

# 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 31.07.2023,
* 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,
* onemocněníesenciální (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 OŠEŤŘUJÍCÍ LÉKAŘ**

**ČÁST C – VYPLNÍ ŽADATEL PO SKONČENÍ POBYTU**