

Žiadosť o poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti *

podľa § 42 ods. 1 až 3 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov

Číslo povolenia (vyplňuje poisťovňa):

Vyplní žiadateľ (čitateľne, tlačným písmom):

Časť 1.

Meno a priezvisko poistenca: Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliska:

Kontaktná (alebo prechodná) adresa :

(vyplňa sa v prípade, ak je táto adresa iná ako adresa trvalého bydliska)

Tel. kontakt/mobil: fax e-mail:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu :

(vyplňa sa v prípade, ak žiadateľom je zákonný zástupca alebo iná osoba oprávnená konať v mene poistenca, napr. opatrovník)

žiadam

o poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v :

Názov zdravotníckeho zariadenia:

Adresa:

Zdôvodnenie žiadosti v zmysle kritérií zverejnených na úradnej tabuli zdravotnej poisťovne a na webovej stránke zdravotnej poisťovne www.unionzp.sk :

.....
.....
.....

Spôsob úhrady (zakrúžkovať a doplniť vybranú možnosť):

a) **na účet** v peňažnom ústave:

Názov účtu: číslo účtu :

b) **poštovou poukážkou:**

na adresu: PSČ:

Vyhlásenie:

Vyhlasujem, že som bol/a oboznámený/á s kritériami Union zdravotnej poisťovne, a.s. na poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom.

V, dňa:

.....
podpis poistenca / zákonného zástupcu

*poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (lekár, zdravotnícke zariadenie), s ktorým nemá Union zdravotná poisťovňa, a.s. (UZP) uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Vyplni nezmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (PZS)

Časť 2.

Názov zdravotníckeho zariadenia:

Adresa: PSČ:

IČO:

Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára:

Kód ambulancie: Kód lekára:

Tel. kontakt: fax: e-mail:

Diagnóza slovom: **MKCH 10**

Predpokladaný rozsah požadovanej zdravotnej starostlivosti:

Kód V,L,ZP,DP, JZS*	Názov V, L ZP, DP, JZS, výkonu / účelu H	Počet výkonov, kusov, balení **	Doba poskytovania zdravotnej starostlivosti od – do	Predpokladané náklady, ktoré má uhradiť poistenec ***	Výška príspevku UZP ****
				EUR	EUR

* kód výkonu (V) u stomatologických výkonov aj s uvedením lokalizácie zuba, lieku (L), zdravotníckej pomôcky (ZP), dietetickej potravy (DP), jednodňovej zdravotnej starostlivosti (JZS), hospitalizácia (H)
 ** v prípade, že sa jedná o postupné / následné poskytovanie zdravotnej starostlivosti uviesť a zdôvodniť počet návštev, hospitalizácií prípadne obdobie, ktoré je nevyhnutné na poskytnutie zdravotnej starostlivosti v osobitnej prílohe žiadosti
 *** celková suma aj v prípade potreby postupného/následného poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorú má uhradiť poistenec nezmluvnému PZS
 **** doplní zdravotná poisťovňa.
 Ak došlo k akejkoľvek opodstatnenej zmene už odsúhlaseného rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, je treba považovať túto skutočnosť za dôvod na podanie novej žiadosti a to v zmysle kritérií, teda ešte pred jej poskytnutím.

V, dňa

.....
 podpis a pečiatka nezmluvného PZS

Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s. :

Časť 3.

- poistenec má nárok iba na poskytnutie neodkladnej starostlivosti: áno / nie **
- **úhrada príspevku** na poskytnutie zdravotnej starostlivosti nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v :

Názov zdravotníckeho zariadenia:

Adresa:

IČO.....

bola schválená / neschválená **

Zdôvodnenie:.....

.....

.....

v sumeEUR

V Bratislave, dňa:

.....
podpis riaditeľa
úseku revízií a zdravotných činností

.....
podpis a pečiatka revízneho lekára

Poučenie:

- **Žiadosť podáva poistenec** prípadne zákonný zástupca poistenca alebo iná osoba oprávnená konať v mene poistenca (ktorá je povinná k žiadosti priložiť doklad preukazujúci toto oprávnenie, napr. rozhodnutie súdu) výlučne na tento účel určenom tlačive na adresu sídla Union zdravotná poisťovňa, a.s. Bajkalská 29/A,, 821 08 Bratislava priamo alebo prostredníctvom kontaktných miest Union zdravotnej poisťovne, a.s. (UZP) uvedených na stránke www.unionzp.sk. **pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ak žiadosť spĺňa kritériá zverejnené zdravotnou poisťovňou.**
- Žiadosť musí byť vyplnená vo všetkých bodoch.
- V prípade, že je žiadosť schválená:
 - zdravotná poisťovňa poskytne príspevok vo výške, ktorá je v percentuálnom vyjadrení z ceny dohodnutej s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, s ktorými má UZP uzavreté zmluvy v príslušnom čase, na príslušnom mieste a za príslušnú zdravotnú starostlivosť;
 - poistenec k poskytnutiu príspevku predloží originály pokladničných dokladov, lekársku správu a rozpis skutočne zrealizovaných výkonov hrađených z verejného zdravotného poistenia vrátane liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín;
 - k predkladaným dokladom vyznačí číslo povolenia;
 - lehota na spracovanie a úhradu predložených dokladov poistencom je spravidla 60 pracovných dní od dňa ich doručenia na adresu UZP v zmysle platných kritérií;
 - v prípade neúplných dokladov alebo dokladov s rozsahom zdravotnej starostlivosti nad rozsah schválený v žiadosti sa lehota na spracovanie a úhradu predlžuje o dobu šetrenia zdravotnou poisťovňou;
 - UZP zrealizuje úhradu spôsobom, ktorý poistenec uviedol v žiadosti.

** Nehodiace sa prečiarknuť