



Adresa príslušnej zdravotnej poisťovne:
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.
Dúbravská cesta 14
841 04 Bratislava-Karlova Ves

Vec:

Žiadosť o preplatenie nákladov zdravotnej starostlivosti poskytnutej v inom členskom štáte Európskej únie, na Islande, v Lichtenštajnsku, v Nórsku a vo Švajčiarsku (ďalej len „iný členský štát“) zaplatených priamo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti z iného členského štátu

1. Vypĺňa poistenec:

- ☐ a) potrebná zdravotná starostlivosť v inom členskom štáte
- ☐ b) zdravotná starostlivosť so súhlasom zdravotnej poisťovne (do jedného roka od skončenia poskytovania plánovanej zdravotnej starostlivosti)
- ☐ c) zdravotná starostlivosť v súvislosti s pracovným úrazom alebo s chorobou z povolania

Vyznačí sa jedna z možností.

1.2. Meno a priezvisko: 1.3. Dátum narodenia:

1.4. Rodné číslo poistenca, ak je pridelené/identifikačné číslo poistenca: /

1.5. Adresa trvalého pobytu:

Tel. číslo: E-mail:

1.6. Kontaktná adresa, ak je odlišná od adresy trvalého pobytu:

Tel. číslo: E-mail:

1.7. a) ambulantná zdravotná starostlivosť štát: dňa:

b) ústavná zdravotná starostlivosť štát: od: do:

1.8. Popis ochorenia (príznakov):

.....

.....

.....



1.9. Priložené doklady:

a) záznam o ošetrovaní, správa o poskytnutej zdravotnej starostlivosti	ks
b) originál dokladu s rozpisom poskytnutých zdravotných výkonov (faktúra, vyúčtovanie výkonov)	ks
c) záznam o prevoze (s počtom najazdených km v štáte EÚ)	ks
d) fotokópia lekárskeho predpisu (receptu) vystaveného v inom členskom štáte a vydaného v inom členskom štáte	ks
e) fotokópia lekárskeho poukazu na zdravotnícku pomoc (poukaz na ZP) vystaveného iným členským štátom a vydaného v inom členskom štáte	ks
f) originál dokladu o zaplatení (doklad z registračnej pokladne, príjmový pokladničný doklad alebo doklad, v ktorého texte je potvrdené prijatie sumy, ak ide o hotovostnú platbu, alebo originál ústrižku o zaplatení poštovej poukážky, kópia výpisu z účtu, originál debetného avíza z banky alebo pobočky zahraničnej banky, alebo originál potvrdenia o odpísaní finančnej sumy z bankového účtu, ak ide o bezhotovostnú platbu)	ks
Celková suma a mena	

1.10. Preukaz / formulár potvrdzujúci nárok na zdravotnú starostlivosť:

- ☐ a) som nemal vydaný ☐ b) som nepredložil ☐ c) nebol akceptovaný

1.11. Súhlasím s preplatením (charakteristiky oboch spôsobov preplatenia sú na 3. strane tejto žiadosti):

- ☐ a) vo výške nákladov ako v Slovenskej republike
☐ b) vo výške, ako hradí inštitúcia, ktorá vykonáva sociálne zabezpečenie v inom členskom štáte

1.12. Finančnú sumu žiadam zaslať:

- ☐ a) poštou na adresu trvalého pobytu alebo na nasledujúcu adresu v Slovenskej republike:

Ulica, číslo: Mesto/obec: PSČ:

Na meno osoby: Narodenej dňa:

- ☐ b) na bankový účet číslo alebo účet na meno (ak je bankový účet v cudzine)

Mena účtu: Kód banky:

Adresa majiteľa účtu (ak je bankový účet v cudzine):

IBAN:

BIC (SWIFT):

Názov a sídlo banky:

(za pripísanú sumu na bankový účet v cudzine znáša bankové poplatky majiteľ účtu)

V _____ dňa _____

Meno, priezvisko a podpis poistenca
(zákonného zástupcu)



Žiadosť a doklady prevzal:

Dňa _____

Meno a priezvisko _____

Podpis

Pečiatka

Počet príloh _____

Informácia pre poistenca o spôsoboch preplatenia

Zdravotná poisťovňa môže náklady preplatiť dvomi spôsobmi. Pre správne rozhodnutie poistenca pre jeden zo spôsobov preplatenia uvádzame základné charakteristiky oboch spôsobov preplatenia:

1. vo výške nákladov ako v Slovenskej republike, t. j. podľa sadzieb platných na území Slovenskej republiky (ďalej len SR).

- pri tomto spôsobe preplatenia ošetrovanie, ktoré bolo poskytnuté v členskom štáte EÚ, posúdi revízny lekár VŠZP a ohodnotí cenami v SR, platnými v čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti, t.j. ohodnotí, koľko by dané ošetrovanie (výkony, hospitalizácia, atď.) stálo na území SR;
- **v žiadnom prípade tento spôsob preplatenia neznamena, že poistencovi bude automaticky preplatená čiastka, ktorú skutočne zaplatil v cudzine, prepočítaná na eurá;**
- ak bol poistenec ošetrovaný v štáte, ktorý nemá stanovené tarify, poisťovňa preplatí zdravotnú starostlivosť do výšky cien platných na Slovensku. V takomto prípade nie je potrebný súhlas poistenca;

2. vo výške, ako hradí inštitúcia, ktorá vykonáva sociálne zabezpečenie v inom členskom štáte, t.j. podľa legislatívy členského štátu EÚ, v ktorom bola poistencovi poskytnutá zdravotná starostlivosť

- v tomto druhom prípade VŠZP žiada pomocou formulára E126SK, resp. SED S067 (s priloženými dokladmi o úhrade) prostredníctvom styčných orgánov pre vecné dávky v oboch štátoch zdravotnú poisťovňu v štáte ošetrovania o vyčíslenie čiastky, ktorú VŠZP môže preplatiť za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, t.j. čiastky, ktorú hradí zahraničná zdravotná poisťovňa za svojich poistencov;
- zdravotná poisťovňa v štáte ošetrovania potvrdí čiastku na formulári E126SK, resp. SED S068, ktorú by zaplatila za rovnaké ošetrovanie za svojho poistenca. Upozorňujeme však, že ak je v čiastke, ktorú poistenec zaplatil, zahrnutá aj spoluúčasť (poplatok, ktorý platia povinne aj poistenci v danom štáte), táto nemôže byť preplatená. Z uvedeného dôvodu nemusí byť potvrdená čiastka rovnaká, ako čiastka zaplatená. Ak náklady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť hradí v plnej výške aj poistenec v danom štáte, čiastka na preplatenie je nulová. Preplatená nie je ani zdravotná starostlivosť poskytnutá v súkromných zariadeniach, ktoré nie sú napojené na verejný systém zdravotného poistenia;
- **VŠZP nemôže ovplyvniť výšku preplatenia, ktorú potvrdzuje zdravotná poisťovňa členského štátu, v ktorom bol poistenec ošetrovaný. Po prijatí odpovede a prepočte platným kurzom je táto suma uhradená poistencovi v eurách;**
- v tomto prípade považujeme za potrebné upozorniť na možnú dlhšiu lehotu na vybavovanie žiadostí, z dôvodu overovania sadzieb v cudzine, keďže štáty nemajú stanovené lehoty pre potvrdenie sadzieb.

V oboch prípadoch bude poistencovi zaslaná čiastka v eurách. Poistencovi môže byť preplatená maximálne suma, rovnajúca sa zaplatenej sume za zdravotnú starostlivosť.

V prípade preplatenia nákladov **za plánovanú zdravotnú starostlivosť so súhlasom zdravotnej poisťovne**, má poistenec nárok na refundáciu, ak písomne požiada VŠZP **do jedného roka** od skončenia poskytnutia plánovanej zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte a splnil podmienky uvedené v § 9b, ods. 10 zákona 580/2004 Z. z.