

Térítési díj kalkuláció és nyilatkozat a fekvőbeteg 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 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-a 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 Egyetem 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 a befekvésre kapott időpontot megelőző 5. munkanapon bármilyen okból lemondja, az előlegszámla alapján megfizetett összeg 90%-ának visszatérítésére jogosult, melyet az Intézet 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 Intézet a lemondást követő 15 munkanapon belül teljesít!

Beteg neve: Leánykori neve:
 Születési helye: Születési ideje: év hó nap
 Anyja neve: Útlevel száma:
 Állampolgársága:
 Személyi ig. száma:
 Törzsszáma: Felvétel napja: év hó nap
 Lakás címe (belföldi):
 Lakás címe (külföldi):
 Biztosító neve: Kötvényszám:

Tervezett/tényleges ápolási napok száma:

Ápolási napidíj összege: Ft

Készült: 2 pld-ban

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

Az ellátás Térítési díjszabályzat szerinti ellátások és bruttó térítési díjuk:

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

Beültetésre kerülő orvostechikai eszközök

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

A beteg által befizetendő végösszeg: Ft

Tájékoztatjuk, hogy a szolgáltatás teljesítését követően a ténylegesen elvégzett szolgáltatások alapján a kiállított előlegh számla összege felülvizsgálatra kerül, és végszámla kiállítására kerül sor a távozás napján. Amennyiben a teljesítés előtt kiállított előlegh számla összege meghaladja a ténylegesen teljesített szolgáltatás alapján elkészült végszámla összegét, az Egészségügyi szolgáltató a szolgáltatást igénybe vevő által jelen dokumentumban rögzített bankszámlaszámra 15 munkanapon belül teljesíti a különbözet visszautalását. Amennyiben a teljesítés előtt kiállított előlegh számla összege elmarad a ténylegesen teljesített szolgáltatás ellenértékétől, akkor a végszámla szerint még fizetendő összeget a végszámla tartalmazza, melynek fizetési határideje a számla feltüntetett határnap.

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, az előlegh számla kézhezvételét követően haladéktalanul átutalom a számlán feltüntetett bankszámla számra legkésőbb 3 napon belül átutalom.

Tudomásul vettem, hogy a szolgáltatás teljesítését követően a ténylegesen teljesített szolgáltatás ellenértékére tekintettel további fizetési kötelezettségem keletkezhet és vállalom ennek határidőben történő megfizetését.

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

Készült: 2 pld-ban

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

Amennyiben a ténylegesen teljesített szolgáltatás ellenértéke kisebb összegű, mint az általam megfizetett összeg, a különbség összegét az alábbi bankszámlaszámra kérem átutalni:

Hozzájárulok továbbá, hogy amennyiben 15 napon belül a térítésmentes ellátásra való jogosultságom igazolására szóló jelen felszólításnak nem teszek eleget, TAJ számomat az Intézet a NEAK nyilvántartásból lekérdezze.

Budapest, év hó nap

.....
beteg/hozzá tartozó/képviselő aláírása

A beteg az állapotából kifolyólag nyilatkozatot tenni nem tud.

Budapest, év hónap nap

(P.H.)
kezelőorvos aláírása

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

Budapest, év hó nap

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