

Dziś jest niedziela, 06 listopada 2011 godzina 01:10:39

wersja tekstowa **FUNDUSZ ODPOWIADA****UBEZPIECZENIE W NFZ**

- Składka na ubezpieczenie zdrowotne
- Zgłoszenie do ubezpieczenia
- Uprawnieni do świadczeń
- Dowody ubezpieczenia
- Ubezpieczony Kowalski i jego rodzina
- Ubezpieczenie dobrowolne
- Gwarantowane świadczenia
- Świadczenia niefinansowane przez NFZ
- Identyfikatory Oddziałów NFZ

**JAK SIĘ LECZYĆ****GDZIE SIĘ LECZYĆ****INFORMACJE O PLACÓWKACH****FORMULARZE****BADANIA PROFILAKTYCZNE****KOLEJKA MEDYCZNA****DOKUMENTACJA MEDYCZNA****DOPLATY PACJENTA DO LEKÓW****SKARGI I WNIOSKI****OPIEKA ZDROWOTNA W UE****ŻYCIE PO PRZESZCZEPIE****WSZYSTKIE KOMUNIKATY DLA PACJENTA**

Wybierz temat...

### Całodobowy telefon informacyjny

Szczecin **91 46 45 045, 194 94\***

\*Dzwoniąc z telefonu komórkowego - wybrać kierunkowy 91

Koszalin **800 133 773, 94 34 06 712**

Całodobowy telefon informacyjny obsługiwany jest przez firmy zewnętrzne

**SKARGI I WNIOSKI**tel. 91 425 10 50  
tel./faks 91 425 10 52BADANIA  
PROFILAKTYCZNE

WWW.ZROBCYTOLOGIE.PL



KODEKS WALKI Z RAKIEM

**DLA PACJENTA \ UBEZPIECZENIE W NFZ**

Dowody ubezpieczenia

- ▲ ZUS RMUA - imienny raport miesięczny dla osoby ubezpieczonej. Wzór.
- ▲ Zasada ogólna
- ▲ Legitymacja ubezpieczeniowa
- ▲ Druk ZUS RMUA
- ▲ Dowody ubezpieczenia i inne dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- ▲ Kiedy okazać dokument ubezpieczenia? Stan nagły.
- ▲ Ważność dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń
- ▲ Ustanie prawa do świadczeń

[Powrót](#)▲ **Zasada ogólna**

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

Możliwość przedstawienia dokumentu w późniejszym terminie dotyczy świadczeń udzielonych w stanie nagłym.

W razie nieprzedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy.

Do czasu wydania Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dowód opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne.

▲ **Legitymacja ubezpieczeniowa**

Mimo zaprzestania z końcem grudnia 2009 roku wydawania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych nowych legitymacji ubezpieczeniowych, dotychczas wydane pracownicze legitymacje ubezpieczeniowe nadal stanowią dowód ubezpieczenia pracownika, o ile zostaną poświadczone pieczęcią i wpisem przez pracodawcę, potwierdzającymi odprowadzenie za pracownika obowiązkowej składki na ubezpieczenie zdrowotne.

▲ **Druk ZUS RMUA**

Jest miesięcznym raportem wystawianym przez pracodawcę pracownikowi. Zawiera dane płatnika składki oraz osoby ubezpieczonej, a także zestawienie należnych składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne wraz z podstawą do ich naliczenia, a także wysokość wynagrodzenia. Informacje te są danymi osobowymi, podlegającymi ochronie ustawowej. Na drukach ZUS RMUA nie należy tych danych skreślać ani zamazywać - wystarczy tę część kartki zagiąć, aby zachować poufność danych).

Wystarczającym dowodem opłacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne jest **dolny odcinek RMUA, który wraz z drukiem zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego** potwierdza prawo osoby, za którą odprowadzona została składka, do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dolny odcinek druku RMUA zawiera następujące dane: imię i nazwisko osoby ubezpieczonej, jej PESEL, okres rozliczeniowy za jaki opłacono składkę, kod właściwego oddziału NFZ oraz pieczęć adresową płatnika wraz z podpisem pracodawcy lub osoby upoważnionej.

▲ **Dowody ubezpieczenia i inne dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

1. **dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę**
  - ▲ druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnie potwierdzonym raportem miesięcznym ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni)
  - ▲ lub aktualne zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie osoby ubezpieczonej
  - ▲ lub legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym wpisem i pieczęcią pracodawcy
2. **dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą**
  - ▲ druk potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego (ZUS ZUA) wraz z dowodem opłacenia przez przedsiębiorcę składki na ubezpieczenie zdrowotne za ostatni miesiąc
3. **dla osoby ubezpieczonej w KRUS**
  - ▲ zaświadczenie lub legitymacja aktualnie podstemplowane przez KRUS (dowód wpłaty składki w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej)
4. **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 Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego
  - ▲ lub zaświadczenie z ZUS lub KRUS (WBA, ZER MSWiA)
  - ▲ lub aktualny odcinek emerytury lub renty
  - ▲ lub dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg (art. 240 ust. 2 Ustawy)
5. **dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie**
  - ▲ umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne



#### 6. 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.)
- △ lub aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę lub zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny
- △ lub legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczętą zakładu pracy lub ZUS
- △ lub 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 osób uczących się - pomiędzy 18. a 26. rokiem życia - dodatkowo dokument potwierdzający fakt pobierania nauki - legitymacja szkolna/studencka 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.

