**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő** melléklet: szükség szerint: meghatalmazás (ha nem a saját ügyében jár el, teljes bizonyító erejű okiratba foglalt meghatalmazás szükséges) irat másolat

**Ellátási és Koordinációs Főosztály** területileg illetékes **sorszáma**

és a NEAK főosztály címe[[1]](#footnote-1)

**Tárgy:** Ebtv. 38/B. § szerinti adategyeztetés

**Tisztelt Főosztályvezető Asszony/Úr!**

Név (szül: ……, lakcím: …………. TAJ: ……….) azzal a kérelemmel fordulok t. Főosztályvezető Asszonyhoz/Úrhoz, hogy a következőkben részletezett ügyet kivizsgálni és a NEAK nyilvántartásában a **……………………….. (eü szolgáltató/forgalmazó) által a nevemre, TAJ számomra tudomásom nélkül tb támogatással elszámolt gyógyszert/gyógyászati segédeszközöket/fürdő/egészségügyi ellátást a NEAK nyilvántartásában törölni** szíveskedjenek.

*Bevezetésül javasolt a kérelmező egészségi állapotának rövid összefoglalása (pl. mozgáskorlátozottság oka, jellege) és a vitatott elszámolás részletesebb leírása. Az alábbiak csak példaként szolgálnak, pár mondatban össze kell foglalni, hogy miért tartja valótlannak a NEAK betegéletútban megjelenő adatot.*

Pl:

* Nem állt szándékomban új ...................... igényelni, azonban ...................... cég ......................... napján megrendelés nélkül kiszállított részemre .................. eszközt. Az eszközt nem vettem át, mert nem rendeltem semmit. *VAGY* A kiszállított eszközt a cég képviselőjének unszolására átvettem, de az teljesen használhatatlan, ezért a régi …………………… eszközt használom továbbra is.
* - Nem álltam kapcsolatban a …………..……... nevű céggel, mégis otthonomban/kórházban/intézetben rendszeresen, több alkalommal kéretlenül felkerestek és új ……………… ajánlottak számomra. Végül meguntam a folyamatos rábeszélést és elmentem a felajánlott vizsgálatra, ahol …………………. nevű orvos …………………. eszközt írt fel nekem, pedig nem is kértem. A kiszállított/legyártott eszköz azonban teljesen használhatatlan volt, ezért a régi …………………… eszközt használom továbbra is.
* Korábban tb támogatással vásároltam ..................................... gyógyszert/eszközt/ellátást a …………..……... nevű cégtől, de azóta nem kerültem kapcsolatba a szolgáltatóval, mégis a NEAK nyilvántartásában az szerepel, hogy dr. ........................... nevű orvos rendelése alapján ...................... (másik) gyógyszert/eszközt/ellátást is elszámoltak a nevemre. A ............................ nevű orvosnál nem jártam, tudomásom szerint nem írt fel nekem semmit és a ........................... cégnél sem váltottam be receptet és nem is jártam az üzletükben.
* Év/hó ........... napján ügyfélkapus azonosítást követően lekérdeztem a NEAK nyilvántartásában szereplő betegéletút adataimat és azt állapítottam meg, hogy dr. .............................. orvos rendelése alapján .......................... gyógyszert/eszközt/ellátást elszámoltak a nevemre. A ............................ nevű orvosnál nem jártam, tudomásom szerint nem írt fel nekem semmit és a ........................... cégnél sem váltottam be receptet és nem is jártam az üzletükben.

NEAK nyilvántartás …………..[[2]](#footnote-2) adatai

betegéletút lekérdezés alapján, **a nevemre elszámolt, de *át nem vett gyógyszer/eszköz/ellátás[[3]](#footnote-3)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **vényt elszámoló** | **vénykiváltás ideje** | **elszámolt eszköz** | **támogatás (Ft)** | **orvos neve/kódja** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **összesen** |  |  |

A NEAK nyilvántartása szerint részemre *………………………*év/hó/napján dr. ……………….. rendelése alapján összesen …………………. Ft összegű tb támogatással .................. gyógyszert/eszközt/ellátást számolt el a ……………………………. (cég), illetve ………………. év/hó/napján jogviszony ellenőrzés történt a nevemre.

Fentiek igazolásául csatolom a ………………..….. másolatát.

Előbbiek alapján a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 38/B. § szerinti **adategyeztetést kezdeményezek** és kérem, hogy a NEAK nyilvántartásban szereplő adataim rendezése érdekében szíveskedjenek a **…………………….. szolgáltató elszámolását és jogviszony ellenőrzésre vonatkozó fentiekben megjelölt adatokat ellenőrizni és a ……………………………. vénybeváltások adatait törölni.**

Bízva az ellenőrzés és adategyeztetés sikerében, köszönettel:

hely, dátum

aláírás

**NEAK EKFO illetékesség és cím adatok**:

(a főosztály központja aláhúzással jelölve)

**Ellátási és Koordinációs Főosztály I.**

(6726 Szeged, Bal fasor 17-21. ,

6000 Kecskemét, Izsáki út 8.,

5600 Békéscsaba, Luther u. 3)

**Ellátási és Koordinációs Főosztály II.**

(7623 Pécs, Nagy Lajos király útja 3.,

7400 Kaposvár, Bajcsy-Zs. u. 28.,

7100Szekszárd,SzentIstvántér19-21.)

**Ellátási és Koordinációs Főosztály III.**

(4026 Debrecen, Darabos u. 9-11.,

5000 Szolnok, Mikszáth. K. út 3-5.,

4400 Nyíregyháza, Vörösmarty tér 7.)

**Ellátási és Koordinációs Főosztály IV.**

(3530 Miskolc, Mindszent tér 3.,

3100 Salgótarján, Zemlinszky R. út 9.

3300 Eger, Klapka Gy. út 1.)

**Ellátási és Koordinációs Főosztály V.**

(8000 Székesfehérvár, József A. u. 42.

8200 Veszprém, Óvári F. út 7.,

2800 Tatabánya, Népház u. 12.)

**Ellátási és Koordinációs Főosztály VI.**

(1139 Budapest, Teve u. 1/A-C)

**Ellátási és Koordinációs Főosztály VII.**

(9700 Szombathely, Szily J. u. 30.,

8900 Zalaegerszeg, Kossuth L. utca 9-11.,

9023 Győr, Szabolcska M. u. 1/a.)

1. illetékességi és elérhetőségi adatokat lásd az iratminta végén [↑](#footnote-ref-1)
2. lekérdezés napja [↑](#footnote-ref-2)
3. a táblázatba azt kell feltüntetni, amit töröltetni szeretne [↑](#footnote-ref-3)