

**Zarządzenie Nr 3/2013**  
**Dyrektora Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego**  
**im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku**  
**z dnia 7 stycznia 2013 roku**

**w sprawie stosowania systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ)**

W związku z wejściem w życie od 1 stycznia 2013 r. nowelizacji Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008, Nr 164, poz. 1027z póź. zm.) dającej pacjentom prawo elektronicznego potwierdzenia przez podmioty lecznicze uprawnień do świadczeń zdrowotnych oraz uruchomieniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia ogólnopolskiego systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej zarządzam, co następuje:

§ 1

Zasady stosowania systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku określa załącznik nr 1.

§ 2

Za nadzór merytoryczny w zakresie prawidłowego sporządzania sprawozdań statystyczno-rozliczeniowych przesłanych w komunikacie sprawozdawczo-rozliczeniowym (XML) do właściwego oddziału Funduszu odpowiada Kierownik Działu Usług Medycznych

§ 3

Za techniczne uruchomienia systemu, sprawne jego funkcjonowanie, przeszkolenie uprawnionych pracowników – operatorów odpowiada Kierownik Działu Administracji.

§ 4

Za przeszkolenie operatorów w zakresie zasad elektronicznej obsługi systemu eWUŚ oraz przygotowania, wydawania i cofania upoważnień oraz uzyskania oświadczeń zgodnych z wzorem określonym przez NFZ od uprawnionych do obsługi systemu pracowników – operatorów odpowiada Lokalny Administrator Systemu eWUŚ

§ 5

Kierownicy komórek organizacyjnych zobowiązani są do realizacji zadań określonych w ramach systemu eWUŚ oraz do sprawowania nadzoru w zakresie właściwego wykonywania powierzonych zadań przez podległych pracowników będących operatorami systemu.

§ 6

Pracownicy Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku zobowiązani są do sumiennego i starannego wykonywania zadań i czynności według kompetencji i właściwości określonych w Zasadach stosowania systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) oraz innych uregulowaniach prawnych systemu (eWUŚ).

§ 7

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor Szpitala

Urszula Łapińska

## **Zasady**

### ***stosowania systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku***

#### **§ 1**

Użyte w Zasadach stosowania systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, zwanych dalej Zasadami, pojęcia oznaczają:

***system Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ)*** system służący do potwierdzania, w dniu udzielania świadczenia, prawa do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorców zwany dalej systemem eWUŚ

***świadczeniobiorca*** - zwany dalej pacjentem

***świadczenie opieki zdrowotnej*** - zdarzenie medyczne (np. badanie lekarskie, świadczenie pielęgniarstwa, wypisanie recepty refundowanej, hospitalizacja) realizowane na podstawie umowy zawartej z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zwane dalej świadczeniami.

***potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej*** - sprawdzenie uprawnień pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokonywane jeden raz w dziennie

- w systemie eWUŚ lub
- przyjęcie dokumentu potwierdzającego upoważnienia pacjenta do świadczeń lub
- przyjęcie oświadczenia pacjenta o posiadaniu takich uprawnień.

***zielony ekran*** - określenie sytuacji, w której Narodowy Fundusz Zdrowia potwierdza w systemie eWUŚ uprawnienia pacjenta do świadczeń (wyświetlane na monitorze komputera kolorem zielonym).

***czerwony ekran*** - określenie sytuacji, w której NFZ nie może potwierdzić w systemie eWUŚ uprawnień pacjenta do świadczeń (wyświetlane na monitorze komputera kolorem czerwonym). Nie jest to jednoznaczne z tym, że pacjent nie posiada uprawnień do świadczeń!

***kod autoryzacji (potwierdzenia)*** - kod wygenerowany w systemie eWUŚ, wymagany do sprawozdania w komunikatach XML faktu dokonania potwierdzenia drogą elektroniczną uprawnień pacjenta do świadczeń

***przepisy o koordynacji*** - przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych w państwach UE/EFTA.

***stan nagły*** - stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia pacjenta, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

**operator** – wyznaczony, uprawniony pracownik Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, posiadający uprawnienia do potwierdzania prawa do świadczeń w systemie eWUŚ –

**administrator systemu eWUŚ** - upoważniony pracownik Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, któremu posiada odpowiednie uprawnienia

## § 2

Podstawą funkcjonowania systemu eWUŚ jest weryfikacja uprawnień pacjenta na podstawie numeru PESEL.

## § 3

W przypadku dzieci do 3. miesiąca życia, bez nadanego numeru PESEL, prawo do świadczeń powinno zostać potwierdzone na podstawie numeru PESEL rodzica lub prawnego opiekuna.

