



Zdravotná poisťovňa

Union zdravotná poisťovňa, a.s.
Karadžičova 10
814 53 Bratislava
IČO: 36284931
DIČ: 2022152517

Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri
Mestského súdu Bratislava III, inčd/so, v. č. 3832/98

**Všeobecné podmienky Union zdravotnej poisťovne, a.s.
pre poskytnutie benefitu - Zubný benefit
(ďalej len „všeobecné podmienky“)**

Tieto všeobecné podmienky upravujú podmienky poskytnutia benefitu - "Zubný benefit" Union zdravotnej poisťovne, a.s. (ďalej aj „zdravotná poisťovňa“). Za účelom zvýšenia prevencie a zlepšenia zdravia zdravotná poisťovňa preplatí **doplatok za vybrané stomatologické výkony, dentálnu hygienu, výkony pečatenia zubov a vybrané stomatoprotetické výrobky (ďalej len spoločne ako „zubné výkony“)**, ktoré poistenec absolvoval a na úhrade ktorých sa poistenec podieľal doplatkom v rámci spoluúčasti a tie boli súčasne **poskytnuté v špecializačnom odbore stomatológia a čelustná ortopédia (ďalej len „benefit“)**, podľa nižšie uvedených podmienok.

**Článok 1
Popis benefitu**

A) Popis a rozsah zubného benefitu pre dospelých:

Zdravotná poisťovňa poskytne benefit **vo výške 30 EUR, a to najviac 2 x v priebehu jedného kalendárneho roka** každému dospelému poistencovi, ktorý v kalendárnom roku, za ktorý benefit čerpá, dosiahol alebo dosiahne vek minimálne 19 rokov.

Príspevok 2 x 30 eur sa vzťahuje na:

- a. doplatok na súbor čiastkových výkonov dentálnej hygieny:
 1. odstránenie zubného kameňa v celom úseku chrupu pomocou ultrazvukového odstraňovača zubného kameňa,
 2. odstránenie zubného pigmentu a usadením na zuboch v celom úseku chrupu pomocou pieskovača zubov, tzv. AirFlow,
 3. poučenie o správnej technike čistenia zubnou kefkou, medzizubnou kefkou, jednozväzkovou kefkou a zubnou niťou,
 4. teoretické poučenie o správnej technike čistenia zubnou kefkou, medzizubnou kefkou, jednozväzkovou kefkou a zubnou niťou,
 5. praktická inštruktáž o správnej technike čistenia zubnou kefkou, medzizubnou kefkou, jednozväzkovou kefkou a zubnou niťou,
 6. nácvik ústnej hygieny,
 7. poučenie o prevencii zubného kazu,

Ya

8. poučenie o prevencii ochorení parodontu (závesného aparátu zubov),
 9. lokálna aplikácia fluoridového preparátu,
- (ďalej len „**dentálna hygiena**“).

B) Popis a rozsah benefitu pre deti:

Zdravotná poisťovňa poskytne benefit **vo výške 30 eur, a to najviac 5x v priebehu jedného kalendárneho roka** každému detskému poistencovi, ktorý v kalendárnom roku, za ktorý benefit čerpá, dosiahol alebo dosiahne vek najviac 18 rokov.

Príspevok 5 x 30 eur sa vzťahuje na:

- doplatok za stomatologické výkony, ktoré sú čiastočne hrazené z verejného zdravotného poistenia. Ide o výkony:
 - **Záchovnej stomatológie** (kódy V01, V02, V03, V05, V06, V07, V41, V42),
 - **Chirurgickej stomatológie** (kód E64),
 - **Parodontológie** (kódy P01, P02a, P06, P08, P23, P32, P33),
 - **Príplatky k operáciám v ambulancii** (kód P65a),
 - **Stomatologickej protetiky** (kódy F01 a F63)
- doplatok za stomatoprotetické výrobky čiastočne hrazené z verejného zdravotného poistenia. Ide o výrobky:
 - **Inlay koreňová liata priama** (kód Z11102)
 - **Inlay liata ako pilier mostíka nepriama** (kód Z11101)
 - **Korunka plášťová celokovová liata** (kód Z12101)
 - **Korunka fazetovaná liata po zub trojku vrátane** (kód Z12105)
 - **Člen mostíka celokovový liaty** (kód Z12107)
 - **Člen mostíka fazetovaný liaty po zub trojku vrátane** (kód Z12108)
 - **Oprava snímateľnej náhrady na modeli (prasknutá alebo zlomená náhrada)** (kód 40112)
- doplatok za výkony čelustnej ortopédie, ktoré sú čiastočne hrazené z verejného zdravotného poistenia deťom do dosiahnutia 18. roku veku
 - **Čeľustno-ortopedická konzultácia** (kód O01)
 - **Vstupné čeľustno-ortopedické vyšetrenie** (kód O02)
 - **Určenie rastovej fázy** (kód O03)
 - **Analýza tele-RTG snímky hlavy** (kód O04)
 - **Analýza ortopedických modelov čeľustí** (kód O05)
 - **Analýza modelov pri rázštepoch** (kód O05a)
 - **Kontrola aktívnej liečby** (kód O06)
 - **Kontrola počas retencie** (kód O06a)
 - **Návrh liečebného plánu** (kód O07)
 - **Návrh liečebného plánu u pacientov s rázštepmi** (kód O07a)

- Diagnostická prestavba modelov (kód O08)
- Konštrukčný zhryz (kód O09)
- Separácia zubov (kód O21)
- Adaptácia a nalepenie súčiastky fixného aparátu (kód O22)
- Nasadenie snímateľného oblúka alebo lip bumperu (kód O24)
- Nasadenie extraorálneho ťahu (kód O25)
- Príprava a naviazanie parciálneho oblúka (kód O27)
- Príprava a naviazanie celého oblúka (kód O28)
- Odstránenie naviazaného oblúka (kód O29)
- Úprava snímateľného aparátu (kód O30)
- Úprava fixného aparátu (kód O31)
- Stiahnutie fixného aparátu a zariadenia na jeden zub (kód O32)
- Zábrus zuba z ortopedických dôvodov (kód O37),

(ďalej len „stomatologický výkon“)

- doplatok na **dentálnu hygienu**,
- doplatok za zdravotné výkony **pečatenia zubov**, ktoré nie sú hradené zdravotnou poisťovňou. Ide o pečatenie zdravých zadných trvalých zubov bez plomby deťom od 4 do 14 rokov vrátane, Ide o zuby 14 – 17; 24; 27; 34 - 37; 44 – 47. Na ostatné zuby, alebo na zuby zhryzené alebo na poškodené pečate, ktoré je potrebné opätovne nanovo vykonať sa príspevok nevzťahuje.

(ďalej len „pečatenie zubov“)

- doplatok za **stomatoprotetické výrobky** patriace do čelustnej ortopédie čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia deťom do dosiahnutia 18. roku veku **Aktivátor** (kód Z31301)
 - Bionátor (kód Z31303)
 - Frankelov aparát (kód Z31304)
 - Hyrax expander (kód Z31306)
 - GNE aparát (kód Z31307)
 - Twin Block (kód Z31310)
 - Snímateľný aparát s aktívnymi prvkami (kód Z31313)
 - Snímateľný aparát bez aktívnych prvkov (kód Z31319)
 - Retenčná platňa (kód Z31321)
 - Retenčný aparát s drôtom (kód Z31322)
 - Retenčný aparát s dlahou (kód Z31323)
 - Funkčný aparát (kód Z31325)
 - Ortodontická dlaha (kód Z31326)
 - Ortodontický expander (kód Z31327)
 - Fixný aparát – jedna čelusť (kód Z31331)
 - Fixný aparát – dve čeluste (kód Z31332)
 - Fixný aparát – keramický (kód Z31333)

- Retenčný drôt (kód Z42102)
- Retenčná dlaha (kód Z42104)
- Retenčný aparát – Essix (kód Z42106)
- Retenčný aparát – Vivera (kód Z42107)
- Retenčný aparát – Hawley (kód Z42112)
- Retenčný aparát – individuálny (kód Z42116)

(ďalej len „stomatoprotetické výrobky“)

Článok 2

Všeobecné podmienky benefitu platné pre deti aj dospelých:

1. V čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti má poistenec v zdravotnej poisťovni **platný poistný vzťah**, nie je evidovaný v zozname dlžníkov zdravotnej poisťovne (podľa § 9 ods. 2 zákona č. 580/2004 Z. z. v platnom znení, ktorý má nárok len na neodkladnú zdravotnú starostlivosť) a nie je poistencom EÚ.
2. V prípade, že ide o poistenca mladšieho ako 18 rokov, o benefit žiada jeho zákonný zástupca, ktorý je poistencom zdravotnej poisťovne a zároveň nie je evidovaný v zozname dlžníkov zdravotnej poisťovne, alebo ktorý má najneskôr v deň podania žiadosti podanú platnú prihlášku do zdravotnej poisťovne¹ (ďalej len „žiadateľ“). V prípade, ak zákonným zástupcom poistenca je právnická osoba, alebo ak je poistenec mladší ako 18 rokov spôsobilý na právne úkony, táto podmienka sa neaplikuje.
3. Poistenec musí absolvovať **preventívne prehliadky**:
 - a) poistenec mladší ako 6 rokov absolvoval **stomatologickú preventívnu prehliadku** najneskôr v deň poskytnutia stomatologického výkonu, na ktorý žiada príspevok;
 - b) poistenec starší ako 6 rokov absolvoval stomatologickú preventívnu prehliadku v predchádzajúcom kalendárnom roku, a
 - c) poistenec starší ako 6 rokov absolvoval **preventívnu prehliadku u všeobecného lekára** v predchádzajúcich dvoch rokoch, alebo v aktuálnom kalendárnom roku, najneskôr však jeden pracovný deň pred poskytnutím zubného výkonu, na ktorý žiada príspevok, pričom platí, že preventívna prehliadka u všeobecného lekára bola príslušným poskytovateľom vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná. Poistenci starší ako 6 rokov absolvujú preventívnu prehliadku u svojho všeobecného lekára pre deti a dorast, ktorá zodpovedá dosiahnutému veku poistenca, poistenci starší ako 18 rokov (výnimočne starší aj ako 26 rokov) absolvujú preventívnu prehliadku o svojho všeobecného lekára pre dospelých.
4. Zubné výkony, na ktoré žiadateľ žiada príspevok, boli poskytnuté poskytovateľom zdravotnej starostlivosti so sídlom v Slovenskej republike a zároveň so zmluvným vzťahom so zdravotnou poisťovňou (ďalej ako „zmluvný poskytovateľ“) počas doby účinnosti týchto všeobecných podmienok (rozhodujúci je dátum na účtovnom doklade vystavenom poistencovi) v špecializačnom odbore stomatológia a čelustná ortopédia.

¹ Za platnú prihlášku sa považuje zdravotnou poisťovňou prijatá prihláška, ktorá obsahuje všetky náležitosti stanovené § 8 zákona č. 580/2004 Z. z.

5. Žiadateľ uhradil doplatok za poskytnuté zubné výkony.
6. Rozmedzie medzi vykonanými dentálnymi hygienami **poistencov, ktorí žiadajú o benefit pre dospelých** (dátumami na doklade) **musí byť min. 120 kalendárnych dní**.
7. Maximálna výška benefitu za zubné výkony poskytnuté v jeden kalendárny deň je 30 EUR. Pokiaľ je schválená suma benefitu nižšia ako 30 EUR, nedočerpaná suma sa neprenáša. Taktiež v prípade nedočerpania kumulatívnej výšky benefitu v priebehu jedného kalendárneho roka sa nedočerpaná suma neprednáša do nasledujúceho kalendárneho roka.
8. Benefit nie je možné uplatniť na:
 - úhradu poistencov za poskytnuté stomatologické zdravotné výkony alebo výkony dentálnej hygieny, ktoré sú plne hrazené z verejného zdravotného poistenia zmluvnému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti²,
 - úhradu poistencov za poskytnuté stomatologické zdravotné výkony, ktoré sa nenachádzajú v platnom Katalógu zdravotných výkonov³,
 - administratívne výkony nehradené z verejného zdravotného poistenia, výkony estetickej a kozmetickej stomatológie a zdravotníckej pomôcky slúžiace na ošetrovanie chrupu.

Článok 3 Postup pri uplatnení príspevku:

1. Poistenec / žiadateľ je povinný podať žiadosť prostredníctvom konta poistenca v Online pobočke zdravotnej poisťovne alebo prostredníctvom konta poistenca cez mobilnú aplikáciu zdravotnej poisťovne cez menu „zubný benefit“, a to najneskôr **do 10 kalendárnych dní** od poskytnutia zubného výkonu, za ktorý príspevok žiada. V prípade potreby doloženia chýbajúcich dokumentov, je poistenec povinný doložiť ich **do 10 kalendárnych dní od vyzvania na doplnenie**.

