



LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ĮSAKYMAS

DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO 2005 M. LAPKRIČIO 21 D. ĮSAKYMO NR. V-890 „DĖL DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO“ PAKEITIMO

2018 m. balandžio 9 d. Nr. V-385

Vilnius

P a k e i č i u Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymu Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“:

1. Pripažįstu netekusiu galios 43.2 papunktį.
2. Pakeičiu 46 punktą ir jį išdėstau taip:
„46. Pacientas, pageidaujantis, kad jam skirta kompensacija būtų pervesta į kito asmens banko sąskaitą, kartu su Aprašo 43 punkte nurodytais dokumentais TLK turi pateikti asmens, kuriam bus pervedama minėta kompensacija, raštišką sutikimą.“
3. Pakeičiu 48 punktą ir jį išdėstau taip:
„48. Jei pacientas miršta nesulaukęs kompensacijos už savo lėšomis apmokėtas dantų protezavimo paslaugas, teisę į kompensaciją Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka įgyja jo paveldėtojas (-ai). Norėdamas (-i) gauti kompensaciją, jis (jie) kartu su Aprašo 43 punkte nurodytais dokumentais TLK turi pateikti paveldėjimo teisės į mirusiajam priklausančią kompensaciją liudijimą ar jo kopiją.“
4. Pakeičiu 4 priedą ir jį išdėstau nauja redakcija (pridedama).
5. Pakeičiu 7 priedą ir jį išdėstau nauja redakcija (pridedama).

Sveikatos apsaugos ministras

Aurelijus Veryga

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

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

(Teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) pavadinimas)

(Adresas, telefono Nr.)

(Asmens vardas, pavardė)

(Asmens prašyme nurodytas adresas, kuriuo jis pageidauja gauti pranešimą)

**PRANEŠIMAS APIE ASMENS ĮTRAUKIMĄ Į ASMENŲ, LAUKIANČIŲ DANTŲ PROTEZAVIMO,
SĄRAŠĄ**

20____-____-____Nr. _____
(Data ir registracijos TLK numeris)

Pranešame, kad nuo _____m. _____d. Jūs, gyvenantis (-i) _____
_____ miesto / rajono savivaldybės teritorijoje,
(savivaldybės pavadinimas)
esate įrašytas (-a) į Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą (toliau – Sąrašas).

Jūsų eilės numeris Sąraše:

(skaičius parašomas ir žodžiu)

Primeriname, kad, pateikdamas (-a) prašymą įtraukti Jus į Sąrašą, įsipareigojote:

1. lankytis pas gydytoją odontologą ir vykdyti jo sudarytame gydymo plane pateiktus nurodymus, kad, atėjus Jūsų eilei protezuoti dantis, Jums būtų atliktos gydomosios ir profilaktinės procedūros, sanuota burnos ertmė (užplombuoti karioziniai dantys ir kt.);

2. raštu informuoti TLK, jei pasikeistų adresas, kuriuo pageidaujate gauti pranešimus (TLK išsiuntus pranešimą ir laišku grįžus į TLK, asmuo po 3 mėnesių nuo Pažymos apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto, išdavimo dienos išbraukiamas iš Sąrašo).

Taip pat pranešame, kad turite teisę nelaukti, kol būsite pakviestas (-a) protezuoti dantų, ir už suteiktas dantų protezavimo paslaugas sumokėti pats (pati). Tai galite padaryti Jūsų pasirinktoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje licenciją teikti odontologinės priežiūros (pagalbos) paslaugas. Šiuo atveju, kai Jums bus suteiktos dantų protezavimo paslaugos, turėsite atvykti į _____

(TLK pavadinimas)

arba pas TLK atstovą _____savivaldybėje adresu _____
(nurodomas TLK ar jos atstovo adresas)

ir užpildyti prašymą kompensuoti dantų protezavimo paslaugų išlaidas PSDF biudžeto lėšomis. Taip pat turėsite pateikti:

1. prašymą kompensuoti dantų protezavimo paslaugų išlaidas (Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš PSDF biudžeto tvarkos aprašo 7 priedas), kuriame turi būti nurodytas banko sąskaitos numeris;

2. dantų protezavimo išlaidų apmokėjimą patvirtinantį dokumentą (asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje buvo suteiktos dantų protezavimo paslaugos, išrašytą sąskaitą faktūrą, originalų kasos aparato kvitą ir (arba) grynųjų pinigų priėmimo kvitą, ir (arba) originalų banko išduotą dokumentą, patvirtinantį mokėjimo įvykdymą, ir (arba) banko sąskaitos išrašo kopiją, patvirtintą banko darbuotojo spaudu, ir (arba) kitą mokėjimą patvirtinantį dokumentą);

3. atstovavimą patvirtinančio dokumento kopiją.