## § 4

1. Prawidłowość podanego przez pacjenta numeru PESEL, operator weryfikuje na podstawie okazanego przez pacjenta dowodu tożsamości (dowód osobisty, paszport, prawo jazdy).
2. Weryfikacja tożsamości w przypadku dziecka uczącego się do 18. roku życia następuje po okazaniu legitymacji szkolnej, a w przypadku jej braku na podstawie dokumentów określonych w pkt 1.
3. Weryfikacja prawidłowości podanego przez pacjenta numeru PESEL w przypadku dziecka do 6. roku życia następuje na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość dziecka, tj. paszportu, dowodu biometrycznego, a w przypadku ich braku - pisemnego oświadczenia rodzica lub opiekuna dziecka.

## § 5

Prawo do świadczeń powinno zostać potwierdzone w dniach udzielenia świadczenia, a nie w dniu zapisu na świadczenie. Pacjent, który zgłosił się jedynie w celu zapisania się na świadczenie, nie wymaga potwierdzenia prawa do świadczeń.

## § 6

1. W ramach hospitalizacji pacjenta prawo do świadczeń w systemie eWUŚ operatorzy potwierdzają codziennie.
2. Prawo do świadczeń powinno zostać potwierdzone pacjentom hospitalizowanym w 2012r., którzy są nadal hospitalizowani w 2013r. Prawo do świadczeń potwierdza się oświadczeniem złożonym przez pacjenta w ostatnim dniu hospitalizacji.

## § 7

1. Pojawienie się w systemie eWUŚ zielonego ekranu oznacza, że Narodowy Fundusz Zdrowia potwierdza **w danym dniu** prawo do świadczeń pacjenta o wprowadzonym numerze PESEL.
2. Pojawienie się w systemie eWUŚ czerwonego ekranu oznacza, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie potwierdza w danym dniu prawa do świadczeń pacjenta o wprowadzonym numerze PESEL.

## § 8

1. Operator w przypadku, gdy prawo pacjenta do świadczeń nie zostanie potwierdzone pozytywnie w systemie eWUŚ (czerwony ekran), ma obowiązek weryfikacji uprawnień pacjenta w oparciu o dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń lub oświadczenia - odpowiednio załącznik nr 1, 2 lub 3 do Zasad.
2. Ewidencja oświadczeń złożonych przez pacjentów prowadzona jest zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 4 do Zasad.

#### § 9

1. Pacjent, który ma prawo do świadczeń na podstawie tzw. przepisów o koordynacji, nie wymaga weryfikacji w systemie eWUŚ.
2. Świadczenia są udzielane na podstawie:
  - Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ),
  - Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego EKUZ,
  - poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
    - formularza E 106,
    - formularza E 109,
    - formularza E112/S2/S3,
    - formularza E 120,
    - formularza E 121,
    - formularza E123/DA1,
3. W przypadku pacjentów, o których mowa w ust. 1, operator zobowiązany jest wykonać kopię dokumentów wydanych przez instytucję innego państwa UE/EFTA i dołączyć ją do dokumentacji pacjenta.

#### § 10

W przypadku, gdy pod podanym przez pacjenta numerem PESEL w systemie eWUŚ wyświetlą się inne dane osobowe, operator nie ma prawa udostępnić ich pacjentowi.

#### § 11

1. Pojawienie się w systemie eWUŚ zielonego ekranu oraz dodatkowej informacji w brzmieniu: „na receptach – DN” (w przypadku dzieci do 18. roku życia) oznacza, że Narodowy Fundusz Zdrowia potwierdza w danym dniu prawo do świadczeń pacjenta o wprowadzonym numerze PESEL, a koszty refundacji recepty poniesie budżet państwa.
2. W sytuacji, o której mowa w ust. 1, operator zobowiązany jest przekazać lekarzowi, który będzie udzielał świadczenia, że w przypadku wystawiania recepty powinien umieścić na recepcie kod uprawnień dodatkowych pacjenta, czyli wpisać „DN”.

#### § 12

1. Kod autoryzacji (potwierdzenia) przekazywany przez system eWUŚ w ramach zapytania o uprawnienia pacjenta jest elementem, który będzie weryfikowany przy rozliczaniu świadczeń i powinien zostać przesłany w komunikacie sprawozdawczo-rozliczeniowym (XML) do Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Wszystkie kody autoryzacji (potwierdzenia), otrzymane w wyniku zapytań o uprawnienia pacjentów, muszą zostać zapisane w systemie informatycznym Samodzielnego Publicznego zakładu Opieki zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku.
3. Sposób i zasady zapisywania kodów autoryzacji (potwierdzeń) określa Administrator Systemu eWUŚ.

4. Operator ma obowiązek ustalić zasady zapisywania kodów autoryzacji (potwierżeń) w porozumieniu z Administratorem Systemu eWUŚ.

