Všeobecné podmienky pre používanie produktu

PEŇAŽENKA ZDRAVIA

Úvod

A. Tieto podmienky stanovujú kritériá pre používanie produktu **Peňaženka zdravia** od Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s. založeného na hodnote prevencie, solidarity, zodpovednosti a dôvery pre jej verných poistencov. Účelom je stanovenie pravidiel uhrádzania finančných príspevkov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť pre jednotlivca - **Peňaženka zdravia MINI** a pre skupinu **Peňaženka zdravia MAXI.**

Článok 1
Základné pojmy

1.1 Peňaženka zdravia je produkt pre verných poistencov od Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s., so sídlom Dúbravská cesta 14, 841 04 Bratislava - mestská časť Karlova Ves, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, Vložka číslo: 3602/B, Oddiel: Sa (ďalej len „**VšZP**“). Peňaženka zdravia umožňuje v súlade s platnou legislatívou a podmienkami používania získať poistencom VšZP (ďalej len „**poistenec“**) finančný príspevok na zdravotnú starostlivosť.

1.2 **Peňaženka zdravia** je prístupná súčasným poistencom prostredníctvom voľne dostupnej mobilnej aplikácie VšZP (ďalej len „**mobilná aplikácia**“) alebo prostredníctvom elektronickej pobočky VšZP (ďalej len „**ePobočka**“).

1.3 **Peňaženka zdravia MINI** je individuálny produkt pre poistenca s nárokom. Druhy finančných príspevkov Peňaženky zdravia MINI sú uvedené v Čl. 5 podmienok používania.

1.4 **Peňaženka zdravia MAXI** je skupinový produkt pre člena skupiny s nárokom. Druhy finančných príspevkov Peňaženky zdravia MAXI sú uvedené v Čl. 6 podmienok používania.

1.5 **Čerpanie finančného príspevku** je proces, prostredníctvom ktorého sa žiadosťou uplatňuje nárok na úhradu finančného príspevku.

1.6 **Finančný príspevok** je suma, ktorú VšZP poskytne poistencovi s nárokom, resp. členovi s nárokom na úhradu nákladov za konkrétny druh ním absolvovanej, ním alebo jeho zákonným zástupcom uhradenej zdravotnej starostlivosti po splnení podmienok definovaných v Čl. 5 alebo v Čl. 6 podmienok používania, v súlade s podmienkami používania. Finančný príspevok má štyri formy:

1.6.1 príspevok na čiastočnú úhradu spoluúčasti poistenca podľa § 42 ods. 4 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 (ďalej len „zákon č. 577/2004 Z. z.“),

1.6.2 príspevok na čiastočnú úhradu zdravotnej starostlivosti podľa § 42 ods. 5 zákona č. 577/2004 Z. z.,

1.6.3 príspevok na doplatok za lieky podľa § 88 ods. 6 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 v znení neskorších predpisov.

1.6.4 príspevok na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti podľa § 42 ods. 1 zákona č. 577/2004 Z. z. Podmienky a kritéria na získanie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom podľa týchto

podmienok užívania sa nevzťahuje na podmienky a kritériá na získanie príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom, publikované na webovom sídle VšZP v časti Poskytnutie príspevkov na úhradu ZS a úhrada spoluúčasti poistencovi.

Finančný príspevok na kalendárny rok je 100 eur. Ak poistenec s nárokom čerpal finančný príspevok z Peňaženky zdravia MINI, môže sa v danom kalendárnom roku stať členom skupiny s nárokom, pričom uhradené finančné príspevky sa mu započítajú do limitu 100 eur v Peňaženke zdravia MAXI.

1.7 **Úhrada finančného príspevku** je finálne štádium procesu čerpania finančného príspevku.

1.8 **Správca** skupiny je plnoletý poistenec VšZP, ktorý založil skupinu a je ostatnými členmi určený za svojho zástupcu oprávneného konať v ich mene (ďalej len „**správca**“) pri používaní produktu Peňaženky zdravia MAXI. Vyjadrením súhlasu s podmienkami používania členovia súhlasia, že správca je zástupcom všetkých členov voči VšZP v rozsahu všetkých potrebných činností nevyhnutných na používanie produktu Peňaženka zdravia MAXI. Správca koná v mene členov na vlastnú zodpovednosť. Akýkoľvek úkon vykonaný správcom zaväzuje všetkých členov. Vyjadrením súhlasu s podmienkami používania správca prijíma splnomocnenie na zastupovanie členov podľa tohto bodu.

1.9 **Skupina** je súbor členov skupiny pozostávajúci zo správcu a maximálne ďalších 7 členov pre účely čerpania finančných príspevkov z Peňaženky zdravia MAXI. Prvý člen skupiny, ktorý sa rozhodne založiť skupinu a pridať členov, sa zároveň stáva aj jej správcom. Členmi skupiny sa stanú osoby, ktoré správca skupiny pridá za členov, v súlade s bodom 2.1 podmienok používania (ďalej len „**skupina**“) a ktorí s tým vyjadrili súhlas tým, že potvrdili členstvo v skupine.

1.10 **Člen skupiny** je každá osoba, ktorá sa rozhodla využiť produkt Peňaženka zdravia MAXI. Je to správca a každá osoba, ktorú správca pridá do skupiny a ktorá s tým vyjadrila súhlas tým, že potvrdila členstvo v skupine. Každá osoba môže byť členom iba jednej skupiny. Vyjadrením súhlasu s podmienkami používania každý člen súhlasí s tým, že správca skupiny je oprávnený konať v jeho mene a že správca je zástupcom všetkých členov voči VšZP v rozsahu všetkých potrebných činností nevyhnutných na používanie produktu Peňaženka zdravia MAXI. Ak osoba s potvrdeným členstvom v skupine prestane byť poistencom VšZP, ostáva členom bez nároku (ďalej len „**člen**“).

1.11 **Člen skupiny s nárokom** na úhradu finančného príspevku z Peňaženky zdravia MAXI, je každý poistenec s potvrdeným členstvom v skupine, v ktorej sú minimálne 3 poistení členovia s potvrdeným členstvom vrátane správcu, a zároveň spĺňa všetky podmienky používania (ďalej len „**člen s nárokom**“).

1.12 **Člen skupiny bez nároku** na úhradu finančného príspevku z Peňaženky zdravia MAXI, je každá osoba v skupine, ktorá prestala byť v priebehu kalendárneho roku poistencom VšZP.

1.13 **Poistenec VšZP s nárokom** na úhradu finančného príspevku z Peňaženky zdravia MINI, je každý poistenec, ktorý si prostredníctvom mobilnej aplikácie alebo e-Pobočky založil Peňaženku zdravia a nie je členom s nárokom (ďalej len **„poistenec s nárokom“**).

1.14 **Všeobecné podmienky pre používanie produktu Peňaženka zdravia** tvoria súhrn dojednaní zaväzujúcich poistencov a ich zákonných zástupcov pri využívaní produktu Peňaženka zdravia (ďalej len „**podmienky používania**“).

1.15 **Nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti** je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, s ktorým nemá VšZP uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 7 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade

nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

1.16 Na pojmy, ktoré nie sú definované v týchto podmienkach používania, sa vzťahujú pojmy uvedené vo Všeobecných podmienkach pre poskytovanie a používanie elektronických služieb ePobočky a mobilnej aplikácie Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s.

Článok 2

Podmienky vzniku a zániku skupiny

2.1 Prostredníctvom mobilnej aplikácie alebo ePobočky môže vytvoriť skupinu jej prvý člen (správca) pridaním ďalšieho člena. Ďalší členovia môžu byť poistenci, v celkovom maximálnom počte 8 vrátane správcu.