V prípade ak poistenec absolvoval viacero zubných výkonov, ktoré sú predmetom benefitu pre deti v jeden deň, je potrebné podať samostatnú žiadosť na príspevok za stomatologické výkony, na príspevok za dentálnu hygienu, na výkon pečatenia zubov a / alebo na príspevok stomatoprotetické výrobky.

V online žiadosti je poistenec / žiadateľ povinný uviesť pravdivé a úplné informácie.

² Ustanovenie § 44 ods. 1 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej z verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

³ Nariadenie vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov

2. Ak si poistenec / žiadateľ uplatňuje príspevok za **dentálnu hygienu**, povinnou prílohou online žiadosti je:

- potvrdenie o absolvovaní dentálnej hygieny potvrdené poskytovateľom zdravotnej starostlivosti – zmluvným zubným lekárom. Potvrdenie vystavené na tieto účely musí obsahovať: identifikáciu poistenca, dátum výkonu, podpis a pečiatku stomatológa, ktorá obsahuje meno a kód lekára a nesmie byť poistencom / žiadateľom upravované alebo prepisované; a
- pokladničný doklad z registračnej pokladnice alebo virtuálnej registračnej pokladnice pri hotovostnej platbe, alebo
- faktúra od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a doklad o úhrade pri bezhotovostnej platbe, alebo
- potvrdenie o absolvovaní preventívnej prehliadky u stomatológa v predchádzajúcom kalendáriom roku, ak v bode 3 tohto článku všeobecných podmienok nie je uvedené inak.

Ak si poistenec / žiadateľ uplatňuje príspevok za **stomatologické výkony a/ alebo stomatoprotetické výrobky**, povinnou prílohou online žiadosti je:

- pokladničný doklad z registračnej pokladnice alebo virtuálnej registračnej pokladnice pri hotovostnej platbe alebo
- faktúra od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a doklad o úhrade pri bezhotovostnej platbe a
- potvrdenie o absolvovaní preventívnej prehliadky v predchádzajúcom kalendáriom roku, ak v bode 3 tohto článku všeobecných podmienok nie je uvedené inak.

Ak si poistenec / žiadateľ uplatňuje príspevok za **pečatenie zubov**, povinnou prílohou online žiadosti je:

- potvrdenie o absolvovaní pečatenia trvalých zubov potvrdené poskytovateľom zdravotnej starostlivosti – zmluvným zubným lekárom. Potvrdenie vystavené na tieto účely musí obsahovať: identifikáciu poistenca, dátum výkonu, označenie zubu, na ktorom bolo pečatenie vykonané, podpis a pečiatku stomatológa, ktorá obsahuje meno a kód lekára a nesmie byť poistencom / žiadateľom upravované alebo prepisované; a
- pokladničný doklad z registračnej pokladnice alebo virtuálnej registračnej pokladnice pri hotovostnej platbe, alebo
- faktúra od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a doklad o úhrade pri bezhotovostnej platbe, alebo
- potvrdenie o absolvovaní preventívnej prehliadky u stomatológa v predchádzajúcom kalendáriom roku, ak v bode 3 tohto článku všeobecných podmienok nie je uvedené inak.

3. Potvrdenie o stomatologickej preventívnej prehliadke za predchádzajúci kalendárny rok nie je povinný predkladať

- a) poistenec, ktorý mal v predchádzajúcom kalendárnom roku platný poistný vzťah so zdravotnou poisťovňou a stomatologickú preventívnu prehliadku absolvoval u zmluvného stomatológa, ktorý preventívnu stomatologickú prehliadku zdravotnej poisťovni vykázal, a /alebo
 - b) poistenec do veku 6 rokov, ktorý absolvoval prvé stomatologické ošetrenie, v rámci ktorého mu bola vykonaná stomatologická preventívna prehliadka. V takomto prípade poistenec dokladuje stomatologickú preventívnu prehliadku, ktorú absolvoval na prvom stomatologickom ošetrení.
4. V prípade neúplnej alebo nesprávnej žiadosti, alebo absencie vykázaného zubného výkonu, za ktorý poistenec / žiadateľ žiada príspevok, alebo absencie vykázananej všeobecnej alebo stomatologickej preventívnej prehliadky, bude poistenec / žiadateľ vyzvaný, aby žiadosť doplnil o chýbajúce údaje alebo prílohy prostredníctvom svojho konta poistenca v Online pobočke alebo prostredníctvom mobilnej aplikácie zdravotnej poisťovne. Lehota na doplnenie údajov alebo príloh je 10 kalendárnych dní odo dňa doručenia notifikačného e-mailu. Pokiaľ žiadateľ v lehote 10 kalendárnych dní žiadosť nedoplní, žiadosť bude zamietnutá a poistenec / žiadateľ stráca nárok na príspevok za požadovaný zubný výkon.
5. Aktuálna výška benefitu, o ktorý môže poistenec požiadať v kalendárnom roku je uvedený v online pobočke alebo v mobilnej aplikácii, kde je uvedená aj suma benefitu, ktorá bola už poistencovi v príslušnom kalendárnom roku uhradená.

