

Obecné informace k příspěvku na lázeňský pobyt pro chronicky nemocné pojištěnce s diagnózou DM 1. typu, DM 2. typu nebo hypertenzí a současně s BMI nad 30

Výše příspěvku

- dle skutečně uhrazené ceny, nejvýše však 10 000 Kč,
- cena za pojištěnce musí jednoznačně vyplývat z předloženého dokladu o zaplacení.

Obecné podmínky pro přiznání příspěvku

- věk v den návratu více než 19 let,
- doručení žádosti nejpozději do 30.06.2022,
- pobyt musí být v délce minimálně 10 dnů,
- pobyt musí být zajištěn poskytovatelem lázeňské léčebně rehabilitační péče,
- z doložených dokladů musí být zřejmé, že se jedná o pobyt zaměřený na diabetes, vysoký krevní tlak a současně na redukci nadváhy,
- pokud bude čerpán tento příspěvek na lázeňský pobyt, nelze v tomtéž roce čerpat příspěvek na bonusový lázeňský pobyt pro pojištěnce starší 60 let.

Zdravotní indikace

- diabetes mellitus 1. typu (diagnóza dle MKN E10) a současně BMI nad 30,
- diabetes mellitus 2. typu (diagnóza dle MKN E11) a současně BMI nad 30,
- onemocnění esenciální (primární) hypertenze (diagnóza dle MKN I10) a současně BMI nad 30.

Postup zpracování žádosti o příspěvek

- pojištěnec podává žádost o přiznání příspěvku na předepsaném formuláři (ČÁST A i ČÁST B), nejpozději do stanoveného termínu, vždy však před absolvováním pobytu,
- žádost musí obsahovat identifikační údaje pojištěnce, povinnou přílohu tvoří zdravotní dokumentace prokazující splnění indikačních kritérií,
- **přijaté žádosti posuzuje revizní lékař RBP, zdravotní pojišťovny,**
- žadateli RBP, zdravotní pojišťovna do 30 dnů od podání žádosti sdělí rozhodnutí o přiznání či nepřiznání příspěvku,
- příspěvek je vyplacen po doložení dokladu o zaplacení, potvrzení, že se jednalo o pobyt zaměřený na diabetes, vysoký krevní tlak a současně na redukci nadváhy (pokud není tato informace zřejmá z dokladu o zaplacení) a čestného pojištěnce, že náklady nebyly uhrazeny ze zdrojů jiné osoby (např. zaměstnavatele). Rovněž je potřeba doložit, že pobyt byl absolvován v uvedeném termínu (ČÁST C).

ČÁST A – VYPLNÍ ŽADATEL

ČÁST B – VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

ČÁST C – VYPLNÍ ŽADATEL PO SKONČENÍ POBYTU