**Uwaga!** 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. Okres 4 miesięcy należy liczyć od dnia zakończenia kształcenia, tj.: - w przypadku osób zdających maturę - od daty wskazanej na świadectwie maturalnym- w przypadku absolwentów niezdających matury - od daty wskazanej na świadectwie ukończenia szkoły

#### 7. dla osoby bezrobotnej

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

#### 8. 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. Decyzja ważna jest 90 dni

#### 9. dla osoby ubezpieczonej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu EFTA

- △ EKUZ (lub certyfikat zastępujący EKUZ) wydany przez inny niż Polska kraj członkowski UE/ EFTA
- △ lub poświadczenie formularza z serii E 100 wydane przez NFZ, potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; wzór poświadczenia określa rozporządzenie Ministra Zdrowia; poświadczenie wydawane jest osobom zamieszkującym na terenie RP, a ubezpieczonym w innym kraju UE/ EFTA)

#### 10. dla osoby przebywającej na ciągłym zwolnieniu lekarskim

- △ zaświadczenia z ZUS informujące o ciągłości zwolnienia; takie osoby mają prawo do świadczeń zdrowotnych w okresie pobierania zasiłku chorobowego bądź wypadkowego.

#### 11. dla osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty:

- △ zaświadczenie z ZUS potwierdzające ubieganie się o przyznanie emerytury lub renty. Uwaga! osobom tym prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje w okresie trwania postępowania o przyznanie emerytury/renty, niezależnie od tego czy w efekcie to świadczenie emerytalne/rentowe uzyskają

#### 12. dla ubezpieczonych w Śląskim Oddziale NFZ:

- △ elektroniczna karta ubezpieczenia zdrowotnego wraz z potwierdzeniem opłacenia składki i zgłoszeniem do ubezpieczenia
- lub dowody ubezpieczenia takie, jak dla innych ubezpieczonych (z uwagi na brak czytników, tj. możliwości odczytania informacji zawartych w karcie elektronicznej)

#### 13. dla osoby pobierającej zasiłek chorobowy, rehabilitacyjny lub macierzyński:

- △ zaświadczenie o wypłacaniu zasiłku lub dokument potwierdzający wypłatę świadczenia pieniężnego. Uwaga! Prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje w okresie pobierania zasiłku.

#### 14. dla nieubezpieczonej kobiety w okresie ciąży, porodu i pogoju, posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP:

- △ karta przebiegu ciąży i dokument stwierdzający tożsamość; dla kobiety w okresie pogoju (do 42 dnia po porodzie) - skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i dokument stwierdzający tożsamość matki.

#### 15. dla osoby niezgłoszonej do ubezpieczenia, posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP, która nie ukończyła 18 roku życia:

- △ dokument potwierdzający tożsamość albo skrócony odpis aktu urodzenia

#### 16. dla osoby poszkodowanej podczas wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa:

- △ legitymacja wydana przez Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia

#### ▲ Kiedy okazać dokument ubezpieczenia? Stan nagły

Zgodnie z art. 50 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku nieprzedstawienia takiego dokumentu świadczenie zostaje udzielone na koszt pacjenta.

Możliwość przedstawienia dokumentu w późniejszym terminie dotyczy sytuacji, o której mowa w art. 19 ustawy, który stanowi, że w stanach nagłych \*\* świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie:

- △ jeśli w stanie nagłym\* świadczenie zostało udzielone w szpitalu, dokument powinien zostać przedstawiony nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w szpitalu, a jeśli nie było to możliwe - w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń
- △ jeśli w stanie nagłym świadczenie zostało udzielone w ambulatorium (poradnia/ przychodnia) dokument powinien zostać przedstawiony nie później niż w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń.

W razie nieprzedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń w terminach wyżej określonych, świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy.

Jeśli pacjent w późniejszym terminie przedstawi dokument potwierdzający, że w dniu udzielenia świadczenia był ubezpieczony lub z innego tytułu miał prawo do tego świadczenia, świadczeniodawca jest obowiązany do zwrotu poniesionych przez pacjenta kosztów. Późniejsze przedstawienie dokumentu nie może być także powodem odmowy zwolnienia z kosztów.

Opłacenie zaległych składek wraz z odsetkami nie zwalnia z obowiązku pokrycia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

**Przez stan nagły (stan nagłego zagrożenia zdrowotnego) należy rozumieć stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.**

#### ▲ 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 zakończenia 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  
Uwaga! Okres 4 miesięcy należy liczyć od dnia zakończenia kształcenia, tj.:
  - △ w przypadku osób zdających maturę - od daty wskazanej na świadectwie maturalnym
  - △ w przypadku absolwentów niezdających matury - od daty wskazanej na świadectwie ukończenia szkoły
- △ 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.

#### Podstawa prawna:

\*Załącznik nr 16 do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 października 2009 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz.U.09.186.1444 z dnia 6 listopada 2009 r.)

\*\* Art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 160, poz. 1172 oraz z 2008 r. Nr 17, poz. 101).