



Žádost o proplacení zdravotních služeb po schválení revizním lékařem ZPŠ

Údaje o pojištěnci:

Jméno a příjmení: R. Č.:
Bydliště: Číslo telefonu:

Proplácet je možné pouze služby akutní a neodkladné péče, poskytnuté poskytovatelem zdravotních služeb, který nemá se ZPŠ uzavřenou smlouvu.

Pro posouzení revizním lékařem ZPŠ je nutné k žádosti doložit originální doklad o zaplacení s uvedenými kódy výkonů a kopii lékařské zprávy, u stomatologických výkonů musí být uvedeno, který zub byl ošetřen. Zdravotní služby budou pojištěnci proplaceny pouze do výše, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Forma úhrady: (označte jednu možnost)

- převodem na bankovní účet
- číslo účtu / kód banky:
- v hotovosti na pokladně ZPŠ
- jiné

Dne:

Podpis žadatele:

Čestné prohlášení zákonného zástupce osoby mladší 18 let:

Já, rodné číslo, níže podepsaný/á žadatel/ka žádám o proplacení zdravotních služeb. Podpisem tohoto čestného prohlášení přejímám na sebe následky jeho nepravdivosti.

Dne:

Podpis zákonného zástupce/zmocněnce:

Propočet revizním lékařem ZPŠ:

kódy výkonů/léků	počet	cena	celkem
CELKEM			

Vypracoval:

Dne:

Vyjádření revizního lékaře (RL):

Důvod zamítnutí:

Částka k úhradě: Kč

Razítko, datum a podpis RL:

Vyjádření pojištěnci v případě zamítnutí:

Datum odeslání:

Č. j.: