

Dantų protezavimo paslaugų teikimo
išlaidų kompensavimo iš Privalomojo
sveikatos draudimo fondo biudžeto
tvarkos aprašo
2 priedas

(Asmenų, kuriems reikalingas dantų protezavimas, prašymų registracijos sąrašo forma)

_____ (asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

**ASMENŲ, KURIEMS REIKALINGAS DANTŲ PROTEZAVIMAS, KOMPENSUOJAMAS
IŠ PSDF BIUDŽETO, PRAŠYMŲ REGISTRACIJOS
SĄRAŠAS**

Registracijos Nr.	Asmens prašymo registracijos data	Asmens vardas, pavardė	Asmens kodas	Deklaruojamos gyvenamosios vietos adresas,	Adresas, kuriuo asmuo pageidauja gauti pranešimą apie įtraukimą į sąrašą, telefono numeris	Kompensuojamo iš PSDF biudžeto dantų protezavimo pagrindas	Maksimalus kompensacijos dydis (bazinis dydis balais, nurodytas Aprašo 5.1– 5.3 punktuose)	Prašymo išsiuntimo teritorinei ligoninių kasai data
1	2	3	4	5	6	7	8	9

_____ (pareigų pavadinimas)

_____ (parašas)

_____ (vardas ir pavardė)

Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir
išlaidų kompensavimo iš Privalomojo
sveikatos draudimo fondo biudžeto
tvarkos aprašo
3 priedas

(Asmenų, kuriems reikalingas dantų protezavimas, sąrašo forma)

_____ (teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

**ASMENŲ, KURIE LAUKIA DANTŲ PROTEZAVIMO,
SĄRAŠAS**

_____ (savivaldybės pavadinimas)

Eilės Nr.	Asmens prašymo registracijos pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoje data	Asmens vardas, pavardė	Asmens kodas	Deklaruojamos gyvenamosios vietos adresas	Adresas, kuriuo asmuo pageidauja gauti pranešimą apie įtraukimą į sąrašą, telefono numeris	Kompensuojamo iš PSDF biudžeto dantų protezavimo pagrindas	Maksimalus kompensacijos dydis (bazinis dydis balais, nurodytas Aprašo 5.1–5.3 punktuose)	PASPL, į kurią asmuo kreipėsi su prašymu įtraukti į sąrašą asmenų, laukiančių dantų protezavimo, pavadinimas	Pranešimo apie įtraukimą į sąrašą asmenų, kurie laukia dantų protezavimo, išsiuntimo data	Pažymos apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto, išsiuntimo data	Dantų protezavimo paslaugų suteikimo terminas pratęstas iki...	Asmens išbraukimo iš šio sąrašo data ir pagrindas
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

_____ (pareigų pavadinimas)

_____ (parašas)

_____ (vardas ir pavardė)

Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo
4 priedas

(Pranešimo apie asmens įtraukimą į asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą forma)

PRANEŠIMAS
apie asmens įtraukimą į laukiančių dantų protezavimo sąrašą

20____ - ____ - ____ Nr. _____
(data ir registracijos TLK numeris)

Pranešame, kad nuo _____ m. _____ d. Jūs įtrauktas į

asmenų, gyvenančių _____
(savivaldybės pavadinimas)
miesto/rajono savivaldybės teritorijoje, kurie laukia dantų protezavimo, sąrašą.

Jūsų sąrašo numeris:

(skaičius įrašomas ir žodžiu)

Primename, kad pateikdamas prašymą įtraukti Jus į sąrašą asmenų, kurie laukia dantų protezavimo, esate įsipareigojęs:

1. Lankytis pas odontologą, vykdyti odontologo rekomendacinio gydymo plano nurodymus, kad atėjus dantų protezavimo eilei, būtų atliktos gydomosios ir profilaktinės procedūros, burnos ertmė būtų sanuota (užplombuoti karioziniai dantys ir kt.);
2. Raštu informuoti teritorinę ligonių kasą, jei pasikeistų adresas, kuriuo pageidaujate gauti pranešimą (išsiuntus pranešimą apie galimybę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, ir neradus adresato, po 3 mėnesių adresatas bus išbrauktas iš sąrašo).

