Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Jeremenkova 161/11, Vítkovice,

703 00 Ostrava



**ŽÁDOST POJIŠTĚNCE O náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby poskytnuté v zahraničí**

**úDAJE O pojištěnci:**

Jméno a příjmení:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné příjmení:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Číslo pojištěnce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trvalé bydliště (příp. adresa pro doručování):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**zákonný zástupce:**

Jméno a příjmení:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kontaktní adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Žádám, aby mi byly nahrazeny náklady, které jsem vynaložil(a) na níže uvedené zdravotní služby poskytnuté v zahraničí (zaškrtněte jednu z možností):

* Zdravotní služby, které jsem v důsledku onemocnění nebo úrazu vyhledal během přechodného pobytu v …………………………………………………………(uveďte stát)
* Plánované zdravotní služby, za jejichž poskytnutím jsem cíleně vycestoval do ……………………………………………………………(uveďte stát)

Požaduji, aby výše náhrady byla určena následovně (zaškrtněte jednu z možností):

* Výši náhrady požaduji posoudit přednostně podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení („Nařízení“) a určit dle tarifů státu léčení **(zahraniční tarif)**. V případě, že by podle tarifů státu léčení nenáležela žádná náhrada, žádám, aby byla výše náhrady posouzena a určena v souladu s §14 odst. 2 - 4 a §14a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, dle tarifů uplatňovaných v českém systému veřejného zdravotního pojištění.

|  |
| --- |
| **Upozornění:** Zvolení této možnosti připadá v úvahu pouze pro zdravotní služby poskytnuté ve státech EU1, Norsku, Lichtenštejnsku, na Islandu a ve Švýcarsku. V případě zvolení zahraničního tarifu nemůže ČPZP garantovat délku vyřízení žádosti. |

* Výši náhrady požaduji posoudit a určit výhradně v souladu s §14 odst. 2 - 4 a §14a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, dle tarifů uplatňovaných v českém systému veřejného zdravotního pojištění **(český tarif)**.

|  |
| --- |
| **Upozornění:** V případě **neschválených plánovaných zdravotních služeb** poskytnutých ve státech EU lze určit výši náhrady nákladů vždy pouze podle této možnosti. |

**Důvod a okolnosti ošetření – stručný popis** (uveďte pouze v případě volby českého tarifu)**:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Částka uhrazená za ošetření: \_\_\_\_\_\_ Počet platebních dokladů: \_\_\_\_\_\_

Částka uhrazená za léky: \_\_\_\_\_­\_ Počet platebních dokladů: \_\_\_\_\_\_

Částka uhrazená za zdravotnické pomůcky: \_\_\_\_\_\_ Počet platebních dokladů: \_\_\_\_\_\_

Částka uhrazená celkem: \_\_\_\_\_\_ Počet dokladů celkem: \_\_\_\_\_\_

Dále žádám, aby mi byla vypočtená náhrada nákladů převedena následujícím způsobem (zaškrtněte prosím jednu z možností):

* Bankovním převodem na účet (číslo účtu/kód banky): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Poštovní poukázkou na adresu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis[[1]](#footnote-1)

K žádosti je nutné přiložit následující dokumenty:

1. Originál účetního nebo jiného dokladu, ze kterého vyplývá provedení platby poskytovateli zdravotních služeb
2. Lékařskou zprávu, nebo jiný doklad vystavený poskytovatelem, z níž je patrné, jaké zdravotní služby byly poskytnuty
3. V případě, že žádost podává zástupce žadatele, musí být doložena plná moc

Za ČPZP převzal/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum převzetí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pracoviště – pobočka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 1 Členské státy EU: Belgie, Bulharsko, ČR, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Chorvatsko, Irsko, Itálie, Kypr, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Maďarsko, Malta, Německo, Nizozemsko, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Rumunsko, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko

   2 Podpis pojištěnce nebo osoby zplnomocněné pojištěncem [↑](#footnote-ref-1)