

Wykaz dowodów potwierdzających prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, udzielanych w Narodowym Funduszu Zdrowia:

Podstawowym narzędziem weryfikacji ubezpieczenia zdrowotnego pacjentów jest udostępniony przez NFZ system **Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców**, w skrócie **EWUŚ**. W przypadku uzyskania odpowiedzi z w/w systemu o braku potwierdzenia ubezpieczenia zdrowotnego, pacjent ma prawo złożyć pisemne oświadczenie o fakcie posiadania ubezpieczenia zdrowotnego lub przedstawić jeden z poniższych dokumentów, właściwy dla danej grupy osób ubezpieczonych:

- dla emeryta lub rencisty - legitymacja emeryta lub rencisty,
- dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:
 - druk ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę,
 - aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
- dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą - aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne
- dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie - umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłaty składki,
- dla osoby korzystającej z pomocy opieki społecznej - decyzja wójta (burmistrza) gminy wydana przez właściwy ośrodek pomocy społecznej,
- dla osoby bezrobotnej (o ile nie jest ubezpieczona jako członek rodziny) - aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające prawo osoby bezrobotnej do ubezpieczenia,
- dla członka rodziny osoby ubezpieczonej tj. współmałżonka (o ile nie jest ubezpieczony z własnego tytułu), dziecka osoby ubezpieczonej, wnuka osoby ubezpieczonej, o ile nie jest zgłoszony przez rodziców lub szkołę:
 - zgłoszenie do ubezpieczenia członka rodziny lub aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,

W przypadku osób, które ukończyły 18 rok życia, dodatkowo wymagany jest dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki (do 26 roku życia) lub niepełnosprawność. Prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego dla osób, które ukończyły szkołę średnią lub wyższą wygasa po upływie 4 miesięcy od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów.

- osoby nie zaliczane do ww. grup (np.duchowni, stypendyści) - kserokopia druku zgłoszenia do ubezpieczenia lub inne zaświadczenie od płatnika składki.
- osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji: w razie konieczności udzielenia świadczeń, osoba uprawniona z innego państwa członkowskiego, przebywająca czasowo na terytorium Polski, ma prawo do bezpłatnej opieki medycznej na podstawie wskazanych poniżej dokumentów, w przypadku ich braku pacjent sam pokrywa koszty leczenia.

Przyjęcie nagłe pacjenta UE:

- a) ubezpieczenie – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego – EKUZ,
- b) dokument potwierdzający tożsamość pacjenta (paszport, dowód osobisty),

Przyjęcie planowe pacjenta UE:

- a) FORMULARZ S1 – dla osób mieszkających w Polsce (obejmuje pełny zakres leczenia)
- b) FORMULARZ S2 – dla osób posiadających zgodę, które przyjechały na leczenie planowe w Polsce (dotyczy świadczenia zdrowotnego, na które wystawiony został formularz),
- c) dokument potwierdzający tożsamość pacjenta (paszport, dowód osobisty),