

JAK ZOSTAĆ PACJENTEM NZOZ SANITAS

1. Należy wypełnić deklaracje, które dostępne są w zakładce *Dokumenty* lub w formie papierowej w naszych placówkach. W przypadku mężczyzn należy wypełnić deklaracje do lekarza i pielęgniarki, a w przypadku kobiet – do lekarza, pielęgniarki i położnej. Możliwe jest także złożenie deklaracji poprzez portal pacjent.gov.pl
2. Wypełnioną deklarację należy złożyć w przychodni lub zeskanować i wysłać mailem na adres sanitas2004@wp.pl (nie dotyczy deklaracji złożonych przez pacjent.gov.pl). Od momentu złożenia deklaracji zostajecie Państwo automatycznie naszymi pacjentami.
3. W przypadku noworodków pierwszą wizytę domową u pacjenta realizuje położna, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu z rodzicem/opiekunem.

UWAGA!

- Aby korzystać bezpłatnie z naszych usług pacjent obowiązkowo musi posiadać aktualne ubezpieczenie zdrowotne, potwierdzone dokumentem.
- Wykaz dokumentów potwierdzających ubezpieczenie dostępny jest poniżej.
- W przypadku dzieci konieczne jest dostarczenie karty szczepień.

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!

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 pieczętką 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.

Źródło: www.nfz.gov.pl