

Vydávání účtenek za poplatky

Doklad od lékaře

Účtenku pacient nepotřebuje proto, že poplatky u lékaře a doplatky za léky do celkového ročního limitu 5000 korun sledují zdravotní pojišťovny.

Jestliže pacient na poplatcích a doplatcích za léky zaplatí více než pět tisíc korun za rok, zdravotní pojišťovna mu peníze vrátí.

Přesto si ale pacient může u lékaře doklad o zaplacení 30korunového poplatku vyžádat. Na dokladu musí být číslo pojištěnce, razítko a podpis osoby, která poplatek přijala. Jinak bude neplatný

Doklad z lékárny

Od ledna budeme platit 30 korun za každou položku na receptu. Lékař může předepsat pouze dva druhy léků na jeden recept. To znamená, že zaplatíme za každý lék 30 korun, tedy dohromady 60 korun.

A je jedno, kolik dostaneme balení. Od každého léku lékař může předepsat pouze tři balení. Poplatek ale vždy bude stejný a týká se pouze druhu léků, tzn. v uvedeném případě 60 korun.

Co musí obsahovat účtenka
U lékaře
číslo pojištěnce
výši poplatku
datum jeho zaplacení
otisk razítka zdravotnického zařízení
podpis osoby, která poplatek přijala
V lékárně
výše doplatku za lék
uhrazený regulační poplatek a jeho výše
výše doplatku za lék, který se započítává do limitu 5000 korun za rok

V lékárnách jsou pokladny. Běžně lékárník doklad nevydává. I zde si ho můžeme vyžádat a pak na něm bude vytištěn nejen zaplacený doplatek za lék, ale také kolik lék stojí, že jsme zaplatili 30korunový, popřípadě 60korunový regulační poplatek a dále výše doplatku, který se započítává do limitu 5000 korun za rok.

Poplatek za den v nemocnici 60 korun a za návštěvu pohotovosti 90 korun se do limitu nezapočítávají.

Peníze se budou vracet po čtvrtletí

Zdravotní pojišťovna bude soustřeďovat údaje od lékařů i z lékáren, a tak bude mít detailní přehled, kolik který pojištěnec už skutečně na poplatcích a doplatcích za léky zaplatil. Nad 5000 korun musí pojištěnci peníze vrátit.

V případě, že pojištěnec vyčerpá částku 5000 korun dříve než na konci roku, třeba hned v 1. čtvrtletí, platit bude dál a pojišťovna mu peníze vrátí po čtvrtletí. Vyhodnocování, zda byl limit překročen, se totiž bude provádět právě po kalendářních čtvrtletích.

V praxi to bude vypadat tak, že pokud v jednom čtvrtletí pacient překročí limit 5000 korun, ve čtvrtletí následujícím mu pojišťovna musí do 60 dnů uhradit částku, o kterou limit překročil.