

Térítési díj kalkuláció és nyilatkozat a járóbeteg ellátás igénybevétele esetén

Ön és / vagy Hozzá tartozója a Semmelweis Egyetem Klinikai Központ (SE KK)Klinika/Intézet

betegellátó szervezeti egység által nyújtott egészségügyi szolgáltatás igénybevétele előtt, a térítésmentes ellátásra való jogosultságát, a felvétel napján érvényes TAJ számot tartalmazó Hatósági Bizonyítvány, elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás esetében az EU Kártya (kártyahelyettesítő nyomtatvány) bemutatásával vagy más hiteles információforrás (pl. útlevél, korábbi egészségügyi dokumentáció) segítségével nem tudta igazolni.

Felhívjuk az Ön és/vagy Hozzá tartozója szíves figyelmét arra, hogy az ellátott személy ellátás/osztályos felvétel napján érvényes TAJ számot igazoló okmányát/EU kártyáját az ellátást követő 15 napon belül, a fekvőbeteg felvételi irodában, ambuláns ellátás esetén az ambuláns betegfelvételi pultnál be kell mutatni!

Tájékoztatjuk, hogy az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999.(III.3.) Korm.rend. 4.§ (5) szerint „Abban az esetben, ha az ellátott személy vagy hozzátartozója a TAJ számot igazoló okmányt az ellátást követő 15 napon belül nem mutatja be, az ellátást végző szolgáltató a finanszírozónál kezdeményezi a TAJ szám rendelkezésre bocsátását, az ellátott személy azonosítására szolgáló, rendelkezésre álló adatok (név, születési hely, idő, anyja neve, lakcíme) megküldésével.”

Tájékoztatjuk, hogy a térítésmentes ellátásra való jogosultság igazolásáig, az Térítési díjszabályzatunkban foglaltaknak megfelelően az ellátás költségeit az egészségügyi szolgáltató Önnek kiszámlázza, melyet az ellátás kezdete előtt Önnek meg kell fizetnie.

Amennyiben Önnek az ellátás igénybevételekor fennálló egészségügyi szolgáltatásra való jogosultsága hatósági eljárás keretében az ellátást követően megállapításra kerül, az Egészségügyi szolgáltató az Ön jogviszonya végleges megállapítástól számított 30 napon belül benyújtott kérelmére a megfizetett térítési díjat visszafizeti (43/1999.(III.3.) Korm.rend. 4.§ (5a).

Amennyiben a tervezett ellátást legkésőbb az ellátásra kapott időpontot megelőző 5. munkanapon bármilyen okból lemondja, az előlegszámla alapján megfizetett összeg 90%-ának visszatérítésére jogosult, melyet az Egészségügyi szolgáltató a lemondást követő 15 munkanapon belül teljesít! Az ellátást megelőző 5 munkanapon belüli bármely okból történő lemondás esetén az előlegszámla alapján megfizetett összeg 50%-ának visszatérítésére jogosult, melyet az Egészségügyi szolgáltató a lemondást követő 15 munkanapon belül teljesít!

Beteg neve: Leánykori neve:
 Születési helye: Születési ideje: év hó nap
 Anyja neve: Útlevél száma:
 Állampolgársága:
 Lakás címe (belföldi):
 Lakás címe (külföldi):
 Személyi ig. száma: Kezelés, orvosi vizsgálat napja : év hó nap
 Biztosító neve: Kötvényszám:

Készült: 2 pld-ban

1. pld.: egészségügyi szolgáltató gazdasági iroda
2. pld.: Betegdokumentáció

Az ellátás Térítési díjszabályzat szerinti térítési díja:

elvégzett orvosi vizsgálat, diagnosztikai vizsgálat(ok) megnevezése és bruttó térítési díja:

.....	.....	Ft
.....	.....	Ft
.....	.....	Ft
.....	.....	Ft
.....	.....	Ft

esetleges kezelések megnevezése és térítési díja:

.....	.....	Ft
.....	.....	Ft
.....	.....	Ft
.....	.....	Ft
.....	.....	Ft

Beteg által befizetendő végösszeg: Ft

Budapest, év hó nap

.....
Ellátási elemeket összeállító kezelőorvos aláírása

(P.H.)

.....
**Szervezeti egység gazdasági /
 finanszírozási munkatársa**

Alulírott,
 (beteg/hozzátartozó/képviselő neve nyomtatott betűvel) tudomásul vettem, hogy az SE KK
 Klinikán /Intézetben részemre nyújtott egészségügyi ellátásért felmerülő
 költségeket meg kell fizetnem és nyilatkozom arra, hogy ezen összeg a rendelkezésemre áll, az ellátás megkezdése
 előtt, a számla kézhezvételét követően haladéktalanul átutalom a számlán feltüntetett bankszámla számra.

Tudomásul vettem a tervezett ellátás általam bármilyen okból történő lemondása esetén a fenti tájékoztatóban a
 lemondás esetére leírtakat.

Hozzájárulok továbbá, hogy amennyiben 15 napon belül a térítésmentes ellátásra való jogosultságom igazolására
 szóló jelen felszólításnak nem teszek eleget, TAJ számomat az Egészségügyi szolgáltató az illetékes kormányhivataltól
 lekérdezze.

Budapest, év hó nap

.....
 beteg/hozzátartozó/képviselő aláírása

A beteg a térítési díjat befizette. A befizetési bizonylat száma:

Budapest, év hó nap

.....
**Szervezeti egység gazdasági / finanszírozási
 munkatársa**

Készült: 2 pld-ban

1. pld.: egészségügyi szolgáltató gazdasági iroda
 2. pld.: Betegdokumentáció