ABC zdrowia. Potwierdzenie prawa do świadczeń

Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: sobota, 05, maj 2012 00:00
Rafał Rudka
Odsłony: 1875

Osoba, która zamierza skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawców, którzy mają podpisaną umowę z NFZ, ma obowiązek przedstawić potwierdzenie prawa do ich uzyskania. Obowiązek ten nie dotyczy dzieci do 6. miesiąca życia, które nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego.

Do czasu wydania Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej (także karta elektroniczna), 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 lub podstemplowana legitymacja ubezpieczeniowa (od 1 stycznia 2010 roku ZUS nie wydaje już legitymacji ubezpieczeniowych.
- dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą
    - druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- dla osoby ubezpieczonej w KRUS
    - dokument określający zobowiązanie z tytułu składek wystawiony przez KRUS na rolnika lub domownika podlegającego obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu rolników, na którym ta osoba została wskazana;
    - zaświadczenie;
    - podstemplowana przez KRUS legitymacja;
    - decyzja o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników
    - 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

Phoca PDF

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 pieczątką 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 – np. 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;

Dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia, posiadające obywatelstwo polskie (potwierdzone np. dowodami osobistymi obojga rodziców), mają zagwarantowane prawo do świadczeń! Nie powinny być odsyłane z powodu braku dowodu ubezpieczenia, nawet jeżeli ubezpieczony rodzic nie dokonał zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia – mimo ustawowego obowiązku.

- 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 certyfi kat ją zastępujący) wydana przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA – w przypadku pobytu na terenie RP;
- dla osoby przebywającej na zasiłku chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu ubezpieczenia zdrowotnego
  - zaświadczenia z ZUS informujące o wypłacie zasiłku.
    Takie osoby mają prawo do świadczeń do ostatniego dnia zwolnienia;

W przypadku braku dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, pacjent, który je posiada może złożyć oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, które powinno zawierać:

- imię i nazwisko,
- datę urodzenia,
- PESEL,
- nazwę instytucji, która zgłosiła pacjenta do ubezpieczenia,
- nazwę oddziału NFZ, do którego pacjent został zgłoszony.

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

- nie później niż w terminie 30 dni od dnia przyjęcia,

Phoca PDF

- lub 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.

Jednak przy znacznym opóźnieniu w dostarczeniu potwierdzenia prawa do świadczeń, świadczeniodawca może odmówić zwrotu kosztów. Powyższe zasady dotyczą także obywateli innych krajów UE lub EFTA uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

W przypadku stanu nagłego, brak dokumentu potwierdzającego prawo do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia.

Źródło: Vademecum 2012, NFZ

Phoca PDF