



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 pojištenci proplaceny pouze do výše, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, tedy podle aktuálně platného Seznamu zdravotních výkonů, případně příslušných číselníků.**

Forma úhrady:

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:

Propočítání revizním lékařem ZPŠ:

kódy výkonů/léků	lokalizace	počet	body	celkem
CELKEM				

Vypracoval: Dne:

Vyjádření revizního lékaře (RL):

Důvod zamítnutí:

Částka k úhradě:Kč Razítko, datum a podpis RL:

Vyjádření pojištěnce v případě zamítnutí:

Datum odeslání: Č. j.:

