

**ŽÁDOST O REFUNDACI ÚHRADY PŘÍMÉ PLATBY
U POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB**

ÚDAJE O POJIŠTĚNCI:

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____ Číslo pojištěnce: _____

E-mail: _____ Tel. kontakt: _____

Číslo bankovního účtu: _____

Kontaktní adresa: _____

Důvod poskytnutí přímé platby:

Nezbytnou součástí žádosti jsou:

1) originál dokladu o zaplacení

2) předmětná lékařská zpráva

V souladu s ust. § 46 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění Vás upozorňujeme na skutečnost, že zdravotní pojišťovna zajišťuje poskytování hrazených služeb svým pojištěncům a to prostřednictvím sítě poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Úhradu u nesmluvního poskytovatele zdravotních služeb tak lze akceptovat pouze v případě nutné a neodkladné péče, kdy není nutné uzavření této smlouvy, avšak i v těchto případech má být zdravotní péče fakturována poskytovatelem přímo zdravotní pojišťovně.

V _____ dne _____

_____ podpis pojištěnce/zákonného zástupce