2.2 Podmienky vzniku skupiny:

2.2.1 správca a členovia majú konto v ePobočke alebo mobilnej aplikácii, umožňujúce prístup k eSlužbám v roli poistenec;

2.2.2 zadanie čísla účtu správcom vo formáte IBAN s kódom krajiny SK, na ktoré bude VšZP uhrádzať finančné príspevky za schválené žiadosti členov skupiny;

2.2.3 pridanie členov skupiny správcom s vyplnením osobných údajov člena v rozsahu meno, priezvisko, rodné číslo, mobilné telefónne číslo, email;

2.2.4 potvrdenie členstva v skupine členom elektronicky cez mobilnú aplikáciu alebo ePobočku vyjadrením súhlasu s týmito podmienkami používania; za každého člena vo veku do 18 rokov alebo pozbaveného spôsobilosti na právne úkony alebo ktorého spôsobilosť na právne úkony je obmedzená, potvrdzuje členstvo jeho zákonný zástupca elektronicky cez mobilnú aplikáciu, ePobočku alebo formou písomného plnomocenstva udeleného správcovi na zastupovanie pri využívaní produktu Peňaženka zdravia MAXI v prípade, že zákonný zástupca poistenca nie je poistencom VšZP;

2.2.5 súhlas člena a správcu so spracúvaním osobných údajov o zdraví a čestné vyhlásenie o zdravom spôsobe života podľa bodu 4.6 podmienok používania.

2.3 V prípade splnenia všetkých podmienok používania, vytvorená skupina automaticky prechádza do ďalšieho kalendárneho roka.

2.4 Nárok na úhradu finančného príspevku za príslušný kalendárny rok vzniká od 01.01. príslušného kalendárneho roka. Podať žiadosť o úhradu finančného príspevku za príslušný kalendárny rok je možné len za zdravotnú starostlivosť absolvovanú a uhradenú v príslušnom kalendárnom roku.

2.5 Členstvo v skupine zaniká na základe žiadosti člena alebo žiadosti správcu o zrušenie členstva niektorého člena, kliknutím na príslušné pole v mobilnej aplikácii alebo ePobočke v Peňaženka zdravia MAXI.

2.6 Ak v priebehu príslušného kalendárneho roka bola v skupine podaná žiadosť o úhradu finančného príspevku za zdravotnú starostlivosť absolvovanú a uhradenú v príslušnom kalendárnom roku, žiaden člen s nárokom nemôže v rámci príslušného kalendárneho roka odísť do inej skupiny. Člen s nárokom sa môže stať členom inej skupiny alebo sa stať poistencom s nárokom na finančné príspevky z Peňaženky zdravia MINI až od 01.01. nasledujúceho kalendárneho roka.

2.7 V prípade, že člen skupiny v priebehu kalendárneho roka prestane byť poistencom VšZP z dôvodu zániku verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike, zostáva členom skupiny do 31.12. daného roka, avšak nemá nárok na čerpanie finančných príspevkov z Peňaženky zdravia MAXI. Nárok na úhradu finančného príspevku z Peňaženky zdravia MAXI zostáva členom s nárokom v skupine do 31.12. v tom roku, kedy k takejto situácií došlo.

2.8 V prípade ak správca skupiny stratí spôsobilosť na právne úkony, prestane spĺňať podmienky na členstvo v skupine, v priebehu kalendárneho roka prestane byť poistencom VšZP z dôvodu zániku verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike alebo na základe dohody medzi správcom a členmi skupiny, môžu si členovia spomedzi seba určiť nového správcu, ktorý musí spĺňať podmienky podľa bodu 1.8. týchto podmienok používania.

2.9 Ak v priebehu príslušného kalendárneho roka nebola v skupine podaná žiadosť o úhradu finančného príspevku za zdravotnú starostlivosť absolvovanú a uhradenú v príslušnom kalendárnom roku, môže člen s nárokom v priebehu príslušného kalendárneho roka odísť zo skupiny a stať sa poistencom s nárokom na finančné príspevky z Peňaženky zdravia MINI.

2.10 Skupina ako celok zaniká, ak počet členov, ktorí spĺňajú podmienky uvedené v bode 2.2 tohto článku nedosahuje minimálny počet poistených členov s potvrdeným členstvom vrátane správcu uvedený v bode 1.11 týchto podmienok používania.

Článok 3

Nárok na úhradu finančného príspevku

3.1 Nárok na úhradu finančného príspevku má každý poistenec s nárokom, resp. člen s nárokom, ktorý:

3.1.1 podal spôsobom podľa týchto podmienok používania žiadosť o úhradu finančného príspevku a doložil sken alebo fotografiu dokladu o úhrade, a v prípade finančného príspevku podľa bodov 5.6 a 6.7 podmienok požívania aj Záznam o poskytnutí zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorého vzor je publikovaný na webovom sídle VšZP vyplnený nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, a to v lehotách stanovených v podmienkach používania;

3.1.2 na účely získania a úhrady finančného príspevku podľa bodov 5.6 a 6.7 podmienok používania obdržal predchádzajúci súhlas VšZP podľa bodu 5.6.2.2 respektíve 6.7.2.2 podmienok používania;

3.1.3 má v čase úhrady finančného príspevku VšZP podľa bodu 4.7 podmienok používania nárok na plnú zdravotnú starostlivosť v Slovenskej republike;

3.1.4 má za celé obdobie poistného vzťahu vo VšZP určeného platiteľa poistného[1)];

3.1.5 sa pravidelne podrobuje preventívnym prehliadkam, vedie zdravý spôsob života, čo deklaruje dobrovoľným potvrdením čestného vyhlásenia v mobilnej aplikácií alebo ePobočke podľa bodu 4.6 podmienok používania;

3.1.6 boli dodržané všeobecné pravidlá čerpania finančných príspevkov uvedené v článku 4 týchto podmienok používania;

3.1.7 zmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zároveň vykáže VšZP poskytnutie zdravotnej starostlivosti v súlade s platnými právnymi predpismi (s výnimkami uvedenými v poslednej vete bodu 4.12 podmienok používania);

3.1.8 finančný príspevok podľa bodu 5.6 respektíve 6.7 podmienok používania nebol poistencovi s nárokom, resp. členovi s nárokom na ten istý výkon zdravotnej starostlivosti už poskytnutý postupom podľa podmienok a kritérií VšZP publikovaných na webovom sídle VšZP v časti Poskytovanie príspevkov na úhradu ZS a úhrada spoluúčasti poistencovi;

3.1.9 spĺňa všetky podmienky používania.

Článok 4

Všeobecné pravidlá čerpania finančných príspevkov

4.1 VšZP poskytuje poistencovi s nárokom finančný príspevok na konkrétny druh ním absolvovanej a ním alebo jeho zákonným zástupcom uhradenej zdravotnej starostlivosti definovanej v Čl. 5 podmienok používania a členovi s nárokom finančný príspevok na konkrétny druh ním absolvovanej a ním alebo jeho zákonným zástupcom uhradenej zdravotnej starostlivosti definovanej v Čl. 6 podmienok používania.

4.2 V Peňaženke zdravia MINI podáva žiadosť o úhradu finančného príspevku poistenec s nárokom za seba, za poistenca vo veku do 18 rokov a za poistenca, ktorý bol pozbavený alebo obmedzený na spôsobilosti na právne úkony, ktorého je zákonným zástupcom, najneskôr do 60 dní odo dňa úhrady zdravotnej starostlivosti; ustanovenie tejto vety sa nepoužije v prípade žiadosti o úhradu finančného príspevku podľa bodov 5.6 a 6.7 podmienok používania. Žiadosť o úhradu finančného príspevku sa podáva samostatne za každý uplatňovaný druh finančného príspevku. V prípade, ak sa poistenec s nárokom stal poistencom VšZP v priebehu príslušného kalendárneho roka, môže si podať žiadosť o úhradu finančného príspevku len za zdravotnú starostlivosť absolvovanú a uhradenú po dni vzniku poistného vzťahu vo VšZP.

4.3 V Peňaženke zdravia MAXI podáva žiadosť o úhradu finančného príspevku správca za seba aj za ostatných členov s nárokom najneskôr do 60 dní odo dňa úhrady zdravotnej starostlivosti členom s nárokom alebo zákonným zástupcom člena s nárokom; ustanovenie tejto vety sa nepoužije v prípade žiadosti o úhradu finančného príspevku podľa bodov 5.6 a 6.7 podmienok používania. V prípade, ak sa člen stal poistencom VšZP v priebehu príslušného kalendárneho roka, môže si podať žiadosť o úhradu finančného príspevku len za zdravotnú starostlivosť absolvovanú a uhradenú po dni vzniku poistného vzťahu vo VšZP. V prípade, ak sa po skončení príslušného kalendárneho roka správca stane nepoistencom, môže ešte podávať žiadosti o úhradu finančného príspevku (za uhradenú a absolvovanú zdravotnú starostlivosť v predchádzajúcom kalendárnom roku) do 60 dní od ukončenia kalendárneho roka, v ktorom poistencom bol; ustanovenie tejto vety sa nepoužije v prípade žiadosti o úhradu finančného príspevku podľa bodov 5.6 a 6.7 podmienok používania.

