

Žiadosť o poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti spoločnosti DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s. ("DÓVERA")

Číslo žiadosti (vyplňuje DÓVERA):	
-----------------------------------	--

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 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

žiadam

o poskytnutie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti ("príspevok").

Časť A.

Údaje o poistencovi (vypĺňa poistenec)

Meno a priezvisko poistenca:		Rodné číslo:	
Telefón:		E-mail:	
Bydlisko:		PSČ:	
Č. bankového účtu:			
IBAN: <small>Medzinárodné číslo bankového účtu</small>			

Časť B.

Údaje o nezmluvnom poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti (vypĺňa poskytovateľ zdravotnej starostlivosti)

Názov poskytovateľa:		IČO:	
Adresa:			
Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára:			
Číselný kód ambulancie:		Číselný kód lekára:	
Telefón:		E-mail:	
		Fax:	

Choroba

Slovom:		Kód podľa MKCH10:	
---------	--	-------------------	--

Rozsah požadovanej zdravotnej starostlivosti (vypĺňa poskytovateľ zdravotnej starostlivosti)

Kód výkonu, lieku, zdrav. pomôcky (ZP), dietetickej potraviny (DP), jednodňovej zdrav. starostlivosti (JZS), u stomatologických výkonov aj s presným uvedením lokality (číslo) zubu	Názov výkonu, lieku, ZP, DP	Počet výkonov, ks alebo balení	Doba poskytnutia ZS od - do	Predpokladané náklady a cena, ktorú má uhradiť pacient (EUR)

Dátum

Pečiatka a podpis nezmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

Dátum

Podpis poistenca

Poučenie: Žiadosť, ak spĺňa kritériá, ktoré sú zverejnené na úradnej tabuli DÓVERY a na webovej stránke www.dovera.sk, podáva poistenec pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti poštou na adresu DÓVERA zdravotná poisťovňa, a. s., Cintorínska 5, 949 01 Nitra, elektronicky emailom, prostredníctvom Elektronickej pobočky DÓVERY alebo v pobočkách DÓVERY. Údaje o nezmluvnom poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a rozsahu požadovanej zdravotnej starostlivosti vypĺňa nezmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. DÓVERA poskytne príspevok vo výške 80 % obvyklej ceny dohodnutej s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, s ktorými má DÓVERA uzavreté zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom čase a za príslušnú zdravotnú starostlivosť. Poistenec musí absolvovať schválenú zdravotnú starostlivosť v lehote určenej DÓVEROU pri schválení žiadosti. Poistenec k poskytnutiu príspevku predloží originál dokladu o úhrade, lekársku správu, príp. kópiu lekárskeho predpisu alebo lekárskeho poukazu. Poistenec na všetkých dokladoch uvedie číslo žiadosti.

Podporné a servisné centrum:

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

Fakturačné údaje:

DÓVERA 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
www.dovera.sk

