

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 požadují 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**).

Důvod a okolnosti ošetření – stručný popis:

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 _____

podpis²

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 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, Spojené království, Španělsko, Švédsko

² Podpis pojištěnce nebo osoby zplnomocněné pojištěncem