#### § 13

1. Jeżeli w systemie eWUŚ wyświetli się czerwony ekran, operator informuje pacjenta, żeby ten wyjaśnił kwestię prawidłowości zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego u swojego płatnika składek – pracodawcy w przypadku osób zatrudnionych lub w ZUS albo KRUS, gdy jest emerytem lub rencistą. Jeżeli jest osobą, która zawarła umowę dobrowolnego ubezpieczenia, należy poinformować, aby zgłosiła się z aktualnymi dokumentami potwierdzającymi opłacenie składek do OW NFZ.
2. W przypadku, gdy czerwony ekran w systemie eWUŚ dotyczy członka rodziny osoby ubezpieczonej operator informuje pacjenta o konieczności sprawdzenia, czy dana osoba została zgłoszona do ubezpieczenia przez głównego ubezpieczonego.

#### § 14

W przypadku pacjenta, który okazał dokument potwierdzający prawo do świadczeń lub złożył oświadczenie, informacja o tym dokumencie lub oświadczeniu powinna być sprawozdana do Narodowego Funduszu Zdrowia w komunikacie XML o wykonanych świadczeniach.

#### § 15

W przypadku nieubezpieczonych kobiet będących w okresie ciąży, porodu lub połogu, które posiadają polskie obywatelstwo i miejsce zamieszkania na terenie Polski, pacjentka powinna posiadać odpowiednie zaświadczenie lekarskie.

#### § 16

1. W przypadku gdy pacjent nie posiada dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń lub przedstawił dokument nieaktualny, a jest pewien swoich uprawnień, składa oświadczenie, zgodnie z załącznikiem nr 1 do Zasad.
2. W przypadku osoby małoletniej lub innej osoby nieposiadającej pełnej zdolności dla czynności prawnych, oświadczenia składa jej przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny zgodnie z załącznikiem nr 2 do Zasad.
3. Oświadczenie operator potwierdza pieczętą komórki organizacyjnej i czytelnym podpisem.
4. Operator nadaje numer oświadczenia złożonego przez pacjenta zgodny z numerem książki głównej dla pacjentów hospitalizowanych lub numerem dokumentacji medycznej dla pozostałych pacjentów.
5. Operator w żadnym przypadku nie może nakłaniać osób o niejasnej sytuacji ubezpieczeniowej do złożenia oświadczenia.

#### § 17

W przypadku nie złożenia przez pacjenta oświadczenia lub złożenia go w sposób nieprawidłowy operator ma obowiązek poinformować pacjenta, że świadczenie nie zostanie sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i pacjent poniesie jego koszty.

#### § 18

1. Pacjentowi, który jest w stanie nagłym lub gdy jego stan zdrowia nie pozwala na złożenie oświadczenia, należy obowiązkowo udzielić świadczeń.
2. W sytuacji opisanej w ust. 1 pacjent jest obowiązany do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń albo złożenia oświadczenia w terminie 14 dni od dnia

rozpoczęcia udzielania świadczenia, a jeżeli leczenie odbywa się w ramach hospitalizacji – w ciągu 7 dni od jej zakończenia.

3. Kiedy w stanie nagłym został przyjęty pacjent nieubezpieczony, który posiada obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania w Polsce oraz spełnia warunki uprawniające go do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej, operator ma obowiązek zgłoszenia powyższego do pracownika socjalnego celem wystąpienia do wójta gminy (burmistrza, prezydenta) właściwego ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta o wydanie decyzji na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

#### § 19

1. Operatorzy zobowiązani są do chronienia i zabezpieczenia komputera i dokumentów pacjenta przed osobami postronnymi.
2. Jeżeli w dokumencie potwierdzającym tożsamość nie ma numeru PESEL, należy poprosić, w sposób zapewniający poufność danych, o jego podanie np. pacjent zapisuje numeru PESEL na kartce, która po przeprowadzeniu weryfikacji zostaje zwrócona pacjentowi bądź zniszczona.



--	--	--

### OBJAŚNIENIA

<sup>1)</sup> Zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie może zostać złożone w terminie późniejszym.

<sup>2)</sup> Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>3)</sup> Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu oraz posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

<sup>4)</sup> Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:

a) art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w okresie 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia,

b) art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ukończyła szkołę:

- ponadgimnazjalną – w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów,
- wyższą – w okresie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów,

c) art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym lub jest członkiem rodziny osoby pobierającej ten zasiłek – w okresie pobierania tego zasiłku,

d) art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ubiega się o przyznanie emerytury lub renty lub jest członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty – w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.

