

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

Číslo žiadosti (vyplňa Dôvera) \_\_\_\_\_

### Údaje o poistencovi (vyplňa žiadateľ pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti)

Meno a priezvisko poistenca \_\_\_\_\_ Rodné číslo \_\_\_\_\_

Ulica, číslo \_\_\_\_\_ Mesto/obec \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

### Údaje o poskytovateľovi (vyplňa poskytovateľ)

Názov poskytovateľa \_\_\_\_\_

IČO \_\_\_\_\_ Adresa \_\_\_\_\_

Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára \_\_\_\_\_

Kód ambulancie \_\_\_\_\_ Kód lekára \_\_\_\_\_

Telefón \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Diagnóza slovom \_\_\_\_\_

Kód diagnózy MKCH \_\_\_\_\_ Kód diagnózy \_\_\_\_\_

### Rozsah požadovanej zdravotnej starostlivosti (vyplňa poskytovateľ)

Kód (Kód výkonu, lieku, zdrav. pomôcky (ZP), dietetickej potraviny (DP), jednoduchovej zdrav. starostlivosti (JZS) alebo nezmluvnej medicínskej služby; pri stomatologických výkonoch aj s presným uvedením lokality (čísla) zubu)	Názov	Počet výkonov	Doba poskytnutia	Predpokladané náklady pacienta (€)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____


## Uistite sa, že...

- ✓ ste zdravotnú starostlivosť absolvovali v nami určenej lehote,
- ✓ máte podpis a pečiatku nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (bez toho Vašu žiadosť nemôžeme posúdiť),
- ✓ po absolvovaní zdravotnej starostlivosti ste nám doložili originál dokladu o zaplatení, lekársku správu alebo kópiu lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu,
- ✓ na všetkých dokladoch ste uviedli číslo Vašej žiadosti, ktoré sme Vám pri schválení pridelili.

\_\_\_\_\_

Dátum

\_\_\_\_\_

Pečiatka a podpis poskytovateľa

\_\_\_\_\_

Dátum

\_\_\_\_\_

Podpis poistenca

Žiadosť, ak spĺňa kritériá, ktoré sú zverejnené na úradnej tabuli DÔVERY a na webovej stránke [www.dovera.sk](http://www.dovera.sk), podáva poistenec pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti, prostredníctvom Elektronickej pobočky DÔVERY alebo v pobočkách DÔVERY. Údaje o nezmluvnom poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a rozsahu požadovanej zdravotnej starostlivosti vyplňa nezmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Poistenec musí absolvovať zdravotnú starostlivosť v lehote určenej DÔVEROU. Poistenec k poskytnutiu príspevku predloží doklad o úhrade, lekársku správu, kópiu lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu a všetky ostatné dokumenty podľa aktuálne platných Kritérií. Poistenec na všetkých dokladoch uvedie číslo žiadosti. DÔVERA poskytne príspevok podľa Kritérií alebo vo výške 80 % obvyklej ceny dohodnutej s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, s ktorými má DÔVERA uzavreté zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom čase a za príslušnú zdravotnú starostlivosť.

Žiadosť sa vzťahuje k § 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 a podľa § 88 ods. 1 zákona č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Podporné a servisné centrum:

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
Cintorínska 5  
949 01 Nitra

Fakturačné údaje:

DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.  
IČO: 35 942 436, DIČ: 2022051130  
IČ DPH: SK2022051130  
Kód poisťovne: 24

Kontaktné informácie:

Zákaznícka linka: 0850 850 850  
E-mail: [info@dovera.sk](mailto:info@dovera.sk)  
[www.dovera.sk](http://www.dovera.sk)

