



PODNOŠITELJ ZAHTJEVA

POPUNJAVA ZZO BPK-a GORAŽDE

Ime i prezime

Zaprimljeno dana

JMBG

Redni broj

Adresa

Dokumente zaprimio

U Goraždu, _____.____.2023.

ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA

IME I PREZIME OSIGURANIKA _____

JMBG OSIGURANIKA ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

OSNOV OSIGURANJA _____

ADRESA STANOVANJA _____

BROJ TELEFONA _____

BROJ ŽIRORAČUNA ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

OBRAZLOŽENJE

Obraćam se zahtjevom za odobrenje povrata sredstava u iznosu od _____ KM koji je uplaćen
_____ na ime _____.

(naziv bolnice ili druge ustanove)

(zdr.usluga/ortopedsko pomagalo/lijek)

POTPIS PODNOŠITELJA ZAHTJEVA

Napomena: obavezno popuniti sva polja

Uz zahtjev priložiti:

- *medicinsku dokumentaciju na bosanskom jeziku (nalaz specijaliste, otpusno pismo i slično) – kopija;*
- *računi troškova – fiskalni račun (original);*
- *zdravstvena legitimacija – (kopija prve tri strane);*
- *tekući račun banke – (potvrda);*
- *očitanje nalaza – (kopija);*
- *original uputnica ukoliko se radi o zahtjevu osigurane osobe za refundiranje troškova vezanih za usluge pružene u zdravstvenim ustanovama sa kojima Zavod ima Ugovor ili donesen Zaključak Upravnog odbora na osnovu kojeg se može vršiti refundacija za određenu vrstu usluge.*

Napomena: *ukoliko se uz zahtjev prilaže kopija tekućeg računa druge osobe uz zahtjev se obavezno prilaže original punomoć (izuzev djece do 18. godina).*