



## Žádost o proplacení zdravotních služeb po schválení revizním lékařem ZPŠ

### Údaje o pojištenci:

Příjmení, jméno, titul: ..... Rodné číslo (číslo pojištění):

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. Nárok pojištěnce na zpětnou úhradu za tyto služby posuzuje revizní lékař ZPŠ, proto je nutné k žádosti doložit příslušnou lékařskou zprávu, a to zejména v případech, kde nelze pro posouzení nároku pojištěnce vycházet z rozpisu úkonů uvedených na dokladu o zaplacení. **Doklad o zaplacení s uvedenými kódy výkonů je nutné k žádosti doložit vždy. U stomatologických výkonů musí být jednoznačně uvedeno, který zub byl ošetřen.** Zdravotní služby budou pojištěnci proplaceny pouze do výše, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, tedy podle aktuálně platného Seznamu zdravotních výkonů, případně příslušných číselníků.

Forma úhrady (označte jednu možnost):

převodem na bankovní účet  
číslo účtu / kód banky: .....

Datum: ..... Podpis žadatele: .....

### Čestné prohlášení zákonného zástupce osoby mladší 18 let:

Já, ..... Rodné číslo (číslo pojištění):

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

Datum:..... Podpis zákonného zástupce/zmocněnce: .....

### Propočít revizním lékařem ZPŠ:

kódy výkonů/léků	počet	body	celkem
<b>CELKEM</b>			

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.: .....

