

W związku z zaprzestaniem wydawania przez ZUS legitymacji ubezpieczeniowych od dnia 1 stycznia 2010 roku, NFZ przedstawia informację na temat dokumentów potwierdzających prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

### **Potwierdzenie prawa do świadczeń**

Osoba, która zamierza skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia 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 każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, np.:

#### **dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę**

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni),
- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
- legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym wpisem i 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. Jeżeli 3. i 4. pozycja numeru zawiera znaki "--", legitymacja nie jest dokumentem potwierdzającym uprawnienia do świadczeń zdrowotnych. W takim przypadku należy przedstawić inny dowód ubezpieczenia. Np. osoba pobierająca rentę/emeryturę ZUS, ale zamieszkała na terenie innego państwa, powinna przedstawić aktualną kartę EKUZ;
- 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 lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu**

- 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 zasiłku chorobowym lub wypadkowym**

- zaświadczenie z ZUS - do końca okresu pobierania zasiłku chorobowego lub wypadkowego.

**Ważne! Nie jest konieczne okazywanie świadczeniodawcom danych dotyczących otrzymywanego wynagrodzenia, emerytury lub renty.**

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.

**Niedostarczenie dokumentu w wyżej wymienionych terminach może skutkować obciążeniem pacjenta kosztami udzielonego świadczenia!**

Późniejsze niż przewidziane przedstawienie dokumentu nie powinno stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów albo ich zwrotu. Powyższe zasady dotyczą także obywateli innych krajów UE lub EFTA uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

**Brak dokumentu potwierdzającego prawo do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia w przypadku stanu nagłego!**

**Ważność dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń**

Przyjmuje się, że dokument potwierdzający prawo do świadczeń jest ważny przez 30 dni od:

- **daty wystawienia** - zaświadczenie z zakładu pracy, zaświadczenia ZUS i KRUS,
- **daty poświadczenia** - legitymacja ubezpieczeniowa,
- **daty opłacenia składki** - ZUS RMUA, dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- **daty ważności dokumentu** - legitymacja rencisty.

Wyjątkami od tej zasady są:

- legitymacja emeryta - ważna bezterminowo,

- zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego - do końca terminu ważności,
- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy - ważna 90 dni od dnia określonego w decyzji.

### Ustanie prawa do świadczeń

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustaje zazwyczaj po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, na przykład:

- w przypadku ustania stosunku pracy (np. z tytułu umowy o pracę) - po upływie 30 dni od dnia rozwiązania umowy o pracę,
- w przypadku zakończenia prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej - po upływie 30 dni od dnia zakończenia prowadzenia takiej działalności,
- w przypadku osób zatrudnionych, pozostających na urlopie bezpłatnym - po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu, > w przypadku osób bezrobotnych - po upływie 30 dni od dnia utraty statusu bezrobotnego,
- w przypadku śmierci osoby, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia - członkowie rodziny tracą prawo do świadczeń po upływie 30 dni od daty śmierci.

Osobom, które:

- ukończyły szkołę średnią lub wyższą lub zostały skreślone z listy uczniów lub studentów - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje **przez 4 miesiące** od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów,
- ubiegają się o przyznanie emerytury lub renty - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń,
- pobierają zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie pobierania przez te osoby zasiłku,

Po upływie tego czasu osoba, która chce nadal korzystać ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia w NFZ, powinna uzyskać inne prawo do ubezpieczenia, np. ubezpieczyć się dobrowolnie. Jeżeli tego nie uczyni, może ponieść samodzielnie koszty udzielonych jej świadczeń.