data :
6.5	Semnătura :

7.	Rezervat instituției din țara competentă
.....	

NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia ; DK = Danemarca ; DE = Germania ; EE = Estonia ; GR = Grecia ; ES = Spania ; FR = Franța ; IE = Irlanda ; IT = Italia ; CY = Cipru ; LV = Letonia; LT = Lituania ; LU = Luxemburg ; HU = Ungaria ; MT = Malta ; NL = Țările de Jos ; AT = Austria ; PL = Polonia ; PT = Portugalia ; SI = Slovenia ; SK = Slovacia ; FI = Finlanda ; SE = Suedia ; UK = Regatul Unit al Marii Britanii ; LI = Liechtenstein ; NO = Norvegia ; CH = Elveția.
- (2) A se indica numele în ordinea statutului civil ;
- (3) Dacă beneficiarul este un membru de familie înregistrat pe baza formularului E 106, vă rugăm să indicați numărul de identificare personal al persoanei asigurate ;
- (4) A se indica suma în moneda națională ;
- (5) În cazul în care formularul este trimis unei instituții elvețiene ;
- (6) A se indica natura prestațiilor : îngrijiri oferite la naștere, proteze dentare, proteze ortopedice, cure termale, ambulanță, mijloace complementare de diagnostic, etc.
- (7) A se indica natura controalelor medicale sau a expertizelor medicale efectuate.
- (8) Un formular semnat și trimis electronic nu trebuie să fie ștampilat.