<sup>5)</sup> Świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

### POUCZENIE

Zgodnie z art. 50 ust. 16 pkt 2 i ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku złożenia oświadczenia pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, chyba że w chwili składania oświadczenia działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.



poz. 1027, z późn. zm.):		
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>5)</sup> <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych <sup>6)</sup>		
<b>V. Świadczeniodawca <sup>7)</sup> przyjmujący oświadczenie</b>		
<p>Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość, wpisanych w oświadczeniu:</p> <p>1) osoby składającej oświadczenie,</p> <p>2) osoby, której dotyczy oświadczenie</p> <p>- z okazanymi mi dokumentami.</p>		
1. Pieczętka adresowa świadczeniodawcy, uwzględniająca numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia	2. Imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy	3. Data (rrrr/mm/dd)

### OBJAŚNIENIA

<sup>1)</sup> Opiekunem faktycznym jest każda osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

<sup>2)</sup> Zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie może zostać złożone w terminie późniejszym.

<sup>3)</sup> Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>4)</sup> Dotyczy osoby, która posiada obywatelstwo polskie i nie ukończyła 18. roku życia. Należy zaznaczyć tylko w przypadku gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

<sup>5)</sup> Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub połogu oraz posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

<sup>6)</sup> Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:

a) art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w okresie 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia,

b) art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ukończyła szkołę:

- ponadgimnazjalną – w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów,
- wyższą – w okresie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów,

c) art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym lub jest członkiem rodziny osoby pobierającej ten zasiłek – w okresie pobierania tego zasiłku,

d) art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - ubiega się o przyznanie emerytury lub renty lub jest członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty – w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.

<sup>7)</sup> Świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

#### **POUCZENIE**

Zgodnie z art. 50 ust. 16 pkt 2 i ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku złożenia oświadczenia pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, chyba że w chwili składania oświadczenia działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

DOKUMENT POŚWIADCZAJĄCY PRAWO DO ŚWIADCZEŃ na dzień --

Nazwisko pacjenta		Imię pacjenta	PESEL
.....		.....	
<input type="checkbox"/>	Legitymacja ubezpieczeniowa	Numer NIP płatnika <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Data potwierdzenia uprawnień przez płatnika <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Imienny raport miesięczny dla osoby ubezpieczonej (ZUS RMUA)	Numer NIP płatnika <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Rok i miesiąc, którego dotyczy dokument <input type="text"/> - <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Legitymacja rencisty/emeryta	Numer legitymacji <input type="text"/> Data wystawienia dokumentu <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Skrót instytucji wystawiającej <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Decyzja (wójta, burmistrza, prezydenta miasta)	Numer decyzji*)..... Data początku obowiązywania decyzji <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Data końca obowiązywania decyzji <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Dokument UE:		
<input type="checkbox"/>	Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)	Numer <input type="text"/> Data końcowa okresu ważności <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Certyfikat zastępujący EKUZ	Numer <input type="text"/> Data wystawienia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Data początkowa okresu ważności <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Data końcowa okresu ważności <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Poświadczenie wydane przez oddział wojewódzki NFZ	Numer <input type="text"/> Data wystawienia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Data początkowa okresu ważności <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Data końcowa okresu ważności <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Formularz serii E, dokument przenośny S lub DA1	Rodzaj formularza <input type="text"/> Data wystawienia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Data początkowa okresu ważności <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Data końcowa okresu ważności <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Dokument potwierdzający uprawnienia (I, AL, NA, PS, CU, ZA, UC, CH, EM)	Nazwa dokumentu*)..... Numer dokumentu <input type="text"/> Data wystawienia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Podmiot wystawiający*)..... Nr prawa wyk. zawodu lekarza, który wystawił dokument <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Karta Polaka	Numer karty <input type="text"/> Data ważności <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Zgłoszenie do ubezpieczenia z dowodem opłacenia składek (ZUA, ZZA, ZCNA)	Numer NIP płatnika <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Data zgłoszenia do ubezpieczenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Data opłacenia ostatniej składki <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Typ zgłoszenia do ubezpieczenia <input type="checkbox"/> ZUA <input type="checkbox"/> ZZA <input type="checkbox"/> ZCNA	
<input type="checkbox"/>	Zaświadczenie potwierdzające prawo do świadczeń	Numer NIP płatnika <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Data wystawienia zaświadczenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Data początku obowiązywania zaświadczenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Data końca obowiązywania zaświadczenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Inny dokument potwierdzający	Nazwa dokumentu*).....	

	<b>uprawnienia</b>	Numer dokumentu*)..... Data wystawienia dokumentu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> Nazwa podmiotu , który wystawił dokument*).....
--	--------------------	---

\*) w przypadku braku miejsca proszę podać pełną informację na odwrocie strony