4.4 Žiadosť o úhradu finančného príspevku sa podáva len elektronicky prostredníctvom mobilnej aplikácie alebo ePobočky. V žiadosti poistenec s nárokom, resp. správca vyplní všetky povinné polia a priloží všetky povinné prílohy, pričom je povinný uviesť pravdivé a úplné informácie. Žiadosť sa podáva spolu s priložením fotografie alebo skenu dokladu o úhrade, akceptované formáty sú: jpg, jpeg, jpe, png. Sken/fotografia dokladu o úhrade by mal obsahovať QR kód a musí obsahovať všetky náležitosti účtovného dokladu vrátane druhu poskytnutej zdravotnej starostlivosti zhodnej s uplatňovaným finančným príspevkom, ktorú poistenec s nárokom, resp. člen s nárokom alebo jeho zákonný zástupca uhradil. Dokladom o úhrade môže byť pokladničný doklad alebo faktúra s potvrdením o jej úhrade. Vo výnimočných prípadoch, kedy poistenec nie je samostatne schopný podať žiadosť a požiada o to, môže VšZP udeliť výnimku a zadať žiadosť za poistenca, pričom poistenec musí splniť ostatné podmienky používania; ustanovenie tejto vety sa vzťahuje aj na podanie žiadosti o predchádzajúci súhlas podľa bodu 5.6.2.2 a 6.7.2.2 podmienok používania.

4.5 V prípade, že žiadosť o úhradu finančného príspevku a jej prílohy nebudú obsahovať povinné náležitosti, je VšZP oprávnená vyzvať poistenca s nárokom, resp. správcu na doplnenie alebo opravu. Žiadosť o úhradu finančného príspevku sa považuje za riadne podanú len v prípade, ak bude mať všetky náležitosti a bude obsahovať správne prílohy v zmysle výzvy VšZP na doplnenie alebo opravu podľa tohto bodu a v zmysle podmienok používania. V prípade zistenia formálnej a zjavnej chyby v žiadosti o úhradu finančného príspevku je VšZP oprávnená opraviť takúto chybu za účelom plynulého spracovania žiadosti.

4.6 Poistenec pri vyjadrení súhlasu s týmito podmienkami používania dobrovoľne poskytne v mobilnej aplikácií alebo ePobočke čestné vyhlásenie, že sa pravidelne podrobuje preventívnym prehliadkam, vedie zdravý spôsob života a spĺňa podmienky používania. Túto skutočnosť bude VšZP overovať na základe poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vykázaných alebo poistencom preukázaných preventívnych prehliadok. V prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nevykáže VšZP poskytnutie preventívnej zdravotnej starostlivosti, poistenec môže preukázať absolvovanie preventívnej prehliadky doložením dokladu o jej absolvovaní, ktorý musí obsahovať: meno a priezvisko dátum narodenia, rodné číslo, názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, IČO poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, odtlačok pečiatky poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, dátum poskytnutia preventívnej zdravotnej starostlivosti, kód zdravotného výkonu alebo názov zdravotného výkonu. Táto podmienka sa neuplatňuje na preventívne prehliadky u všeobecného lekára u poistencov odo dňa dovŕšenia 76. roku veku[5)], na preventívne prehliadky u zubára u poistencov odo dňa dovŕšenia 71. roku veku[5)], na preventívne prehliadky u urológa a gynekológa u poistencov odo dňa dovŕšenia 71. roku veku[5)] a na poistencov so zdravotnou kontraindikáciou.

4.7 Úhradu finančného príspevku vykonáva VšZP priebežne:

4.7.1 Žiadosti o úhradu finančného príspevku podané do 30.06. budú finálne spracované podľa stavu splnenia podmienok používania potrebných na vznik nároku poistenca podľa čl. 2, 3, 4, 5, 6, 7 podmienok používania k 30.09. príslušného kalendárneho roka najneskôr do 31. 10. príslušného kalendárneho roka.

4.7.2 Žiadosti o úhradu finančného príspevku podané do 31.12. príslušného kalendárneho roka budú finálne spracované podľa stavu splnenia podmienok používania potrebných na vznik nároku poistenca podľa čl. 2, 3, 4, 5, 6, 7 podmienok používania k 31.03. nasledujúceho kalendárneho roka najneskôr do 30.04. nasledujúceho kalendárneho roka.

4.8 VšZP vykoná úhradu finančného príspevku po finálnom spracovaní žiadosti o úhradu finančného príspevku, ktorého výsledkom je jej schválenie. Úhradu finančného príspevku VšZP vykoná len bezhotovostne na účet, ktorý zadal poistenec s nárokom, resp. správca do mobilnej aplikácie alebo ePobočky.

4.9 Nevyčerpaná časť finančného príspevku v príslušnom kalendárnom roku sa neprenáša do nasledujúceho kalendárneho roka. Poistenec nemá nárok na vyplatenie finančnej hotovosti za nevyčerpanú časť finančného príspevku. Finančný príspevok môže byť čerpaný len v súlade s týmito podmienkami používania.

4.10 V prípade, ak je predmetom žiadosti o úhradu finančného príspevku zdravotný výkon, liek, dietetická potravina a zdravotnícka pomôcka hradená z verejného zdravotného poistenia, VšZP poskytne poistencovi s nárokom, resp. členovi s nárokom tento príspevok *iba v prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zároveň vykáže VšZP poskytnutie zdravotnej starostlivosti v súlade s platnými právnymi predpismi*. VšZP nezodpovedá za nesprávne vykázanie alebo zúčtovanie poskytnutej zdravotnej starostlivosti a za porušenie všeobecne záväzných predpisov v súvislosti s poskytovaním a vykazovaním zdravotnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Informácie o vykázanej a uhradenej zdravotnej starostlivosti sú poistencovi dostupné v mobilnej aplikácii v časti Moje zdravie, Moji lekári a prevencia alebo v ePobočke v časti Moje vyšetrenia, Moji lekári. Podmienka podľa bodu 4.10 podmienok používania sa neuplatňuje na finančné príspevky podľa bodu 5.6 a 6.7 podmienok používania.

4.11 Žiadosť o úhradu finančného príspevku je možné podať, len ak bola poistencom s nárokom, resp. členom s nárokom absolvovaná zdravotná starostlivosť uhradená ním alebo jeho zákonným zástupcom *u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike, s ktorým má VšZP uzatvorenú zmluvu*. Žiadosť o úhradu

finančného príspevku nie je možné podať v prípade, ak bola úhrada za zdravotnú starostlivosť realizovaná prostredníctvom zľavových portálov. Táto podmienka podľa bodu 4.11 podmienok používania sa neuplatňuje na finančné príspevky podľa bodu 5.2.2, 5.2.3, 5.4.1, 6.2.2, 6.3.2, 6.3.3, 6.5.3, 6.5.4, 5.6 a 6.7 podmienok používania.

4.12 Ak nie je uvedené inak, podmienky vzniku nároku na úhradu finančného príspevku podľa Čl. 2, 3, 4, 5, 6 a 7 musia byť splnené všetky súčasne. Splnenie podmienok posudzuje VšZP po podaní žiadosti o úhradu finančného príspevku pre každú žiadosť individuálne. V odôvodnených prípadoch osobitného zreteľa môže zdravotná poisťovňa upustiť od podmienky v Čl. 2, 3, 4, 5, 6 a 7 a uhradiť finančný príspevok, ak je to v prospech poistenca. V prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nevykáže VšZP poskytnutie zdravotnej starostlivosti, poistenec môže preukázať poskytnutie zdravotnej starostlivosti doložením dokladu od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má VšZP uzatvorenú zmluvu, ktorý musí obsahovať: meno a priezvisko poistenca, dátum narodenia, rodné číslo, názov poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, IČO poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, odtlačok pečiatky poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, dátum poskytnutia zdravotnej starostlivosti, kód zdravotného výkonu alebo názov zdravotného výkonu. Táto podmienka podľa bodu 4.10 podmienok používania sa neuplatňuje na finančné príspevky podľa bodu 5.2.2, 5.2.3, 5.4.1, 6.2.2, 6.3.2, 6.3.3, 6.5.3, 6.5.4, 5.6 a 6.7.

