

Union zdravotná poisťovňa, a.s.

Karadžičova 10

814 53 Bratislava

 Tel.: 0850 003 333

Žiadosť o udelenie výnimky

na poskytnutie a úhradu kategorizovanej zdravotníckej pomôcky nad určený limit, obmedzenie \*

v zmysle zákona č. 363/2011 o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Údaje o poskytovateľovi ZS

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: ......................................................................................

Meno a priezvisko lekára: ............................................................... Kód lekára: ................................

Tel. kontakt\*\*: ........................................ fax: ................................ e-mail: ........................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Údaje o poistencovi

Meno a priezvisko poistenca: ................................................................. Rodné číslo: ..................

Adresa trvalého bydliska: ....................................................................................................................

Kontaktná (prechodná) adresa\*\*: ....................................................................................................

Tel. kontakt\*\*: ..................................................................... fax / e-mail: .........................................

Diagnóza slovom: ...................................................................................... MKCH 10: ...................... Vedľajšie diagnózy (slovom+MKCH10): .............................................................................................

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

Názov zdravotníckej pomôcky: ............................................................................ Kód: ..................

Balenie:................................................................................................................................................

žiadaná výnimka:\*\*\* a) z množstvového limitu ⁬ b) z finančného limitu ⁬

 c) z preskripčného obmedzenia d) z indikačného obmedzenia⁬

navrhované potrebné množstvo: .........................................................................................................

navrhovaný potrebný limit: ..................................................................................................................

Zdôvodnenie:.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

doložiť odborné lekárske nálezy

Dátum: ...................................... .........................................................

 podpis a pečiatka navrhujúceho lekára

\* Žiadosť vyplňte v dvoch vyhotoveniach!

\*\* Kontaktné údaje žiadame vyplniť z dôvodu zjednodušenia kolobehu písomností a urýchlenia schvaľovacieho procesu

\*\*\* Označte požadovaný typ výnimky a podľa typu napíšte požiadavku

Stanovisko Union zdravotnej poisťovne, a.s.:

Výnimka nad určený limit bola schválená / neschválená\*\*\*\*

Názov zdravotníckej pomôcky: ................................................................................ Kód: ..............

Schválené množstvo\*\*\*\* : .................................................................

Schválený limit\*\*\*\*: ...........................................................................

Výnimka udelená na obdobie: ...........................................................

Platnosť výnimky od: .........................................................................

Evidenčné číslo výnimky: ..................................................................

Zdôvodnenie:........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

V Bratislave, dňa: ......................

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

podpis a pečiatka revízneho lekára podpis riaditeľa

 Úseku revíznych a zdravotných činností

Poučenie pre predpisujúceho lekára:

Pri predpísaní zdravotníckej pomôcky je nutné na rube lekárskeho poukazu uviesť evidenčné číslo výnimky, dátum schválenia.

Aktuálne informácie o ochrane Vašich osobných údajov nájdete na našom webovom sídle [www.union.sk](http://www.union.sk) v časti Ochrana osobných údajov.

\*\*\*\* Nehodiace sa prečiarknuť