

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, POPŘ. ZMOCNĚNĚC NA ZÁKLADĚ PLNÉ MOCI:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Trvalé bydliště (příp. adresa pro doručování): _____

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 prosím jednu z možností):

~~Výši náhrady požaduji posoudit přednostně podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č.883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení („Nařízení“) nebo mezinárodní smlouvy a určit dle tarifů státu léčení. 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 dle tarifů uplatňovaných v českém systému veřejného zdravotního pojištění.~~

Upozornění: Posouzení a určení tarifů státu léčení může trvat delší dobu, někdy i několik měsíců.



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 dle tarifů uplatňovaných v českém systému veřejného zdravotního pojištění.

Upozornění: V případě neschválených plánovaných zdravotních služeb poskytnutých ve státech EU a neodkladné péče poskytnuté mimo státy EU, Norsko, Lichtenštejnsko, Island, Švýcarsko, Černou Horu, Makedonii, Srbsko, Turecko lze určit výši náhrady vždy pouze podle této možnosti. Výše náhrady dle tarifů uplatňovaných v českém systému veřejného zdravotního pojištění může být v některých případech nižší než Vámi skutečně vynaložené náklady.

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

- Ověřeným bankovním spojením na číslo mého účtu: _____
- Poštovní poukázkou.

V _____ dne _____
_____ podpis¹

K žádosti je nutné přiložit následující dokumenty:

- 1) kopii receptu, který byl pojištěnci vystaven (ne QR kód),
- 2) lékařskou zprávu, vypovídající o zdravotním stavu pojištěnce, na jejímž základě byl recept vystaven,
- 3) pokladní doklad či fakturu z lékárny, ze které bude zřejmá síla, velikost a počet balení konkrétního vydaného léčivého přípravku na recept.

PLNÁ MOC ²

Tímto uděluji ³ _____, datum narození: _____

bytem / se sídlem v _____

plnou moc k podání této žádosti a zastupování mé osoby v řízení o žádosti o náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby poskytnuté v zahraničí. Beru na vědomí, že zmocněnec není oprávněn za zmocnitele přijmout náhradu nákladů.

V _____ dne _____
_____ Podpis pojištěnce

Plnou moc přijímám.

V _____ dne _____
_____ Podpis zmocněnce

¹ Podpis pojištěnce nebo osoby zplnomocněné pojištěncem.

² Vyplnit pouze zplnomocňuje-li pojištěnec k podání a řízení o žádosti třetí osobu. Plnou moc lze přiložit též na zvláštním dokumentu.

³ Uvedte údaje fyzické nebo právnické osoby, již je plná moc udělena.