4.12.1 Pokiaľ zmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nevykáže a poistenec nepreukáže poskytnutie zdravotnej starostlivosti podľa bodu 4.10 podmienok používania pre žiadosti o úhradu finančného príspevku podané do 30.06. príslušného kalendárneho roka najneskôr do 30.09. príslušného kalendárneho roka a pre žiadosti o úhradu finančného príspevku podané do 31.12. príslušného kalendárneho roka najneskôr do 31.03. nasledujúceho kalendárneho roka, VšZP finančný príspevok neuhradí.

4.12.2 Pokiaľ VšZP zhodnotí, že neboli splnené podmienky potrebné na vznik nároku pre poistenca podľa čl. 2, 3, 4, 5, 6, 7 podmienok používania pre žiadosti o úhradu finančného príspevku podané do 30.06. najneskôr do 30.09. kalendárneho roka a pre žiadosti o úhradu finančného príspevku podané do 31.12. najneskôr do 31.3. nasledujúceho kalendárneho roka, VšZP finančný príspevok neuhradí.

4.13 Podanie žiadosti o predchádzajúci súhlas na účely úhrady finančného príspevku podľa bodu 5.6 a 6.7 podmienok používania konzumuje (nahrádza) podanie žiadosti o úhradu finančného príspevku. Sken alebo fotografiu dokladu o úhrade a Záznam o poskytnutí zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorého vzor je publikovaný na webovom sídle VšZP v časti Peňaženka zdravia, vyplnený nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, je potrebné doplniť do 60 dní odo dňa podania žiadosti o predchádzajúci súhlas podľa bodu 5.6.2.2 a 6.7.2.2 podmienok používania.

4.14 Ak VšZP po úhrade finančného príspevku dodatočne zistí, že poistenec nespĺňal podmienky používania na úhradu finančného príspevku, je takýto poistenec povinný uhradený finančný príspevok vrátiť VšZP na základe jej písomnej výzvy, a to v lehote určenej vo výzve. Vzájomné pohľadávky VšZP a poistenca, resp. člena sa môžu vysporiadať formou jednostranného započítavania.

4.15 50 % výšky finančného príspevku člena skupiny Peňaženky zdravia MAXI, na ktorý má člen nárok v zmysle týchto podmienok používania, môže byť poskytnutých inému členovi s nárokom na čerpanie finančných príspevkov Peňaženky zdravia MAXI. Správca koná v mene členov skupiny.

Článok 5

Druhy Finančných príspevkov Peňaženky zdravia MINI

5.1 Finančné príspevky na lieky

5.1.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na poskytnutie:

5.1.1.1 členovi do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 18. roku veku[5)] na doplatok za kategorizované lieky, ktoré sú čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia vydané na základe lekárskeho predpisu *maximálne vo výške 100 eur pre člena*;

5.1.1.2 členovi, na ktorého sa nevzťahuje finančný príspevok podľa bodu 5.1.1.1, odo dňa dovŕšenia 18. roku veku[5)] na doplatok za kategorizované lieky, ktoré sú čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia vydané na základe lekárskeho predpisu *maximálne vo výške 20 eur pre člena.*

5.1.1.3 Na uplatnenie finančného príspevku podľa bodu 5.1.1 sa vzťahujú nasledovné podmienky:

5.1.1.3.1 lieky musia byť predpísané riadne na rodné číslo alebo iné identifikačné číslo poistenca v súlade s platnými právnymi predpismi, zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a boli vydané a vykázané poskytovateľom lekárenskej starostlivosti v Slovenskej republike VšZP;

5.1.1.3.2 v prípade, že sa pre poistenca vzťahuje zákonný nárok na limit spoluúčasti (podľa § 87a 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 v znení neskorších predpisov v platnom znení) (ďalej len „zákon č. 363/2011 Z. z.“), VšZP poistencovi preplatí doplatok za konkrétny liek vo výške rozdielu medzi jeho skutočným doplatkom [2)] a prepočítaným doplatkom[3)];

5.1.1.3.3 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na lieky hradené v plnom rozsahu poistencom;

5.1.1.3.4 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na lieky hradené zdravotnou poisťovňou ako osobitné prípady úhrad[8)];

5.1.1.3.5 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na zdravotnícke pomôcky.

5.2 Finančné príspevky na prevenciu a očkovanie

5.2.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na vakcínu vydanú na lekársky predpis na iný druh očkovania ako povinné očkovanie[4)] *vo výške 50 % uhradenej ceny*:

5.2.1.1 Očkovanie proti kliešťovej encefalitíde - nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 1. roku veku[5)] na každú dávku vakcíny podanej poistencovi očkovacej látky Encepur Children, Fsme – immun Junior, Encepur Adults, Fsme – immune.

5.2.1.2 Očkovanie proti HPV kategorizovanou vakcínou Gardasil 9 - nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 15. roku veku[5)] do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 25. roku veku[5)] na každú dávku vakcíny podanej poistencovi.

5.2.1.3 Cestovateľské očkovanie – vakcína na prevenciu proti japonskej encefalitíde, brušnému týfusu, cholere. Je možné kombinovať očkovacie látky v tejto skupine*, avšak len do celkovej maximálnej výšky 30 eur na finančný príspevok podľa tohto bodu*.

5.2.1.4 Očkovanie proti meningokokom - očkovacie látky Bexsero, Nimenrix a Trumenba na každú dávku vakcíny podanej poistencovi.

5.2.1.5 Očkovanie proti hepatitíde AB - očkovanie kombinovanou očkovacou látkou TWINRIX Adult sus. inj. 1x1 ml (20 µg/ml) proti vírusovej hepatitíde typu A a vírusovej hepatitíde typu B na každú dávku vakcíny podanej poistencovi. Nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 16. roku veku[5)].

5.2.1.6 Očkovanie proti ovčím kiahňam – očkovanie očkovacou látkou Varivax na každú dávku vakcíny podanej poistencovi. Nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 1. roku veku[5)].

5.2.1.7 Očkovanie proti hepatitíde A – očkovanie očkovacou látkou Havrix Junior na každú dávku vakcíny podanej poistencovi. Nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 1. roku veku[5)] do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 16. roku veku[5)] .

5.2.1.8 Očkovanie proti respiračným syncyciálnym vírusom (RSV) – očkovanie očkovacou látkou Abrysvo. Nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 18. roku[5)].

5.2.1.9 Očkovanie proti čiernemu kašľu, záškrtu a tetanu – očkovanie očkovacou látkou Boostrix. Nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 4. roku veku[5)] .

5.2.1.10 Na uplatnenie finančného príspevku podľa bodu 5.2.1 sa vzťahujú nasledovné podmienky:

5.2.1.10.1 vakcína bola predpísaná na lekársky predpis alebo predpisujúci lekár na predpísanú vakcínu vytvoril preskripčný záznam[6)];

5.2.1.10.2 vakcína bola vydaná na lekársky predpis alebo preskripčný záznam poskytovateľom lekárenskej starostlivosti;

5.2.1.10.3 vakcína bola predpísaná riadne na rodné číslo alebo iné identifikačné číslo poistenca v súlade s platnými právnymi predpismi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike;

5.2.1.10.4 vakcína bola poistencovi podaná v súlade s vakcinačnou schémou uvedenou v súhrne charakteristických vlastností podaného lieku;

5.2.1.10.5 finančný príspevok sa vzťahuje len na cenu vakcíny, nie na ostatné poplatky u poskytovateľa zdravotnej a lekárenskej starostlivosti, ktoré súvisia s očkovaním.

5.2.2 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na preventívne športové prehliadky vykonané vybraným pracoviskom telovýchovného lekárstva vo výške 50% uhradenej sumy, avšak maximálne vo výške 100 eur pre poistenca do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 18. roku veku[5)] a maximálne vo výške 50 eur pre poistenca odo dňa dovŕšenia 18. roku veku[5)]. Zoznam vybraných pracovísk telovýchovného lekárstva sa nachádza na webovom sídle VšZP.

5.2.3 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na doplatok za samoodberové testy na zistenie HPV vírusu, BRCA ½ génu rakoviny prsníka, prostaty, pankreasu a kože, trombofilné mutácie a sexuálne prenosné ochorenia pre mužov a ženy *vo výške 50 % uhradenej sumy, avšak maximálne vo výške 45 eur* na každý samoodberový test. Nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 18. roku veku[5)]. Test musí byť vyhodnotený zmluvným zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a vykázaný na poistenca do 60 dní od kúpy testu. Finančný príspevok sa vzťahuje výlučne na samoodberové testy

zakúpené prostredníctvom internetovej stránky www.meditesty.sk, ktoré spĺňajú podmienky uvedené v tomto bode.

