**Informace k příspěvku na lázeňský ozdravný pobyt**

**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 8 – 15 let,
* doručení žádosti nejpozději do 30.09.2020,
* pobyt musí být v délce minimálně 13 nocí,
* absolvování pobytu a doložení dokladu o zaplacení
a čestného prohlášení zákonného zástupce pojištěnce, že náklady nebyly uhrazeny
ze zdrojů jiné osoby (např. zaměstnavatele), a že pobyt byl absolvován, nejpozději do 30. 11. 2020,
* pobyt musí být zajištěn poskytovatelem lázeňské léčebně rehabilitační péče, který poskytuje zdravotní služby dětem v dané indikační skupině dle níže uvedených onemocnění,
* příspěvek na pobyt lze čerpat pouze v případě, že již byl v roce 2020 absolvován lázeňský pobyt hrazený z veřejného zdravotního pojištění, pokud jej lze dle indikačního seznamu absolvovat,
* pokud bude čerpán příspěvek na lázeňský pobyt, nelze v tomtéž roce čerpat příspěvek na přímořský ozdravný pobyt nebo vysokohorský pobyt,
* dítě musí mít lékařsky potvrzené některé z níže uvedených onemocnění.

**Zdravotní indikace**

* psoriáza (MKN L40) všech forem,
* atopický ekzém, který je soustavně léčen minimálně po dobu 5 let (MKN L20),
* dermorespirační syndrom, tj. atopický ekzém (MKN L20) v souběhu s chronickým onemocněním dolních cest dýchacích (MKN J40-J44) v dispenzarizaci pneumologické ambulance,
* bronchiální astma (MKN J45) a jeho podskupiny léčené inhalačním kortikosteroidy,
* alergické onemocnění horních cest dýchacích způsobené inhalačními alergeny, jež je objektivně laboratorně prokázané (MKN J30),
* opakované katary dýchacích cest (MKN J399); podmínka pro přiznání finančního příspěvku platí pro děti, u kterých se opakují min. 6x za rok katary dýchacích cest a byly léčeny 3 a více krát za rok antibiotiky. Potvrzeno záznamem ve zdravotnické dokumentaci.

**Postup zpracování žádosti o příspěvek**

* zákonný zástupce pojištěnce podává nejpozději do stanoveného termínu žádost
o přiznání příspěvku na předepsaném formuláři (ČÁST A i ČÁST B),
* žádost musí obsahovat identifikační údaje pojištěnce, povinnou přílohu tvoří zdravotní dokumentace prokazující splnění indikačních kritérií,
* **přijaté žádosti posuzuje revizní lékař RBP, zdravotní pojišťovny,**
* zákonnému zástupci pojištěnce RBP do 30 dnů od podání žádosti sdělí rozhodnutí
o přiznání či nepřiznání příspěvku,
* příspěvek je vyplacen po doložení dokladu o zaplacení
a čestného prohlášení zákonného zástupce pojištěnce, že náklady nebyly uhrazeny
ze zdrojů jiné osoby (např. zaměstnavatele), a že pobyt byl absolvován v uvedeném termínu (ČÁST C).

**část A – vyplní zákonný zástUpce**

**část B – vyplní ošeťŘující lékař
čÁst C – vyplní zákonný zástupce po skončení pobytu**