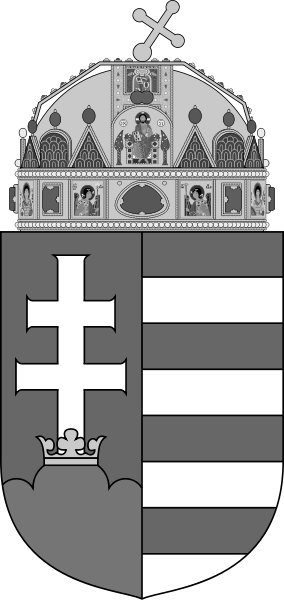
**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő**



# **KÉRELEM[[1]](#footnote-2)**

# **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:**  *kattintson ide a név beírásához* | | **TAJ száma:**  *kattintson ide a TAJ beírásához* |
| **Születési helye és ideje:**  *Helység*  *Idő* | **Lakcíme, levelezési címe:**  *Irányítószám*  *Helység*  *Cím* | |
| **Anyja neve:**  *Név* | **Elérhetősége (telefon/mobiltelefon/e-mail):**  *Telefonszám*  *e-mail cím* | |
| **Törvényes képviselő (gondnok) neve:**  *Név* | **Törvényes képviselő (gondnok) címe/elérhetősége:** (ha nem azonos a beteg/gondnokolt lakcímével):  *Irányítószám*  *Helységnév*  *Cím* | |
| **A kérelem tárgya, indoka:**  *Szöveg beírásához kattintson ide.* | | |
| **Az ellátást végző egészségügyi szolgáltató megnevezése, címe, a kezelő orvos neve, pecsétszáma:**  *Szolgáltató neve*  *Szolgáltató irányítószáma, Szolgáltató címe*  *Kezelőorvos neve*  *Kezelőorvos pecsétszáma* | | |

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: *Helység*, *Dátum*

aláírás

(biztosított, illetve a biztosított képviselője)

**Kötelező mellékletek:[[2]](#footnote-3)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. |  |

1. **Fogorvosi ellátás esetén külön formanyomtatvány áll rendelkezésre**. **FNMT.159** [↑](#footnote-ref-2)
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. [↑](#footnote-ref-3)