5.3 Finančné príspevky na zuby

5.3.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na poistenca odo dňa dovŕšenia 18. roku[5)] veku za výkony dentálnej hygieny maximálne vo *výške 40 eur* pre poistenca za príslušný kalendárny rok. Žiadosť o tento finančný príspevok je možné podať maximálne jedenkrát v kalendárnom roku, pričom v jednej žiadosti je možné uplatniť si finančný príspevok *maximálne vo výške 40 eur za príslušný kalendárny rok pre poistenca.*

5.3.2 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na poistenca odo dňa dovŕšenia 3. roku veku[5)] do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 18. roku veku[5)] za výkony dentálnej hygieny, maximálne vo výške 40 eur pre poistenca za príslušný kalendárny rok. Žiadosť o tento finančný príspevok je možné podať maximálne *jedenkrát,* v kalendárnom roku, pričom v jednej žiadosti je možné uplatniť si finančný príspevok *maximálne vo výške 40 eur za príslušný kalendárny rok pre poistenca.*

5.3.3 Finančný príspevok podľa bodov 5.3.1 a 5.3.2 sa vzťahuje na doplatky za nasledovné výkony dentálnej hygieny:

5.3.3.1 odstránenie zubného povlaku alebo zubného kameňa v celom úseku chrupu ultrazvukom;

5.3.3.2 odstraňovanie povrchových pigmentácií a usadenín pieskovaním zubov;

5.3.3.3 inštruktáž a nácvik ústnej hygieny;

5.3.3.4 poučenie o prevencii zubného kazu a ochorení parodontu;

5.3.3.5 odstránenie zubných povlakov.

5.3.4 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na poistenca do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 18. roku veku[5)] na doplatky za čeľustnoortopedické výkony, ktoré sú zo zákona čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia, maximálne *jedenkrát vo výške 30 eur za príslušný kalendárny rok pre poistenca.*

Žiadosť o finančný príspevok je možné si uplatniť na tieto diagnózy:

5.3.4.1 otvorený zhryz v rozsahu trvalých rezákov 2 a viac mm;

5.3.4.2 skrížený zhryz rezákov a skrížený zhryz s núteným vedením sánky;

5.3.4.3 nonoklúzia dvoch párov antagonistov v jednom laterálnom segmente okrem zubov múdrosti;

5.3.4.4 hlboký zhryz s traumatizáciou gingívy;

5.3.4.5 protrúzne chyby s inciziválnym schodíkom 4,5 - 9 mm;

5.3.4.6 hypodoncia štyroch a viacerých trvalých zubov;

5.3.4.7 retencia, palatinálna poloha a aplázia trvalého očného zuba, nedostatok miesta 5 a viac mm;

5.3.4.8 retencia trvalého horného rezáka;

5.3.4.9 výrazná rotácia očných zubov a rezákov nad 30 stupňov a vestibulárna dystopia očných zubov.

5.3.5 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na poistenca odo dňa dovŕšenia 6. roku veku[5)] do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 15. roku veku[5)] za pečatenie zdravých trvalých zubov alebo na doplatky za výplne na výkony V01 - Jednoplôšková výplň zuba – ide o výplň I. alebo V. triedy (trvalé zuby), V02 – výplň II. triedy typu MO (mezio-okluzálna) alebo OD (okluzo-distálna), V03 - Troj- a viacplôšková výplň zuba – výplň II. triedy typu MOD (mezio-okluzo-distálna), ktoré sú zo zákona čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia, maximálne *jedenkrát vo výške 30 eur za príslušný kalendárny rok pre poistenca.*

5.4 Finančné príspevky pre ženy a deti

5.4.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na poistenca do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 1. roku veku[5)] na úhradu za monitor dychu poskytnutý poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti a jeho zmluvným partnerom *maximálne vo výške 50 eur pre poistenca.*

5.4.2 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na doplatok za zdravotný výkon Liquid Based Cytology ako súčasť preventívneho vyšetrenia *maximálne vo výške 30 eur*, nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 18. roku veku[5)]

5.5 Finančné príspevky na oči

5.5.1 Na uplatnenie tohto finančného príspevku sa vzťahuje podmienka poskytnutia zdravotnej starostlivosti poistencovi zmluvným oftalmológom maximálne 90 dní pred úhradou zdravotníckej pomôcky. Tento finančný príspevok sa vzťahuje na doplatky za zdravotnícke pomôcky, ktoré si poistenec zakúpil v zmluvnej optike VšZP, ktoré sú zo zákona čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia *maximálne vo výške 100 eur na poistenca:*

5.5.1.1 okuliarové šošovky pre deti pri výške dioptrie nad +4/-4; nárok na finančný príspevok má poistenec do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 19. roku veku[5)] raz ročne;

5.5.1.2 okuliarový rám pre deti; nárok na finančný príspevok na sériový rám má poistenec do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 19. roku veku[5)] raz ročne, a to bez ohľadu na výšku dioptrií; nárok na finančný príspevok na individuálne zhotovený rám má poistenec do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 19. roku veku[5)] raz za dva roky;

5.5.1.3 okuliarový rám pre dospelých pri výške dioptrie najmenej +1/-1; nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 19. roku veku[5)] raz za dva roky.

5.6 Finančné príspevky na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

5.6.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v súlade s § 42 ods. 1 zákona č. 577/2004 Z. z. na zdravotnú starostlivosť poskytnutú nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a to vo výške najviac 80 % priemernej úhrady za jednotlivý zdravotný výkon v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti dohodnutej u zmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje rovnakú zdravotnú starostlivosť, a to maximálne vo výške *100 eur* na poistenca.

5.6.2 Na uplatnenie finančného príspevku podľa bodu 5.6.1 sa vzťahujú nasledovné podmienky:

5.6.2.1 zdravotná starostlivosť bola poskytnutá nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v odbornosti podľa Zoznamu akceptovaných odborností pre poskytnutie finančného príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, publikovaného na webovom sídle VšZP v časti Peňaženka zdravia ako Zoznam akceptovaných odborností;

5.6.2.2 VšZP udelila poistencovi predchádzajúci súhlas s poskytnutím príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti na základe žiadosti o predchádzajúci súhlas, podanej poistencom najneskôr 72 hodín[9)] pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti elektronicky prostredníctvom mobilnej aplikácie alebo ePobočky;

5.6.2.3 poistenec spĺňa podmienky nároku na úhradu finančného príspevku podľa Čl. 3 všeobecných podmienok, ak nie je stanovené inak.

Článok 6

Druhy Finančných príspevkov Peňaženky zdravia MAXI

6.1 Finančné príspevky na lieky

6.1.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na poskytnutie:

6.1.1.1 členovi do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 18. roku veku[5)] a ich zákonným zástupcom na doplatok za kategorizované lieky a dietetické potraviny, ktoré sú čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia vydané na základe lekárskeho predpisu *maximálne vo výške 450 eur pre člena*;

6.1.1.2 členovi, na ktorého sa nevzťahuje finančný príspevok podľa bodu 6.1.1.1, odo dňa dovŕšenia 18. roku veku[5)] na doplatok za kategorizované lieky, ktoré sú čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia vydané na základe lekárskeho predpisu *maximálne vo výške 20 eur pre člena.*

6.1.1.3 Na uplatnenie finančného príspevku podľa bodu 6.1.1. sa vzťahujú nasledovné podmienky:

6.1.1.3.1 lieky a dietetické potraviny musia byť predpísané riadne na rodné číslo alebo iné identifikačné číslo člena v súlade s platnými právnymi predpismi, zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a boli vydané a vykázané poskytovateľom lekárenskej starostlivosti v Slovenskej republike VšZP;

6.1.1.3.2 v prípade, že sa na člena vzťahuje zákonný nárok na limit spoluúčasti (podľa § 87a zákona č. 363/2011 Z. z. VšZP poistencovi preplatí doplatok za konkrétny liek a dietetickú potravinu vo výške rozdielu medzi jeho skutočným doplatkom[2]) a prepočítaným doplatkom[3]);

6.1.1.3.3 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na lieky, vakcíny a dietetické potraviny hradené v plnom rozsahu poistencom;

6.1.1.3.4 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na lieky a dietetické potraviny hradené zdravotnou poisťovňou ako osobitné prípady úhrad[8];

6.1.1.3.5 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na zdravotnícke pomôcky.