Článok 4

Práva a povinnosti zdravotnej poisťovne

1. Zdravotná poisťovňa sa zaväzuje uhradiť poistencovi / žiadateľovi benefit, za predpokladu, že
- a) poistenec / žiadateľ spĺňa podmienky podľa čl. 2 a čl. 3 týchto všeobecných podmienok,
 - b) **v prípade poskytnutia stomatologických výkonov a / alebo stomatoprotetických výrobkov, že tieto boli zdravotnej poisťovni vykázané zmluvným poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou uznané**, resp., po vyzvaní zdravotnou poisťovňou podľa čl. 3 bod 4 týchto všeobecných podmienok bolo poistencom / žiadateľom doplnené potvrdenie o ich poskytnutí,
 - c) preventívna prehliadka u všeobecného lekára bola vykázaná, resp. po vyzvaní zdravotnou poisťovňou podľa čl. 3 bod 4 týchto všeobecných podmienok bolo poistencom / žiadateľom doplnené potvrdenie o jej absolvovaní.
2. Zdravotná poisťovňa uhradí benefit najneskôr do 90 kalendárnych dní odo dňa podania úplnej a správnej žiadosti, na bankový účet poistenca / žiadateľa, uvedený v online žiadosti o príspevok. Bankový účet, na ktorý zdravotná poisťovňa poukáže príspevok, musí byť v medzinárodnom tvare IBAN a vedený v bankovej inštitúcii na území Slovenska. V prípade potreby zisťovania ďalších rozhodných skutočností pre poskytnutie benefitu zdravotnou poisťovňou, sa lehota podľa predošlej vety predlžuje o dobu potrebného zisťovania, o čom bude poistenec / žiadateľ informovaný.

44

3. Zdravotná poisťovňa sa zaväzuje v prípade potreby zvýšiť intenzitu komunikácie s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti pre účely preverenia skutočností potrebných na schválenie žiadosti poistenca/žiadateľa príspevku.
4. **Zdravotná poisťovňa nezodpovedá za nesprávne vykázanie alebo zúčtovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti a za porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.**
5. **Pri posúdení žiadosti o príspevok na stomatologický výkon a /alebo stomatoprotetických výrobkov je zdravotná poisťovňa povinná prihliadať na údaje o vykázaní zdravotnej starostlivosti zmluvným poskytovateľom za daného poistenca a v prípade, ak sa nepreukáže poskytnutie výkonu, zdravotná poisťovňa má právo neuhradiť príspevok.**
6. Zdravotná poisťovňa žiadosť poistenca / **žiadateľa zamietne:**
 - v lehote 45 dní odo dňa absolvovania zubného výkonu, ak nebola vykázaná preventívna prehliadka u všeobecného lekára a potvrdenie o jej absolvovaní nebolo poistencom / žiadateľom doložené podľa čl. 3 bod 4 týchto všeobecných podmienok
 - v lehote najneskôr 90 dní odo dňa absolvovania zubného výkonu, ak neboli splnené iné podmienky tých všeobecných podmienok.
7. V prípade, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, ktorý ošetrovanie vykonal a poistenec, ktorý ošetrovanie absolvoval a zároveň si nárokuje benefit zdravotnej poisťovne je tá istá osoba, nárok na benefit nevzniká a zdravotná poisťovňa žiadosť zamietne.
8. V prípade, ak zdravotná poisťovňa po úhrade benefitu poistencovi / žiadateľovi dodatočne zistí, že poistenec nespĺňal podmienky na poskytnutie benefitu, poistenec / žiadateľ je povinný poskytnutú sumu benefitu vrátiť zdravotnej poisťovni na základe jej písomnej výzvy, a to v lehote určenej vo výzve.

