

Žiadosť o úhradu mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti poskytnutej hospitalizovanému poistencovi

Údaje o poskytovateľovi ZS

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia

IČO PZS:

Kód oddelenia

Oddelenie

Hospitalizácia na oddelení od do

Dohodnutý paušál za hospitalizáciu:

Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára:

Kód lekára

Tel. kontakt

fax

E-mail

Údaje o poistencovi

Meno a priezvisko poistenca

Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliska:

Diagnóza slovom

Dg. MKCH10

Indikovaná MFNZS - výkon:

Indikovaná MFNZS - liek: *

Kód lieku :

Názov s doplnkom:

Cena za balenie:

Počet balení:

Indikovaná MFNZS - zdravotnícke pomôcky:*

Kód zdravotníckej pomôcky:

Názov:

Cena za kus:

Počet kusov:

Cena spolu v EUR:

podpis a odtlačok pečiatky
primára oddelenia

podpis a odtlačok pečiatky
riaditeľa PZS

Prílohy:

- Medicínske odôvodnenie poskytnutej mimoriadne finančne náročnej zdravotnej starostlivosti na samostatnom liste, ktorý je podpísaný a potvrdený odlačkou pečiatky indikujúceho lekára a primára lôžkového oddelenia u PZS
- *Zoznam, kalkulácia liekov a zdravotníckych pomôcok, ako príloha, ak ich vykázaný počet je väčší .
- Kópie nadobúdacích dokladov (faktúry), ktorými poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dokladuje prevýšenie individuálnych nákladov na hospitalizáciu poistenca

Žiadosť zasiela poskytovateľ zdravotnej starostlivosti na adresu Union zdravotná poisťovňa, a.s., Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava v dvoch vyhotoveniach.