6.2 Finančné príspevky na oči

6.2.1 Na uplatnenie tohto finančného príspevku sa vzťahuje podmienka poskytnutia zdravotnej starostlivosti členovi zmluvným oftalmológom maximálne 90 dní pred úhradou zdravotníckej pomôcky. Tento finančný príspevok sa vzťahuje na doplatky za zdravotnícke pomôcky, ktoré si člen zakúpil v zmluvnej optike VšZP, ktoré sú zo zákona čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia *maximálne vo výške 100 eur na člena*:

6.2.1.1 okuliarové šošovky pre dospelých pri výške dioptrie nad +6/-8; nárok na finančný príspevok majú členovia dňom dovŕšenia 19. roku veku[5)] raz za tri roky;

6.2.1.2 okuliarové šošovky pre deti pri výške dioptrie nad +4/-4; nárok na finančný príspevok majú členovia do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 19. roku veku[5)] raz ročne;

6.2.1.3 okuliarový rám pre deti; nárok na finančný príspevok na sériový rám majú členovia do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 19. roku veku[5)] raz

ročne a to bez ohľadu na výšku dioptrií; nárok na finančný príspevok na individuálne zhotovený rám majú členovia do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 19. roku veku[5)] raz za dva roky.

6.2.2 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na operáciu excimerovým a/alebo femtosekundovým laserom na rohovke, slúžiacu na korekciu dioptrickej chyby (krátkozrakosť, ďalekozrakosť, astigmatizmus). Tento finančný príspevok sa nevzťahuje na operácie šošovky asistované femtosekundovým laserom. Finančný príspevok môže byť poskytnutý *maximálne vo výške 450 eur pre člena.*

6.2.2.1 Na uplatnenie finančného príspevku podľa bodu 6.2.2. sa vzťahujú nasledovné podmienky:

6.2.2.1.1 nárok na finančný príspevok má člen dňom dovŕšenia 18. roku veku[5)];

6.2.2.1.2 pri výške dioptrie najmenej +1/-1;

6.2.2.1.3 zdravotná starostlivosť bola poskytnutá u vybraného zmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Zoznam vybraných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je zverejnený na webovom sídle VšZP.

6.2.3 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na úhradu za okuliarový rám pre dospelých, *maximálne vo výške 100 eur na člena.*

6.2.3.1 Na uplatnenie tohto finančného príspevku sa vzťahujú nasledovné podmienky:

6.2.3.1.1 zdravotná starostlivosť bola členovi poskytnutá zmluvným oftalmológom najneskôr 90 dní pred úhradou rámu;

6.2.3.1.2 nárok na finančný príspevok má člen dňom dovŕšenia 19. roku veku[5)];

6.2.3.1.3 pri výške dioptrie najmenej +1/-1, raz za dva roky.

6.3 Finančné príspevky na prevenciu a očkovanie

6.3.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na vakcínu vydanú na lekársky predpis na iný druh očkovania ako povinné očkovanie[4)] *vo výške 50 % uhradenej ceny*:

6.3.1.1 Očkovanie proti kliešťovej encefalitíde - nárok na finančný príspevok majú členovia dňom dovŕšenia 1. roku veku[5)] na každú dávku vakcíny podanej členovi očkovacej látky Encepur Children, Fsme – immun Junior, Encepur Adults, Fsme – immune;

6.3.1.2 Očkovanie proti HPV kategorizovanou vakcínou Gardasil 9 - nárok na finančný príspevok majú členovia dňom dovŕšenia 15. roku veku[5)] do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 25. roku veku[5)] na každú dávku vakcíny podanej členovi*;*

6.3.1.3 Cestovateľské očkovanie – vakcína na prevenciu proti japonskej encefalitíde, brušnému týfusu, cholere. Je možné kombinovať očkovacie látky v tejto skupine*, avšak len do celkovej maximálnej výšky 30 eur na finančný príspevok podľa tohto bodu;*

6.3.1.4 Očkovanie proti meningokokom - očkovacie látky Bexsero, Nimenrix a Trumenba na každú dávku vakcíny podanej členovi;

6.3.1.5 Očkovanie proti hepatitíde AB - očkovanie kombinovanou očkovacou látkou TWINRIX Adult sus. inj. 1x1 ml (20 µg/ml) proti vírusovej hepatitíde typu A a vírusovej hepatitíde typu B na každú dávku vakcíny podanej členovi. Nárok na finančný príspevok majú členovia dňom dovŕšenia 16. roku veku [5)];

6.3.1.6 Očkovanie proti ovčím kiahňam – očkovanie očkovacou látkou Varivax na každú dávku vakcíny podanej členovi. Nárok na finančný príspevok majú členovia dňom dovŕšenia 1. roku veku [5)];

6.3.1.7 Očkovanie proti hepatitíde A – očkovanie očkovacou látkou Havrix Junior na každú dávku vakcíny podanej poistencovi. Nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 1. roku veku[5)] do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 16. roku veku[5)].

6.3.1.8 Očkovanie proti respiračným syncyciálnym vírusom (RSV) – očkovanie očkovacou látkou Abrysvo. Nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 18. roku veku[5)] .

6.3.1.9 Očkovanie proti čiernemu kašľu, záškrtu a tetanu – očkovanie očkovacou látkou Boostrix. Nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 4. roku veku[5)] .

6.3.1.10 Na uplatnenie finančného príspevku podľa bodu 6.3.1 sa vzťahujú nasledovné podmienky:

6.3.1.10.1 vakcína bola predpísaná na lekársky predpis alebo predpisujúci lekár na predpísanú vakcínu vytvoril preskripčný záznam[6)];

6.3.1.10.2 vakcína bola vydaná na lekársky predpis alebo preskripčný záznam poskytovateľom lekárenskej starostlivosti;

6.3.1.10.3 vakcína bola predpísaná riadne na rodné číslo alebo iné identifikačné číslo člena v súlade s platnými právnymi predpismi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike;

6.3.1.10.4 vakcína bola členovi podaná v súlade s vakcinačnou schémou uvedenou v súhrne charakteristických vlastností podaného lieku;

6.3.1.10.5 finančný príspevok zahŕňa len cenu vakcíny, nie ostatné poplatky v lekárni alebo u lekára, ktoré súvisia s očkovaním.

6.3.2 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na preventívne športové prehliadky vykonané vybraným pracoviskom telovýchovného lekárstva vo výške 50 % uhradenej sumy, avšak maximálne vo výške *100 eur* pre člena do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 18. roku veku[5)] a maximálne vo výške *50 eur* pre člena odo dňa dovŕšenia 18. roku veku[5)]. Zoznam vybraných pracovísk telovýchovného lekárstva sa nachádza na webovom sídle VšZP.

6.3.3 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na doplatok za samoodberové testy na zistenie HPV vírusu, BRCA ½ génu rakoviny prsníka, prostaty, pankreasu a kože, trombofilné mutácie a sexuálne prenosné ochorenia pre mužov a ženy *vo výške 50 % uhradenej sumy, avšak maximálne vo výške 45 eur* na každý samoodberový test. Nárok na finančný príspevok má člen dňom dovŕšenia 18. roku veku[5)]. Test musí byť vyhodnotený zmluvným zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a vykázaný na člena do 60 dní od kúpy testu. Finančný príspevok sa vzťahuje výlučne na samoodberové testy zakúpené prostredníctvom internetovej stránky www.meditesty.sk, ktoré spĺňajú podmienky uvedené v tomto bode.

6.4 Finančné príspevky na zuby

6.4.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na člena *odo dňa dovŕšenia 18. roku veku[5)]* za výkony dentálnej hygieny *maximálne vo výške 40 eur za jedno dentálne ošetrenie pre člena*. Žiadosť o tento finančný príspevok pre člena je možné podať maximálne dvakrát v kalendárnom roku, pričom v jednej žiadosti je možné uplatniť si finančný príspevok maximálne vo výške *40 eur* pre člena.

