**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő**

# **KÉRELEM**

# **fogorvosi ellátás egyedi méltányossági finanszírozásához, támogatásához**

(biztosított/törvényes képviselő tölti ki)

|  |  |
| --- | --- |
| **Biztosított neve:**  | **TAJ száma:**  |
| **Születési helye és ideje:** | **Lakcíme, levelezési címe:** |
| **Anyja neve:**  | **Elérhetősége (telefon/mobil/e-mail):** |
| **Törvényes képviselő (gondnok) neve:** | **Törvényes képviselő címe:** (ha nem azonos a beteg/gondnokolt lakcímével)  |
| **Intézetben elhelyezett biztosított esetében kapcsolattartó/gyám megjelölése:** |
| **Intézmény neve:** (Szociális Intézmény, Családsegítő Központ… stb) |
| **Intézmény címe:** | **Elérhetőség (**kapcsolattartó telefon/mobil/e-mail)**:**  |
| A kérelem tárgyaFogorvosi munkadíj támogatása □ Fogtechnikai eszköz támogatása □ |
| Kapott-e korábban a kért eszközzel azonos funkciójú gyógyászati segédeszközre méltányossági jogcímen támogatást □ igen ideje: 20……..év………………hó…….nap…………………□ nem |
| ha igen, a gyógyászati segédeszköz megnevezése: | Eng.száma: |
| Implantátum és tartozékai pontos megnevezése, db-száma (tételesen), a forgalmazó árajánlatának megfelelően: |

Alulírott, ………………………………………………………………………………………………………………………… (név) azzal a kéréssel fordulok a Tisztelt NEAK-hoz, hogy a mellékletben feltüntetett fogorvosi ellátás/fogtechnikai eszköz Egészségbiztosítási Alap terhére méltányosságból történő finanszírozását/támogatását engedélyezni szíveskedjen.

Indokaim a következők:

Dátum:

 Aláírás (kérelmező)

**Kötelező mellékletek**

Kórtörténeti összefoglaló/Kezelési terv/Árajánlat/ és Nyilatkozat □

Ellátás szakmai indokoltságát alátámasztó egészségügyi dokumentáció □

Fogászati anyagokra vonatkozó allergia teszt eredménye □

Implantátum forgalmazói árajánlata □

Fogtechnikusi árajánlat □

Nyilatkozat az eszköz megfelelőségéről, hasznos technológiai élettartamáról □

Vény □