Žádost o proplacení zdravotních služeb po schválení revizním lékařem ZPŠ

Údaje o pojištěnci:

Příjmení, jméno, titul: ..... Rodné číslo: ☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐

Adresa trvalého bydliště: ..... PSČ: ☐☐☐ ☐☐

Telefon / mobil / e-mail: .....

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:*

☐ v hotovosti na pokladně ZPŠ

☐ převodem na bankovní účet: ☐☐☐☐☐☐–☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐

☐ jiné: .....

Datum: ..... **Podpis:** .....

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.

Datum: ..... **Podpis zákonného zástupce:** .....

*☒ *změnu označte dle vzoru*

Propočet revizním lékařem ZPŠ:

kódy výkonů/léků	počet	body	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.: .....