

БАРАЊЕ ЗА НАДОМЕСТ НА ТРОШОЦИ ЗА МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ



Број на полиса:	Број на картичка:
ОСИГУРЕНИК	
Име и презиме:	ЕМБГ:
Адреса на живеење:	Место:
Телефон:	Е-маил:
ПОДАТОЦИ ЗА МЕДИЦИНСКИ УСЛУГИ	
1. Причина за прво јавување во здравствена установа	
2. Во која здравствена установа е поставена почетната дијагноза	
3. Дата на прва посета на здравствена установа	
4. Поставена дијагноза	
5. Направени медицински услуги	
6. Дали претходно дијагнозата постоела ☐ да ☐ не	
****ако е Да, наведете дата и препишана терапија	
7. Вкупен износ на трошоци за медицински услуги	

Изјавувам дека горенаведените податоци се точни и веродостојни. Го овластувам секој лекар, здравствена установа и аптекар, да може да ги дадат сите информации во врска со пријавениот осигуран случај, доколку бидат пабарани од МАКЕДОНИЈА осигурување, за да може да ги надоместат трошоците.

Задолжителна документација која се приложува со барањето:

- Фактура и фискални сметки -оригинал
- Комплетна медицинска документација- оригинал
- Фотокопија на ИД картичка (од двете страни)
- Лична карта(фотокопија)
- Трансакциска сметка(фотокопија)
- Барање за предавторизација доколку е вршено претходно одбрување на трошоците
- Останати документи на барање на осигурувачот

Место _____ Дата _____ За осигурувач (потпис) _____