Ubezpieczenia zdrowotne 90 dni

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie (czyli bezpłatnie, tak jak osoby ubezpieczone) mają prawo osoby inne niż ubezpieczone posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, określone w przepisach o pomocy społecznej .

Wydanie decyzji o ustaleniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych ze środków publicznych następuje na wniosek zainteresowanego, a w przypadku stanu nagłego – na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.

Wydanie decyzji administracyjnej poprzedzone jest przeprowadzeniem wywiadu środowiskowego. Wywiad przeprowadzany jest niezwłocznie po otrzymaniu informacji o potrzebie ustalenia uprawnień. Wywiad przeprowadza się w miejscu zamieszkania/ pobytu osoby zainteresowanej.

Celem tej czynności jest ustalenie czy osoba zainteresowana spełnia kryterium dochodowe zgodnie z ustawą o pomocy społecznej oraz ustalenie czy nie występują dysproporcje między udokumentowaną wysokością dochodu a sytuacją majątkową tej osoby.

Decyzja administracyjna w sprawie przyznania lub odmowy przyznania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej wydawana jest w terminie miesiąca od daty złożenia wniosku wraz z wymaganą dokumentacją.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie w/w decyzji przysługuje przez okres 90 dni, chyba że w tym okresie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym. Jeżeli istnieje konieczność dalszego leczenia, dłuższego niż 90 dni – może zostać wydana kolejna decyzja. Świadczeniodawcy NFZ realizują świadczenia na rzecz osób nieubezpieczonych legitymujących się w/w decyzją.