6.4.2 Tento finančný príspevok sa vzťahuje aj na člena *odo dňa dovŕšenia 3. roku veku[5)] do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 18. roku veku[5)]* za výkony dentálnej *hygieny maximálne vo výške 40 eur za jedno dentálne ošetrenie pre člena.* Žiadosť o tento finančný príspevok pre člena je možné podať maximálne

dvakrát v kalendárnom roku, pričom v jednej žiadosti je možné uplatniť si finančný príspevok maximálne vo výške *40 eur* pre člena.

6.4.3 Finančný príspevok podľa bodov 6.4.1 a 6.4.2 sa vzťahuje na doplatky za nasledovné výkony dentálnej hygieny:

6.4.3.1 odstránenie zubného povlaku alebo zubného kameňa v celom úseku chrupu ultrazvukom;

6.4.3.2 odstraňovanie povrchových pigmentácií a usadenín pieskovaním zubov;

6.4.3.3 inštruktáž a nácvik ústnej hygieny;

6.4.3.4 poučenie o prevencii zubného kazu a ochorení parodontu;

6.4.3.5 odstránenie zubných povlakov.

6.4.4 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na člena do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 18. roku veku[5)] na doplatky za čeľustnoortopedické výkony, ktoré sú zo zákona čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia, *maximálne vo výške 450 eur pre člena* za príslušný kalendárny rok.

Žiadosť o finančný príspevok je možné si uplatniť na tieto diagnózy:

6.4.4.1 otvorený zhryz v rozsahu trvalých rezákov 2 a viac mm;

6.4.4.2 skrížený zhryz rezákov a skrížený zhryz s núteným vedením sánky;

6.4.4.3 nonoklúzia dvoch párov antagonistov v jednom laterálnom segmente okrem zubov múdrosti;

6.4.4.4 hlboký zhryz s traumatizáciou gingívy;

6.4.4.5 protrúzne chyby s inciziválnym schodíkom 4,5- 9 mm;

6.4.4.6 hypodoncia štyroch a viacerých trvalých zubov;

6.4.4.7 retencia, palatinálna poloha a aplázia trvalého očného zuba, nedostatok miesta 5 a viac mm;

6.4.4.8 retencia trvalého horného rezáka;

6.4.4.9 výrazná rotácia očných zubov a rezákov nad 30 stupňov a vestibulárna dystopia očných zubov.

6.4.5 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na člena odo dňa dovŕšenia 6. roku veku[5)] do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 15. roku veku[5)] na za pečatenie zdravých trvalých zubov alebo na doplatky za výplne na výkony V01 - Jednoplôšková výplň zuba – ide o výplň I. alebo V. triedy (trvalé zuby), V02 – výplň II. triedy typu MO (mezio-okluzálna) alebo OD (okluzo-distálna), V03 - Troj- a viacplôšková výplň zuba – výplň II. triedy typu MOD (mezio-okluzo-distálna), ktoré sú zo zákona čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia, maximálne vo výške *40 eur* za jedno ošetrenie pre člena. Žiadosť o tento finančný príspevok pre člena je možné podať maximálne dvakrát v kalendárnom roku, pričom v jednej žiadosti je možné uplatniť si finančný príspevok maximálne vo výške *40 eur* pre člena.

6.5 Finančné príspevky pre ženy a deti

6.5.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na doplatok za zdravotný výkon Liquid Based Cytology ako súčasť preventívneho vyšetrenia *maximálne vo výške 30 eur*, nárok na finančný príspevok má člen dňom dovŕšenia 18. roku veku[5)].

6.5.2 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na doplatok za zdravotný výkon neinvazívneho prenatálneho testovania na základe odporúčania lekára pre ženy s podozrením na chromozomálnu aberáciu plodu na základe predchádzajúcich vyšetrení (USG), nárok na finančný príspevok má žena dňom dovŕšenia 35. roku veku[5)] *maximálne vo výške 450 eur pre člena*.

6.5.3 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na člena do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 1. roku veku[5)] na úhradu za monitor dychu poskytnutý poskytovateľom

ústavnej zdravotnej starostlivosti a jeho zmluvným partnerom *maximálne vo výške 50 eur pre člena*.

6.5.4 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na zdravotný výkon štvrtý cyklus asistovanej reprodukcie *maximálne vo výške 450 eur pre člena*.

6.5.4.1 Na uplatnenie finančného príspevku podľa bodu 6.5.4 sa vzťahujú nasledovné podmienky:

6.5.4.1.1 štvrtý cyklus asistovanej reprodukcie musí absolvovať žena najneskôr do 39. roku života + 364 dní;

6.5.4.1.2 člen musí mať absolvované tri cykly asistovanej reprodukcie hradené z verejného zdravotného poistenia;

6.5.4.1.3 štvrtý cyklus asistovanej reprodukcie musí člen absolvovať u zmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike;

6.5.4.1.4 pri štvrtom cykle asistovanej reprodukcie musia byť dodržané indikačné obmedzenia[7)] stanovené v prílohe č. 2. časť V Nariadenia vlády SR č. 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia.

6.6 Finančné príspevky pre diabetikov

6.6.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na doplatok člena za zdravotnícku pomôcku - Glukózový senzor čiastočne hradenú z verejného zdravotného poistenia *maximálne vo výške 100 eur pre člena*.

6.6.1.1 Na uplatnenie finančného príspevku podľa bodu 6.6.1.sa vzťahujú nasledovné podmienky:

6.6.1.1.1 zdravotnícke pomôcky musia byť predpísané riadne na rodné číslo alebo iné identifikačné číslo člena v súlade s platnými právnymi predpismi, zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a vydané a vykázané poskytovateľom lekárenskej starostlivosti v Slovenskej republike VšZP;

6.6.1.1.2 v prípade, že sa na člena vzťahuje zákonný nárok na limit spoluúčasti (podľa § 87a zákona č. 363/2011 Z. z. VšZP poistencovi preplatí doplatok za konkrétnu zdravotnícku pomôcku vo výške rozdielu medzi jeho skutočným doplatkom[2)] a prepočítaným doplatkom[3)];

6.6.1.1.3 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na zdravotnícke pomôcky hradené v plnom rozsahu poistencom;

6.6.1.1.4 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na zdravotnícke pomôcky hradené zdravotnou poisťovňou ako osobitné prípady úhrad[8)].

6.7 Finančné príspevky na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

6.7.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v súlade s § 42 ods. 1 zákona č. 577/2004 Z. z. na zdravotnú starostlivosť poskytnutú nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a to vo výške najviac 80 % priemernej úhrady za jednotlivý zdravotný výkon v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti dohodnutej u zmluvného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje rovnakú zdravotnú starostlivosť, a to maximálne vo výške *450 eur* na člena.

6.7.2 Na uplatnenie finančného príspevku podľa bodu 6.7.1 sa vzťahujú nasledovné podmienky:

6.7.2.1 zdravotná starostlivosť bola poskytnutá nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v odbornosti podľa Zoznamu akceptovaných odborností pre poskytnutie finančného príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, publikovaného na webovom sídle VšZP v časti Peňaženka zdravia ako Zoznam akceptovaných odborností;

6.7.2.2 VšZP udelila členovi predchádzajúci súhlas s poskytnutím príspevku na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti na základe žiadosti o predchádzajúci súhlas, podanej členom najneskôr 72 hodín[9)] pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti nezmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti elektronicky prostredníctvom mobilnej aplikácie alebo ePobočky.

6.7.2.3 člen spĺňa podmienky nároku na úhradu finančného príspevku podľa Čl. 3 všeobecných podmienok, ak nie je stanovené inak.

Článok 7

Povinnosti poistenca

7.1 Poistenec sa zaväzuje:

7.1.1 v mobilnej aplikácií a ePobočke uvádzať pravdivé a aktuálne informácie, najmä emailovú adresu, ktorá sa bude používať pri komunikácii s ním. Pre VšZP sú záväzné len tie údaje, ktoré poistenec poskytol;

7.1.2 že sa nebude vydávať za inú osobu, ani nijako porušovať podmienky používania a platné právne predpisy Slovenskej republiky;

7.1.3 využívať Peňaženku zdravia len za účelom čerpania finančných príspevkov, členstvo je neprevoditeľné, postúpenie pohľadávok za sa zakazuje;

7.1.4 priebežne oboznamovať so znením podmienok používania.