Článok 5

Platnosť a účinnosť všeobecných podmienok pre poskytnutie Zubného benefitu

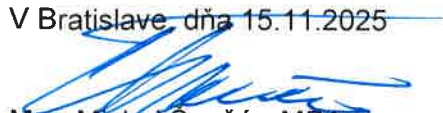
Poistenci sa v prípade doplňujúcich informácií ohľadom benefitu môžu informovať aj na Zákazníckej linke zdravotnej poisťovne, na tel. čísle: **0850 003 333**.

Všeobecné podmienky zdravotnej poisťovne pre uplatnenie benefitu sú platné s účinnosťou od 01. januára 2026 do odvolania.

Neoddeliteľnou súčasťou týchto všeobecných podmienok je predchádzajúci súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne zo dňa 15.11.2025.

Zdravotná poisťovňa si vyhradzuje právo na zmenu týchto všeobecných. O tejto zmene bude poistencov informovať prostredníctvom svojej webovej stránky: www.union.sk najneskôr 14 dní pred ich účinnosťou.

V Bratislave, dňa 15.11.2025



Mgr. Michal Špaňár, MBA
predseda predstavenstva
Union zdravotná poisťovňa, a.s.



Ing. Jozef Koma, PhD.
člen predstavenstva
Union zdravotná poisťovňa, a.s.





Zdravotná poisťovňa

Union zdravotná poisťovňa, a.s.
Kupáčova 10
814 03 Bratislava
IČO: 36284831
DIČ: 2022152517
Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri
Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, v. 1/3832/B

Predchádzajúci súhlas revízneho lekára

Revízny lekár Union zdravotnej poisťovne, a.s. (ďalej len „zdravotná poisťovňa“) týmto udeľuje predchádzajúci súhlas podľa § 42 ods. 5 a 6 zákona č. 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov s úhradou zdravotných výkonov poskytnutých poistencom zdravotnej poisťovne, ktoré nie sú uvedené v zozname zdravotných výkonov indikovaných pri jednotlivých chorobách. Revízny lekár zdravotnej poisťovne udeľuje predchádzajúci súhlas s čiastočnou úhradou týchto zdravotných výkonov poskytnutých poistencom zdravotnej poisťovne:

- doplatok na súbor čiastkových výkonov **dentálnej hygieny**:
 - a. odstránenie zubného kameňa v celom úseku chrupu pomocou ultrazvukového odstraňovača zubného kameňa,
 - b. odstránenie zubného pigmentu a usadením na zuboch v celom úseku chrupu pomocou pieskovača zubov, tzv. AirFlow,
 - c. poučenie o správnej technike čistenia zubnou kefkou, medzizubnou kefkou, jednozväzkovou kefkou a zubnou niťou,
 - d. teoretické poučenie o správnej technike čistenia zubnou kefkou, medzizubnou kefkou, jednozväzkovou kefkou a zubnou niťou,
 - e. praktická inštrukcia o správnej technike čistenia zubnou kefkou, medzizubnou kefkou, jednozväzkovou kefkou a zubnou niťou,
 - f. nácvik ústnej hygieny,
 - g. poučenie o prevencii zubného kazu,
 - h. poučenie o prevencii ochorení parodontu (závesného aparátu zubov),
 - i. lokálna aplikácia fluoridového preparátu
- doplatok za zdravotné výkony **pečatenia zubov**:
 - a. ide o pečatenie zadných trvalých zubov
 - b. zuby musia byť bez plomby max. do dovŕšenia 15 roku života,
 - c. ide o zuby 14 – 17; 24; 27; 34 - 37; 44 – 47

Úhrada vyššie uvedených zdravotných výkonov poistencom zdravotnej poisťovne sa bude realizovať podľa uvedených všeobecných podmienok pre poskytnutie dentálneho benefitu v platnom znení na základe jeho zverejnenia na webovej stránke zdravotnej poisťovne

Tento predchádzajúci súhlas revízneho lekára zdravotnej poisťovne je účinný odo dňa **01.01.2026**, pričom môže byť kedykoľvek odvolaný na základe písomného odvolania revízneho lekára zdravotnej poisťovne; odvolanie súhlasu nadobudne účinnosť ku dňu uvedenému v odvolaní súhlasu a bude zverejnené na webovej stránke zdravotnej poisťovne.

V Bratislave dňa 15.11.2025



MUDr. Ingrid Dúbravová
Senior riaditeľka úseku revíznych a zdravotných činností
Union zdravotná poisťovňa, a.s.