



Potwierdzenie prawa do świadczeń zdrowotnych

Z dniem 1 stycznia 2010 ZUS zaprzestał wydawania legitymacji ubezpieczeniowych.

Osoba, która zamierza skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia w NFZ zobowiązana jest przedstawić potwierdzenie prawa do ich uzyskania.

Obowiązek przedstawienia potwierdzenia prawa do świadczeń nie dotyczy dzieci do 6 miesiąca życia, które nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego, np. z powodu braku numeru PESEL.

Do czasu wydania **Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego** dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń jest dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, np.:

dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni)

- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
- legitymacja ubezpieczeniowa (wydana przed 1.01.2010) z aktualnym wpisem pieczęcią pracodawcy;

dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;

dla osoby ubezpieczonej w KRUS

- zaświadczenie lub legitymacja aktualnie podstemplowane przez KRUS (dowód wpłaty składki w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej);

dla emerytów i rencistów

- legitymacja emeryta lub rencisty,
- w przypadku legitymacji wydanej przez ZUS numer legitymacji powinien zawierać oznaczenie oddziału NFZ,
- zaświadczenie z ZUS lub KRUS (WBA, ZER MSWiA),
- aktualny odcinek emerytury lub renty,
- dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg (art. 240 ust. 2 Ustawy);

dla osoby bezrobotnej

- aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;



dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie

- umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej;

dla członka rodziny osoby ubezpieczonej

- dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kserokopią zgłoszenia (druki: ZUS RMUA + druk ZUS ZCNA jeżeli zgłoszenie nastąpiło po 1 lipca 2008 r. (ZUS ZCZA jeżeli zgłoszenie nastąpiło przed dniem 1 lipca 2008 r.),
- aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę,
- zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny,
- legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczętą zakładu pracy lub ZUS,
- legitymacja emeryta/rencisty z wpisanymi członkami rodziny podlegającymi ubezpieczeniu, potwierdzająca dokonanie zgłoszenia w dniu 1 stycznia 1999 r. lub później, wraz z aktualnym odcinkiem wypłaty świadczenia - dotyczy tylko KRUS,
- w przypadku dzieci uczących się - pomiędzy 18, a 26 rokiem życia - dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki - legitymację szkolną/studencką lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności,
- w przypadku studentów po ukończeniu 26 roku życia - zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) oraz legitymacja studencka lub doktorancka;

dla osoby nieubezpieczonej, spełniającej kryterium dochodowe uprawniające do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej

- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

dla osoby ubezpieczonej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej

- poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP),
- karta EKUZ (lub certyfikat ją zastępujący) wydana przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA.

dla osoby przebywającej na ciągłym zwolnieniu lekarskim

- zaświadczenia z ZUS informujące o ciągłości zwolnienia. Osoby te mają prawo do świadczeń do ostatniego dnia zwolnienia.



Jeżeli pacjent nie posiada aktualnego zaświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń, może taki dokument przedstawić w innym czasie:

- jeśli przebywa w szpitalu - **nie później niż w terminie 30 dni** od dnia przyjęcia lub
- **w terminie 7 dni** od dnia zakończenia udzielania świadczenia.

UWAGA

W przypadku braku aktualnego dowodu ubezpieczenia w dniu udzielanej porady, w/w dowód należy dostarczyć w terminie 7 dni. w przeciwnym razie świadczeniodawca jest zobowiązany do wystawienia faktury/rachunku za udzieloną usługę.

Brak dokumentu potwierdzającego prawo do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej
nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia!