



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 Panónska cesta 2, 851 04 Bratislava - mestská časť Petržalka, 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 dostupnej na [www.epobočka.com](http://www.epobočka.com) (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 (u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má VšZP uzatvorenú zmluvu) a zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vykázananej zdravotnej starostlivosti definovanej v Čl. 5 alebo v Čl. 6 podmienok používania, v súlade s podmienkami používania. Finančný príspevok má tri 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.
- 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 správcem 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 správcem. 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** 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. Podat' 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 situácii 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 uvedeného 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 v lehotách stanovených v podmienkach používania;
  - 3.1.2 má v čase úhrady finančného príspevku VŠZP podľa bodu 4.7 podmienok používania nárok na plnú zdravotnú starostlivosť v Slovenskej republike;
  - 3.1.3 má za celé obdobie poistného vzťahu vo VŠZP určeného platiteľa poistného<sup>1)</sup>;
  - 3.1.4 sa pravidelne podrobuje preventívnym prehliadkam, vedie zdravý spôsob života, čo deklaruje dobrovoľným potvrdením čestného vyhlásenia v mobilnej aplikácii alebo ePobočke podľa bodu 4.6 podmienok používania;
  - 3.1.5 boli dodržané všeobecné pravidlá čerpania finančných príspevkov uvedené v článku 4 týchto podmienok používania;
  - 3.1.6 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);
  - 3.1.7 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. 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. 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.
- 4.4** Žiadosť o úhradu finančného príspevku sa podáva len elektronicky prostredníctvom mobilnej aplikácie a 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 zdravotnej starostlivosti (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.

- 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 aplikácii 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, na preventívne prehliadky u urológa a gynekológa u poistencov odo dňa dovŕšenia 71. roku veku a na poistencov so zdravotnou kontraindikáciou. Podmienka preventívnej prehliadky u zubára sa uplatňuje pri žiadostiach o finančné príspevky na zuby u poistencov do dňa dovŕšenia 71. roku veku pre zdravotnú starostlivosť podľa bodu 5.3 a bodu 6.4. absolvovaných do 30.4.2024.
- 4.7** Úhradu finančného príspevku vykonáva VŠZP priebežne:
- 4.7.1 Žiadosti o úhradu finančného príspevku podané do 30.06. budú uhradené 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 uhradené 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 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 potrava 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 vykávanie 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 poisťencovi dostupné v mobilnej aplikácii v časti Moje zdravie, Moji lekári a prevencia alebo v ePobočke v časti Moje vyšetrenia, Moji lekári.

- 4.11** Žiadosť o úhradu finančného príspevku je možné podať, len ak bola poisťencom 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. Táto podmienka podľa bodu 4.11 podmienok používania sa neuplatňuje na finančné príspevky podľa bodu 5.2.2, 5.4.1, 6.3.2, 6.5.3.
- 4.12** 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 poisťenca. V prípade, ak poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nevykáže VŠZP poskytnutie zdravotnej starostlivosti, poisťenec môže preukázať poskytnutie zdravotnej starostlivosti doložením dokladu od poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má VŠZP uzatvorenú zmluvu, ktorý musí obsahovať: meno a priezvisko poisťenca, dátum narodenia, rodné číslo, dátum narodenia, 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, 5.3.4, 5.3.5, 5.4.1, 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3 (okrem 6.2.3.1.1), 6.3.2, 6.4.1.2, 6.4.1.4, 6.5.3, 6.5.4.
- 4.12.1 Pokiaľ zmluvný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nevykáže a poisťenec 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 poisťenca 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** Ak VŠZP po úhrade finančného príspevku dodatočne zistí, že poisťenec nespĺňal podmienky používania na úhradu finančného príspevku, je takýto poisťenec povinný uhradený finančný príspevok vrátiť VŠZP na základe jej písomnej výzvy, a to v lehote určenej vo výzve. Vzájomné pohľadávky VŠZP a poisťenca, resp. člena sa môžu vysporiadať formou jednostranného započítavania.
- 4.14** 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 poisťenca odo dňa dovŕšenia 18. roku veku na doplatok za kategorizované lieky, ktoré sú čiastočne hradené z verejného zdravotného

poistenia vydané na základe lekárskeho predpisu maximálne vo výške 20 eur pre poistenca za príslušný kalendárny rok.

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

5.1.1.1.1 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.

5.1.1.1.2 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<sup>2)</sup> a prepočítaným doplatkom.<sup>3)</sup>

5.1.1.1.3 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na lieky hradené v plnom rozsahu zdravotnou poisťovňou.

5.1.1.1.4 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na lieky hradené zdravotnou poisťovňou ako osobitné prípady úhrad<sup>8</sup>.

## 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<sup>4)</sup> vo výške 50 % uhradenej ceny:

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

5.2.1.2 Očkovanie proti HPV – kategorizovaná vakcína Gardasil 9 nárok na finančný príspevok má poistenec dňom dovŕšenia 15. roku veku do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 18. roku veku na každú dávku vakcíny podanej poistencovi, avšak len do maximálnej výšky 31,45 eur za jednu dávku vakcíny;

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.

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

5.2.1.6.1 vakcína bola predpísaná na lekársky predpis alebo predpisujúci lekár na predpísanú vakcínu vytvoril preskripčný záznam<sup>6)</sup>;

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

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

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

- 5.2.1.6.5 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 pre poistenca do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 18. roku veku a vo výške 50% uhradenej sumy, avšak maximálne vo výške 30 eur pre poistenca odo dňa dovŕšenia 18. roku veku. Zoznam vybraných pracovísk telovýchovného lekárstva sa nachádza na webovom sídle VŠZP [https://prihlaska.vszp.sk/fm\\_source/Zoznam\\_vybranych\\_pracovisk\\_2024.pdf](https://prihlaska.vszp.sk/fm_source/Zoznam_vybranych_pracovisk_2024.pdf)

### 5.3 Finančné príspevky na zuby

- 5.3.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na poistenca odo dňa dovŕšenia 18. roku veku za stomatologické výkony poskytnuté a uhradené najneskôr 30.4.2024, maximálne vo výške 30 eur za jedno stomatologické ošetrovanie a 60 eur za príslušný kalendárny rok pre poistenca. Žiadosť o tento finančný príspevok je možné podať až 2x v kalendárnom roku, pričom v jednej žiadosti je možné uplatniť si finančný príspevok maximálne vo výške 30 eur za príslušný kalendárny rok pre poistenca.
- 5.3.2 Tento finančný príspevok sa vzťahuje aj na poistenca do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 18. roku veku za stomatologické výkony poskytnuté a uhradené najneskôr 30.4.2024, maximálne jedenkrát, vo výške maximálne 30 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 záchovnej stomatológie poskytnuté a uhradené najneskôr 30.4.2024:
- 5.3.3.1 výkony záchovnej stomatológie V01 až V03 (jednoplôšková, dvojnoplôšková a trojnoplôšková výplň zuba), V05 až V07 (fotokompozit), V41 a V42 (endodontické ošetrovanie jednokoreňového alebo viackoreňového trvalého zuba);
- 5.3.3.2 výkony chirurgickej stomatológie E64 (egalizácia alveolárneho výbežku);
- 5.3.3.3 výkony paradontológie P01 a P02a (komplexné a kontrolné paradontologické vyšetrenie), P06 (celkové vyartikulovanie chrupu), P08 (plastika frenúl, slizničných a väzivových pruhov), P23 (gingivektómia), P32 a P33 (odklopenie frontálneho mukoperiostálneho laloka);
- 5.3.3.4 príplatky k operáciám v ambulancii P65a (príplatok k certifikovaným výkonom);
- 5.3.3.5 výkony stomatologickej protetiky F01 (komplexné stomatoprotetické vyšetrenie) a F63 (stiahnutie korunky).
- 5.3.4 Finančný príspevok podľa bodov 5.3.1 a 5.3.2 sa vzťahuje výkon anestézy - A02 Injekčná anestézia - infiltračná alebo zvodová poskytnutý a uhradený najneskôr 30.4.2024.
- 5.3.5 Finančný príspevok podľa bodov 5.3.1 a 5.3.2 odo dňa dovŕšenia 3. roku veku sa vzťahuje na doplatky za nasledovné výkony dentálnej hygieny poskytnuté a uhradené najneskôr 30.4.2024:
- 5.3.5.1 odstránenie zubného povlaku alebo zubného kameňa v celom úseku chrupu ultrazvukom;
- 5.3.5.2 odstraňovanie povrchových pigmentácií a usadenín pieskovaním zubov;
- 5.3.5.3 inštruktáž a nácvik ústnej hygieny;
- 5.3.5.4 poučenie o prevencii zubného kazu a ochorení paradontu;
- 5.3.5.5 odstránenie zubných povlakov.
- 5.3.6 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na poistenca do dňa predchádzajúceho dňu dovŕšenia 18. roku veku na doplatky za čelustnoortopedické výkony poskytnuté a uhradené najneskôr 30.4.2024, ktoré sú zo zákona čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia maximálne jedenkrát, vo výške maximálne 30 eur za príslušný kalendárny rok pre poistenca:
- 5.3.6.1 otvorený zhryz v rozsahu trvalých rezákov 2 a viac mm;
- 5.3.6.2 skrížený zhryz rezákov a skrížený zhryz s núteným vedením sánky;
- 5.3.6.3 nonoklúzia dvoch párov antagoniztov v jednom laterálnom segmente okrem zubov múdrosti;



- 5.3.6.4 hlboký zhryz s traumatizáciou gingívy;
- 5.3.6.5 protrúzne chyby s inciziválnym schodíkom 4,5 – 9 mm;
- 5.3.6.6 hypodoncia štyroch a viacerých trvalých zubov;
- 5.3.6.7 retencia, palatinálna poloha a aplázia trvalého očného zuba, nedostatok miesta 5 a viac mm;
- 5.3.6.8 retencia trvalého horného rezáka;
- 5.3.6.9 výrazná rotácia očných zubov a rezákov nad 30 stupňov a vestibulárna dystopia očných zubov.

## 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 na úhradu za monitor dychu poskytnutý poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti a jeho zmluvným partnerom maximálne vo výške 48 eur pre poistenca.

## 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 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 200 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 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<sup>2)</sup> a prepočítaným doplatkom<sup>3)</sup>);
    - 6.1.1.3.3 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na lieky a dietetické potraviny hradené v plnom rozsahu zdravotnou poisťovňou;
    - 6.1.1.3.4 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na lieky a dietetické potraviny hradené zdravotnou poisťovňou ako osobitné prípady úhrad<sup>8)</sup>.

#### 6.2 Finančné príspevky na oči

- 6.2.1 Na uplatnenie tohto finančného príspevku sa vzťahuje podmienka poskytnutia zdravotnej starostlivosti členovi zmluvným oftalmológom najneskôr 90 dní pred úhradou zdravotníckej pomôcky. Tento finančný príspevok sa vzťahuje na doplatky za zdravotnícke pomôcky, 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 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 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 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 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;
  - 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  
[https://www.vszp.sk/files/vppz/laserova\\_operacia\\_oci.pdf](https://www.vszp.sk/files/vppz/laserova_operacia_oci.pdf)
- 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;
  - 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 lekárske predpis na iný druh očkovania ako povinné očkovanie<sup>4)</sup> vo výške 50 % uhradenej ceny:
- 6.3.1.1 Očkovanie proti kliešťovej encefalitíde - nárok na finančný príspevok majú členovia dňom dovŕšenia 1. roku veku, na každú dávku vakcíny podanej členovi očkovacej látky Encepur Children, Fsme – immun Junior, Encepur Adults, Fsme – immune;
  - 6.3.1.2 Očkovanie proti HPV – kategorizovaná vakcína Gardasil 9 nárok na finančný príspevok majú členovia dňom dovŕšenia 15. roku veku do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 18. roku veku<sup>5)</sup> na každú dávku vakcíny podanej členovi, avšak len do maximálnej výšky 31,45 eur za jednu dávku vakcíny;
  - 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.

- 6.3.1.6 Na uplatnenie finančného príspevku podľa bodu 6.3.1 sa vzťahujú nasledovné podmienky:
- 6.3.1.6.1 vakcína bola predpísaná na lekársky predpis alebo predpisujúci lekár na predpísanú vakcínu vytvoril preskripčný záznam<sup>6)</sup>;
  - 6.3.1.6.2 vakcína bola vydaná na lekársky predpis alebo preskripčný záznam poskytovateľom lekárenskej starostlivosti;
  - 6.3.1.6.3 vakcína bola predpísaná riadne na rodné číslo alebo iné identifikačné číslo člena v súlade s platnými právnymi predpismi poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike;
  - 6.3.1.6.4 vakcína bola členovi podaná v súlade s vakcinačnou schémou uvedenou v súhrne charakteristických vlastností podaného lieku;
  - 6.3.1.6.5 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 50 eur pre člena. Zoznam vybraných pracovísk telovýchovného lekárstva sa nachádza na webovom sídle VŠZP

[https://prihlaska.vszp.sk/fm\\_source/Zoznam\\_vybranych\\_pracovisk\\_2024.pdf](https://prihlaska.vszp.sk/fm_source/Zoznam_vybranych_pracovisk_2024.pdf)

## 6.4 Finančné príspevky na zuby

- 6.4.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na stomatologické výkony poskytnuté a uhradené najneskôr 30.4.2024, maximálne vo výške 120 eur pre člena za príslušný kalendárny rok.

- 6.4.1.1 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na doplatky za nasledovné výkony záchovej stomatológie:
- 6.4.1.1.1 výkony záchovej stomatológie V01 až V03 (jednoplôšková, dvojnoplôšková a trojnoplôšková výplň zuba), V05 až V07 (fotokompozit), V41 a V42 (endodontické ošetrenie jednokoreňového alebo viackoreňového trvalého zuba);
  - 6.4.1.1.2 výkony chirurgickej stomatológie E64 (egalizácia alveolárneho výbežku);
  - 6.4.1.1.3 výkony paradontológie P01 a P02a (komplexné a kontrolné paradontologické vyšetrenie), P06 (celkové vyartikulovanie chrupu), P08 (plastika frenúl, slizničných a väzivových pruhov), P23 (gingivektómia), P32 a P33 (odklopenie frontálneho mukoperiostálneho laloka);
  - 6.4.1.1.4 príplatky k operáciám v ambulancii P65a (príplatok k certifikovaným výkonom);
  - 6.4.1.1.5 výkony stomatologickej protetiky F01 (komplexné stomatoprotetické vyšetrenie) a F63 (stiahnutie korunky).
- 6.4.1.2 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na poistenca odo dňa dovŕšenia 3. roku veku na doplatky za nasledovné výkony dentálnej hygieny poskytnuté a uhradené najneskôr 30.4.2024:
- 6.4.1.2.1 odstránenie zubného povlaku alebo zubného kameňa v celom úseku chrupu ultrazvukom;
  - 6.4.1.2.2 odstraňovanie povrchových pigmentácií a usadenín pieskovaním zubov;
  - 6.4.1.2.3 inštruktáž a nácvik ústnej hygieny;
  - 6.4.1.2.4 poučenie o prevencii zubného kazu a ochorení paradontu;
  - 6.4.1.2.5 odstránenie zubných povlakov.
- 6.4.1.3 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na doplatky za nasledovné stomatoprotetické výrobky poskytnuté a uhradené najneskôr 30.4.2024:
- 6.4.1.3.1 inlay koreňová liata priama (kód Z11102)
  - 6.4.1.3.2 inlay liata ako pilier mostíka nepriama (kód Z11101)
  - 6.4.1.3.3 korunka plášťová celokovová liata (kód Z12101)

- 6.4.1.3.4 korunka fazetovaná liata po zub trojku vrátane (kód Z12105)
- 6.4.1.3.5 pilier mostíka celokovový liaty od trojky vzadu (kód Z12107)
- 6.4.1.3.6 pilier mostíka fazetovaný liaty po zub trojku vrátane (kód Z12108)
- 6.4.1.3.7 oprava snímateľnej náhrady na modeli (prasknutá alebo zlomená náhrada) (kód Z40112)
- 6.4.1.4 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na výkon anestézy poskytnutý a uhradený najneskôr 30.4.2024 - A02 Injekčná anestézia - infiltračná alebo zvodová.
- 6.4.1.5 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na doplatky za stomatologické röntgenové vyšetrenie poskytnuté a uhradené najneskôr 30.4.2024 - Digitálna panoramatická snímka hornej a dolnej čeľuste (OPG) a Intraorálna snímka zubov, ktoré sú zo zákona čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia.
- 6.4.2 Tento finančný príspevok sa vzťahuje na člena do dňa predchádzajúcemu dňu dovŕšenia 18. roku veku na doplatky za čelústnoortopedické výkony, ktoré sú zo zákona čiastočne hradené z verejného zdravotného poistenia a ktoré boli poskytnuté a uhradené najneskôr 30.4.2024 maximálne vo výške 450 eur pre člena.  
Žiadosť o finančný príspevok je možné si uplatniť na tieto diagnózy:
  - 6.4.2.1 otvorený zhryz v rozsahu trvalých rezákov 2 a viac mm;
  - 6.4.2.2 skrížený zhryz rezákov a skrížený zhryz s núteným vedením sánky;
  - 6.4.2.3 nonoklúzia dvoch párov antagonistov v jednom laterálnom segmente okrem zubov múdrosti;
  - 6.4.2.4 hlboký zhryz s traumatizáciou gingívy;
  - 6.4.2.5 protrúzne chyby s inciziválnym schodíkom 4,5 – 9 mm;
  - 6.4.2.6 hypodoncia štyroch a viacerých trvalých zubov;
  - 6.4.2.7 retencia, palatinálna poloha a aplázia trvalého očného zuba, nedostatok miesta 5 a viac mm;
  - 6.4.2.8 retencia trvalého horného rezáka;
  - 6.4.2.9 výrazná rotácia očných zubov a rezákov nad 30 stupňov a vestibulárna dystopia očných zubov.

## 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.
- 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 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 na úhradu za monitor dychu poskytnutý poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti a jeho zmluvným partnerom maximálne vo výške 48 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<sup>7)</sup> 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 hrađenú 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 lekárskej 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<sup>2)</sup> a prepočítaným doplatkom<sup>3)</sup>.

6.6.1.1.3 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na zdravotnícke pomôcky hrađené v plnom rozsahu zdravotnou poisťovňou.

6.6.1.1.4 tento finančný príspevok sa nevzťahuje na zdravotnícke pomôcky hrađené zdravotnou poisťovňou ako osobitné prípady úhrad<sup>8)</sup>.

## **Článok 7**

### **Povinnosti poistenca**

#### **7.1 Poistenec sa zaväzuje**

7.1.1 v mobilnej aplikácii 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 <https://www.vszp.sk/ouu/> a 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** Poistenc 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 aplikácii a

ePobočke. Tieto podmienky používania boli zverejnené dňa 30.04.2024 na stránke [https://www.vszp.sk/files/ma/vseobecne\\_podmienky\\_rzp\\_web\\_nove.pdf](https://www.vszp.sk/files/ma/vseobecne_podmienky_rzp_web_nove.pdf). Upravujú právne vzťahy medzi VŠZP a poistencom pri využívaní finančných príspevkov pre rok 2024. Vzťahujú sa na žiadosti podané od 01.05.2024 do 01.03.2025 za zdravotnú starostlivosť poskytnutú a uhradenú poistencom od 01.01.2024 do 31.12.2024 okrem zdravotnej starostlivosti podľa bodov 5.3 a 6.4 a na žiadosti podané od 01.05.2024 do 29.06.2024 za zdravotnú starostlivosť podľa bodov 5.3 a 6.4 poskytnutú a uhradenú poistencom od 02.03.2024 do 30.04.2024.

**11.3** Oblasť 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 stránke [https://www.vszp.sk/files/vseobecne\\_podmienky/vseobecne\\_podmienky\\_epobocky\\_a\\_mobilnej\\_aplikacie\\_vszp.pdf](https://www.vszp.sk/files/vseobecne_podmienky/vseobecne_podmienky_epobocky_a_mobilnej_aplikacie_vszp.pdf)

- 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) *dovršenie roku veku – napr. dovršenie 18. roku veku znamená, že 18. rok veku je dovršený 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 vaječnikov, 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.*