Taip pat pranešame, kad turite teisę nelaukti, kol būsite pakviestas protezuoti dantis, ir už suteiktas dantų protezavimo paslaugas sumokėti pats. Tai galite padaryti Jūsų pasirinktoje sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje licenciją teikti odontologinės priežiūros (pagalbos) ir (ar) burnos priežiūros paslaugas.

Suteikus dantų protezavimo paslaugas Jūs turėsite atvykti į _____

(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

teritorinę ligonių kasą arba pas jos atstovą _____ rajone, adresu _____
_____ ir užpildyti prašymą kompensuoti dantų protezavimo paslaugų išlaidas iš
(nurodomas TLK ar jos atstovo adresai)

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto bei pateikti:

1. Šį pranešimą.
2. Sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje buvo suteiktos dantų protezavimo paslaugos, sąskaitą.
3. Mokėjimą patvirtinantį dokumentą.

Informuojame, kad kompensacija už suteiktas dantų protezavimo paslaugas neviršys nustatyto bazinio dydžio – _____ ir Jums bus išmokėta atsižvelgiant į Jūsų sąrašo numerį,
(nurodoma kompensacijos suma balais)
nurodytą šiame pranešime.

(TLK įgaliotojo asmens pareigų pavadinimas)

A.V. _____
(parašas)

(vardas, pavardė)

Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo 5 priedas

(Pažymos apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas kompensuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto forma)

_____ (teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

_____ (kodas, adresas, telefono Nr.)

_____ (asmens vardas, pavardė, asmens kodas)

_____ (adresas, nurodytas asmens prašyme, kuriuo šis pageidauja gauti pažymą)

PAŽYMA

APIE TEISĘ GAUTI DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGAS, KOMPENSUOJAMAS IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO

(pateikiama kartu su asmens tapatybę patvirtinančiu dokumentu)

20____ - ____ - ____ Nr. _____

(pažymos išrašymo data ir registracijos TLK numeris)

Šia pažyma patvirtinama Jūsų teisė gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto. Norėdami gauti šias paslaugas, per tris mėnesius nuo pažymos išsiuntimo datos turite kreiptis į vieną iš šios pažymos priede nurodytų sveikatos priežiūros įstaigų, su kuria _____ teritorinė ligonių kasa (toliau – TLK) (teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

yra sudariusi sutartis dėl dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – išlaidų kompensavimo sutartis). Jūs galite kreiptis ir į kitų TLK aptarnavimo zonose esančių sveikatos priežiūros įstaigas, su kuriomis šios TLK sudariusios išlaidų kompensavimo sutartis.

Čia Jūs (arba Jūsų atstovas) su gydytoju odontologu turite suderinti dantų protezavimo paslaugų teikimo Jums arba Jūsų atstovaujamajam laiką, mastus ir kitas šių paslaugų teikimo sąlygas.

Asmuo, kuris dėl sveikatos būklės ar dėl kitų svarbių priežasčių per tris mėnesius nuo šios pažymos išrašymo datos negali kreiptis į jo pasirinktą dantų protezavimo paslaugas teikiančią gydymo įstaigą, turi per šį terminą pats arba jo atstovas kreiptis į _____ TLK ir (teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

suderinti kitą dantų protezavimo paslaugos suteikimo datą.

Praėjus trijų mėnesių terminui po šios pažymos išrašymo datos asmuo išbraukiamas iš TLK sąrašo ir praranda teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš PSDF biudžeto.

Kreipiantis dėl dantų protezavimo paslaugų, kompensuojamų iš PSDF biudžeto, teikimo, Jūsų pasirinktai sveikatos priežiūros įstaigai turite pateikti asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą, pranešimą apie asmens įtraukimą į laukiančių dantų protezavimo, sąrašą, kuriame nurodytas Jūsų sąrašo numeris ir šią pažymą.

PRIDEDAMA. Sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis _____ TLK (teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

sudariusi išlaidų kompensavimo sutartis, sąrašas.

_____ (teritorinės ligonių kasos įgaliotojo asmens pareigų pavadinimas) A.V.

_____ (parašas)

_____ (vardo raidė, pavardė)

Dantų protezavimo paslaugų teikimo terminas pratęstas iki 20____ - ____ - ____

(data, iki kurios pratęstas terminas)

Terminą pratęsė: _____

(TLK įgalioto asmens pratęsusio terminą pareigų pavadinimas) A.V.