Informuojame, kad kompensacija už suteiktas dantų protezavimo paslaugas neviršys nustatyto bazinio dydžio – _____.

(nurodoma kompensacijos suma balais)

Kompensacija bus išmokėta pagal Jūsų eilės numerį Sąraše (Jūsų eilės numeris nurodytas šiame pranešime).

Pastaba. Šį pranešimą **reikia saugoti**, kol gausite Pažymą apie teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kurių išlaidos kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis.

(TLK īgalioto asmens pareigos)

(Parāšas)

(Vardas ir pavardē)

(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)

(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, laukiančių dantų protezavimo, sąrašus pareikštą
mano sutikimą pervesti man priklausančią kompensaciją už suteiktas dantų protezavimo paslaugas į asmens sveikatos
prižiūros įstaigos sąskaitą.

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

Kompensaciją prašau pervesti (fizinio arba juridinio asmens, į kurio sąskaitą prašoma pervesti kompensaciją,
duomenys):

_____ (vardas, pavardė)	_____ (asmens kodas)
_____ (adresas)	_____ (telefono Nr.)
_____ (banko sąskaitos Nr. (ne indėlio), banko pavadinimas ir kodas)	
_____ (juridinio asmens pavadinimas)	_____ (kodas)
_____ (adresas)	_____ (telefono Nr.)
_____ (sąskaitos Nr. (ne indėlio), banko pavadinimas ir kodas)	

Su Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto
tvarkos aprašu esu susipažinęs (-usi). Man išaiškinta, kad bus kompensuojamos tik faktinės dantų protezavimo paslaugų
išlaidos, neviršijant nustatyto bazinio dydžio – _____ balų.
(įrašoma suma, kuri bus kompensuota)

PRIDEDAMA:

1. Sąskaita faktūra, serija _____ Nr. _____, _____ lapas (-ai).
2. _____
(gali būti nurodomas ir kitas mokėjimą patvirtinantis dokumentas)

(Parašas)

DETALŪS METADUOMENYS

Dokumento sudarytojas (-ai)	Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos 191351679, Europos aikštė 1, Vilnius
Dokumento pavadinimas (antraštė)	DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO 2005 M. LAPKRIČIO 21 D. ĮSAKYMO NR. V-890 „DĖL DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMO IŠ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO“ PAKEITIMO
Dokumento registracijos data ir numeris	2018-04-09 Nr. V-385
Dokumento specifikacijos identifikavimo žymuo	ADOC-V1.0
Parašo paskirtis	Vizavimas
Parašą sukūrusio asmens vardas, pavardė ir pareigos	RASA SAVIČIŪTĖ, vyriausiasis specialistas
Sertifikatas išduotas	RASA SAVIČIŪTĖ, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos LT
Parašo sukūrimo data ir laikas	2018-04-09 08:12:17
Parašo formatas	XAdES-X-L
Laiko žymoje nurodytas laikas	2018-04-10 08:28:55
Informacija apie sertifikavimo paslaugų teikėją	ADIC CA-B, Asmens dokumentu israsymo centras prie LR VRM LT
Sertifikato galiojimo laikas	2017-11-03 - 2020-11-02
Parašo paskirtis	Pasirašymas
Parašą sukūrusio asmens vardas, pavardė ir pareigos	Aurelijus Veryga, Ministras
Sertifikatas išduotas	AURELIJUS VERYGA, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija LT
Parašo sukūrimo data ir laikas	2018-04-10 09:07:05
Parašo formatas	XAdES-X-L
Laiko žymoje nurodytas laikas	2018-04-10 09:07:21
Informacija apie sertifikavimo paslaugų teikėją	ADIC CA-A, Asmens dokumentu israsymo centras prie LR VRM LT
Sertifikato galiojimo laikas	2017-03-30 - 2020-03-29
Informacija apie būdus, naudotus metaduomenų vientisumui užtikrinti	-
Pagrindinio dokumento priedų skaičius	2
Pagrindinio dokumento pridedamų dokumentų skaičius	-
Programinės įrangos, kuria naudojantis sudarytas elektroninis dokumentas, pavadinimas	Signa 2010 (1.2.0.v20160131-6968)
Informacija apie elektroninio dokumento ir elektroninio (-ių) parašo (-ų) tikrinimą (tikrinimo data)	Metadata entry "Reception date" must be specified Metadata entry "Registration No. of the reception" must be specified Metadata entry "Receiver" must be specified Metadata entry "Index of the case (volume) the document is assigned to" must be specified Visi dokumente esantys elektroniniai parašai galioja (2018-04-12)
Paieškos nuoroda	https://www.e-tar.lt/portal/legalAct.html?documentId=e2e6a6813c7f11e884a38848fe3ec9e2
Papildomi metaduomenys	Nuorašą suformavo 2018-04-12 01:26:15 TAIS