# Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

**KÉRELEM1**

## a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba még be nem fogadott eljárás, a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása, illetve a biztosított által részleges, illetve kiegészítő térítési díj

**megfizetése mellett az egészségbiztosítás terhére igénybe vehető egészségügyi szolgáltatás egyedi méltányossági támogatásához**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Biztosított neve:** | | **TAJ száma:** |
| **Születési helye és ideje:** | **Lakcíme, levelezési címe:** | |
| **Anyja neve:** | **Elérhetősége (telefon/mobiltelefon/e-mail):** | |
| **Törvényes képviselő (gondnok) neve:** | **Törvényes képviselő (gondnok) címe/elérhetősége:**  (ha nem azonos a beteg/gondnokolt lakcímével): | |
| **A kérelem tárgya, indoka:** | | |
| **Az ellátást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése, címe, a kezelő orvos neve, pecsétszáma:** | | |

**1 Fogorvosi ellátás esetén külön formanyomtatvány áll rendelkezésre**.

### Alulírott ………………...................................……………………… (kérelmező neve) azzal a kéréssel fordulok a NEAK-hoz, hogy a fentebb kérelmezett egészségügyi szolgáltatás Egészségbiztosítási Alap terhére méltányosságból történő finanszírozását/támogatását engedélyezni szíveskedjenek.

Kelt:

aláírás

(biztosított, illetve a biztosított képviselője)

## Kötelező mellékletek:2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Az ellátás szakmai indokoltságát alátámasztó - onkológiai kérelem esetében az ECOG státuszt is feltüntető-, az ellátást (vizsgálat, kezelés, eljárás, beavatkozás)/eszközt indokló onko-team szakvéleményt is tartalmazó hiteles (orvosok aláírásával és pecsétjeivel ellátott) egészségügyi dokumentáció (kórtörténeti összefoglaló, zárójelentés, beavatkozást igazoló orvosi iratok stb.), amely tartalmazza a kérelmezett ellátás/eszköz pontos megnevezését, az  azt indokló BNO kódot. | ☒ |
| 2. | A Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba még be nem fogadott eljárásra vonatkozó kérelem esetén a magyarországi szakmai elfogadottságot igazoló dokumentum. | ☒ |
| 3. | Az ellátást végző egészségügyi szolgáltató nyilatkozata a beavatkozás elvégzésének, illetve az orvos-szakmai szempontból indokolt ellátás  vállalásáról azzal, hogy kerüljön feltüntetésre az ellátást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése, címe, NEAK kódja, a munkahely szervezeti  egységének kódja. | ☒ |
| 4. | Igazolás a beavatkozás várható költségéről (árajánlat). | ☒ |
| 5. | Implantátum vagy egyéb speciális eszköz esetén a magyarországi forgalmazó  árajánlata. |  |

2 **Fogorvosi ellátás esetén kérjük a külön formanyomtatványon feltüntetett mellékletek csatolását**. Ugyanolyan egészségügyi ellátásra vonatkozó ismételt méltányossági kérelem esetén az ellátás szakmai indokoltságát alátámasztó egészségügyi dokumentáció tekintetében csak a megelőző kérelem benyújtása óta eltelt időszakban bekövetkezett állapot változást dokumentáló leleteket, míg a többi melléklet vonatkozásában valamennyi felsorolt dokumentumot ismételten szükséges csatolni.