**Informace k příspěvku na přímořský pobyt**

**Výše příspěvku**

* dle skutečně uhrazené ceny, nejvýše však 10.000 Kč,
* cena za pojištěnce musí jednoznačně vyplývat z předložené smlouvy s cestovní kanceláří.

**Obecné podmínky pro přiznání příspěvku**

* věk v den návratu 8 – 15 let,
* doručení žádosti nejpozději do 30.06.2020,
* absolvování přímořského pobytu v délce minimálně 14 nocí,
* pobyt musí být zajištěn prostřednictvím cestovní kanceláře se sídlem v ČR,
* pokud budete čerpat přímořský ozdravný pobyt, nemáte nárok na vysokohorský pobyt,
* chronické onemocnění některou ze stanovených nemocí.

**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 smlouvy s cestovní kanceláří, dokladu o zaplacení
a čestného prohlášení zákonného zástupce pojištěnce, že náklady nebyly uhrazeny
ze zdrojů jiné osoby (např. zaměstnavatele), a že zájezd 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**