7.2 Správca sa zaväzuje:

7.2.1 konať v záujme členov;

7.2.2 pravdivo poskytovať všetky informácie VšZP za účelom úhrady finančného príspevku;

7.2.3 správne a pravdivo určiť člena, ktorý absolvoval zdravotnú starostlivosť, za ktorú žiada o úhradu finančného príspevku;

7.2.4 na základe vzájomnej dohody členov zadať jedno číslo účtu a finančný príspevok uhradený VšZP poskytnúť tomu členovi, ktorý žiadanú zdravotnú starostlivosť absolvoval.

Článok 8

Ochrana osobných údajov

8.1 Aktuálne informácie o spracúvaní osobných údajov na účely poskytovania benefitov z Peňaženky zdravia a právach dotknutých osôb podľa článku 13 Všeobecného nariadenia na ochranu údajov sú dostupné na webovom sídle VšZP, na všetkých klientskych pracoviskách a prostredníctvom mobilnej aplikácie a ePobočky.

Článok 9

Prehlásenie o vylúčení zodpovednosti

9.1 VšZP vyhlasuje, že vo svojom konaní si počína tak, aby nedochádzalo ku škodám na zdraví, na majetku, na prírode a životnom prostredí. VšZP nezodpovedá za škodu, ktorá mohla vzniknúť v dôsledku:

9.1.1 nekorektného požívania Peňaženky zdravia zo strany poistenca, jeho zákonného zástupcu, správcu;

9.1.2 nefunkčnosti alebo nedostupnosti Peňaženky zdravia;

9.1.3 nesprávnosti a neaktuálnosti údajov oznámených poistencom, jeho zákonným zástupcom, správcom;

9.1.4 za nedoručenie dokumentov z dôvodu prevádzkových porúch na strane poistenca, jeho zákonného zástupcu, správcu alebo prevádzkovateľa internetu;

9.1.5 používania Peňaženky zdravia v rozpore s podmienkami používania a platných právnych predpisov Slovenskej republiky;

9.1.6 neoprávnených postupov, neschopnosťou alebo nemožnosťou používania Peňaženky zdravia v dôsledku okolností vylučujúcich zodpovednosť;

9.1.7 prekážky, ktorá nastala nezávisle od vôle povinnej strany a bráni jej v splnení povinnosti, ak sa nedá rozumne predpokladať, že by povinná strana tuto prekážku alebo jej následky odvrátila alebo prekonala a ďalej, že by to v dobe vzniku prekážky predvídala, tieto účinky vylučujúce zodpovednosť sa obmedzujú len na dobu trvania prekážky.

9.2 VšZP vyhlasuje, že neposkytuje náhradu finančných príspevkov, ak sa preukáže, že došlo ich uplatnením k zneužitiu.

9.3 VšZP vyhlasuje, že nárok na úhradu finančných príspevkov neprechádza na právneho nástupcu.

Článok 10

Osobitné ustanovenia

10.1 Poistenec berie na vedomie, že elektronická komunikácia nahrádza listinnú podobu doručovaných dokumentov v zmysle § 40 ods. 4 Občianskeho zákonníka a ostatných všeobecne záväzných právnych predpisov. Dokument doručený prostredníctvom mobilnej aplikácie a ePobočky sa považuje za rovnocenný s dokumentom zaslaným poštou na adresu trvalého pobytu, sídla alebo inú adresu určenú pre doručovanie zásielok. Prostredníctvom mobilnej aplikácie a ePobočky nie je potrebné, a teda ani možné, zasielať dokumenty podpísané zaručeným elektronickým podpisom.

10.2 Správca alebo člen s nárokom alebo jeho zákonný zástupca je oprávnený podať písomnú námietku voči výsledku vybavenia jeho žiadosti, ktorú VšZP vybaví v lehote do 60 pracovných dní. V súvislosti s Peňaženkou zdravia sa neuplatňuje zákon č. 9/2010 Z. z. o sťažnostiach a podanie podľa prvej vety nebude klasifikované ako sťažnosť.

10.3 Na podmienky doručovania sa vzťahujú Všeobecné podmienky pre poskytovanie a používanie elektronických služieb ePobočky a mobilnej aplikácie Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s.

Článok 11

Záverečné ustanovenia

11.1 Právne vzťahy medzi poistencom a VšZP sa spravujú platnými právnymi predpismi Slovenskej republiky.

11.2 VšZP si vyhradzuje právo kedykoľvek podľa vlastného uváženia podmienky používania zmeniť alebo bez náhrady úplne zrušiť aj bez predchádzajúceho upozornenia poistenca. Zmena je účinná dňom nasledujúcim po dni zverejnenia podmienok používania v mobilnej aplikácií a ePobočke. Tieto podmienky používania boli zverejnené dňa 14.07.2026 na webovom sídle VšZP. Upravujú právne vzťahy medzi VšZP a poistencom pri využívaní finančných príspevkov pre rok 2026. Vzťahujú sa na žiadosti podané od 01.01.2026 do 01.03.2027 za zdravotnú starostlivosť poskytnutú a uhradenú poistencom od 01.01.2026 do 31.12.2026, za zdravotnú starostlivosť podľa bodov 5.1.1, 5.2.3, 5.3.5, 6.1.1.1, 6.3.3, 6.4.5 a podmienok používania poskytnutú a uhradenú poistencom od 01.05.2026 do 31.12.2026, za zdravotnú starostlivosť podľa bodov 5.6 a 6.7 podmienok používania a uhradenú poistencom od 15.07.2026 do 31.12.2026.

11.3 Oblasti neupravené v týchto podmienkach používania sa spravujú ustanoveniami Všeobecných podmienok pre poskytovanie a používanie elektronických služieb ePobočky a mobilnej aplikácie Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s. zverejnených na webovom sídle VšZP.

1) *v zmysle § 11 ods. 1 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov;*
2) *skutočný doplatok je doplatok za liek - alebo dietetickú potravinu uhradený poistencom v lekárni maximálne do výšky doplatku za príslušný liek alebo dietetickú potravinu, určenú v Zozname kategorizovaných liekov alebo v Zozname kategorizovaných dietetických potravín, platnom v čase vydania lieku alebo dietetickej potraviny poistencovi;*
3) *prepočítaný doplatok je doplatok za najlacnejší náhradný liek alebo najlacnejšiu náhradnú dietetickú potravinu v zmysle § 87a ods. 2) a ods. 4) zákona č. 363/2011 Z. z;*
4) *povinné očkovania sú definované v § 6, 7 a prílohe č. 2, 2a vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 585/2008 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení;*
5) *dovŕšenie roku veku – napr. dovŕšenie 18. roku veku znamená, že 18. rok veku je dovŕšený 00.00 ráno dňa 18.tich narodenín;*
6) *v zmysle § 119 ods. 2 zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov;*
7) *indikačné obmedzenia sú:*
   1.Chýbajúce vajcovody alebo nezvratné poškodenie vajcovodov diagnostikované laparoskopicky alebo laparotomicky okrem stavov, ktoré vznikli ako následok predchádzajúcej sterilizácie alebo umelého prerušenia tehotenstva.
   2.Endometrióza ženy, ktorá je diagnostikovaná laparoskopicky alebo laparotomicky.
   3.Nezvratné poškodenie vaječníkov, ktoré je potvrdené biochemicky, laparoskopicky alebo laparotomicky, ak toto poškodenie nie je následkom umelého prerušenia tehotenstva.
   4.Idiopatická sterilita, ktorá je neúspešne liečená jeden rok v špecializovanom zdravotníckom zariadení.
   5.Mužský faktor sterility - azoospermia, astenospermia, ejakulačné dysfunkcie a ochorenia súvisiace s chemoterapiou alebo poúrazovými stavmi, ktoré sú overené andrológom.
   6.Imunologické príčiny sterility overené laboratórne.
   7.Riziko dedičného ochorenia, v dôsledku ktorého nemôžu mať manželia zdravé potomstvo, ktoré je overené genetikom.

8.Endokrinné príčiny sterility overené endokrinológom.

8) *osobitné prípady úhrad liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín sú upravené v § 88 zákona č. 363/2011 Z. z.*

9) *podanie žiadosti najneskôr 72 hodín pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti – lehotu 72 hodín tvorí nepretržitý časový úsek pred plánovaným poskytnutím zdravotnej starostlivosti; napr. pri plánovanom ošetrení dňa 15. dňa v mesiaci musí byť žiadosť podaná najneskôr 12. dňa v mesiaci;*