_____ (parašas)

_____ (vardo raidė ir pavardė)

Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo 6 priedas

(Sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis teritorinė ligonių kasa yra sudariusi sutartis dėl dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu, sąrašo forma)

**SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ, SU KURIOMIS _____
(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)
TERITORINĖ LIGONIŲ KASA YRA SUDARIUSI SUTARTIS DĖL DANTŲ
PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO APDRAUSTIESIEMS
PRIVALOMUOJU SVEIKATOS DRAUDIMU,
SĄRAŠAS**

Eilės Nr.	Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas	Sveikatos priežiūros įstaigos adresas ir telefonas pasiteiravimui	Sveikatos priežiūros įstaigos interneto svetainės adresas
1	2	3	4

Informuojame, kad galite pasirinkti ir kitos teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) aptarnavimo zonoje esančią sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria TLK yra sudariusi sutartį dėl dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu. Tokių sveikatos priežiūros įstaigų sąrašai skelbiami TLK interneto svetainėse:

- Vilniaus TLK – www.vilniaustlk.lt;
- Kauno TLK – www.ktlk.lt;
- Klaipėdos TLK – www.klaipedostlk.lt;
- Šiaulių TLK – www.siauliutlk.lt;
- Panevėžio TLK – www.paneveziotlk.lt.

Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir
išlaidų kompensavimo iš Privalomojo
sveikatos draudimo fondo biudžeto
tvarkos aprašo
7 priedas

(Prašymo kompensuoti dantų protezavimo išlaidas forma)

(Dokumento gavimo registracijos žyma)

(vardas, pavardė)

(asmens kodas, adresas, kuriuo pageidaujama gauti pranešimą apie dantų protezavimo išlaidų kompensavimą, telefonas)

teritorinei ligonių kasai
(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

**PRAŠYMAS
KOMPENSUOTI DANTŲ PROTEZAVIMO IŠLAIDAS**

20____ - ____ - ____

Prašau kompensuoti dantų protezavimo paslaugų išlaidas.

Taip pat prašau laikyti negaliojančiu prašyme įrašyti į asmenų, kurie laukia dantų protezavimo, sąrašus išreikštą mano sutikimą dėl man priklausančios kompensacijos už suteiktas dantų protezavimo paslaugas pervedimo į sveikatos priežiūros įstaigos sąskaitą.

Paslaugas 20____ m. _____ d. suteikė _____
(sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas)

Mano asmeninė sąskaita banke, į kurią prašau pervesti kompensaciją _____

(nurodomas sąskaitos numeris, banko pavadinimas ir kodas)

Su Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašu esu susipažinęs (-usi). Man išaiškinta, kad dantų protezavimo paslaugų išlaidos bus kompensuojamos pagal faktines išlaidas, neviršijant nustatyto bazinio dydžio – _____ balų.

(įrašoma suma, kuri bus kompensuota)

PRIDEDAMA:

1. Pranešimas apie asmens įtraukimą į asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą.
2. Sąskaitos faktūros serija _____ Nr. _____, _____ lapas (-ai).
3. _____

(gali būti nurodomas ir kitas mokėjimą patvirtinantis dokumentas)

(parašas)

Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir
išlaidų kompensavimo iš Privalomojo
sveikatos draudimo fondo biudžeto
tvarkos aprašo
8 priedas

(Pranešimo apie dantų protezavimo išlaidų kompensavimą forma)

_____ (teritorinės ligonių kasos pavadinimas)

_____ (kodas, adresas, telefono Nr.)

_____ (asmens vardas, pavardė)

_____ (adresas, nurodytas asmens arba jo atstovo prašyme)

**PRANEŠIMAS
APIE DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ
IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMĄ**

_____ Nr. _____
(registracijos data)

Pranešame, kad vadovaujantis _____ teritorinės ligonių kasos komisijos
(teritorinės ligonių kasos pavadinimas)
sprendimu _____ 20____ metų _____
(asmens vardas, pavardė) (metų ketvirčio Nr.)
ketvirtį planuojama kompensuoti dantų protezavimo paslaugas, į Jūsų nurodytą banko sąskaitą
pervedant _____ litų.
(suma skaičiais ir žodžiais)

Mūsų adresas _____, telefonas pasiteirauti _____.

Pagarbiai

_____ (teritorinės ligonių kasos įgaliotojo asmens pareigų pavadinimas)

_____ (parašas)

_____ (vardo raidė, pavardė)