

БАРАЊЕ ЗА ЗАКАЖУВАЊЕ НА ПРЕГЛЕД И ПОКРИВАЊЕ НА ТРОШОЦИ



1. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ	
Број на полиса:	Број на картичка:
Име и презиме:	ЕМБГ:
Адреса на живеење:	Место:
Телефон:	Е-маил:

Со потпишување на ова барање, изјавувам дека горенаведените податоци се веродостојни и вистинити. Го овластувам секој лекар и здравствена установа да може овие информации да ги проследи до МАКЕДОНИЈА осигурување, како би можело да ми се надоместат трошоците. Во спротивно, трошоците ќе ги надоместам лично.

2. ЗАКАЖУВАЊЕ НА ПРЕГЛЕД	
Здравствена установа	Матичен број
Дата и час на преглед	
Вид на преглед	
Опис	

3. ПОДАТОЦИ ЗА ТРОШОЦИТЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ УСЛУГИ		
дата	опис на медицински третман	износ
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
Вкупен износ		
Попуст		
Франшиза		
Вкупен износ на мед.услуги		

Место _____ За здравствена установа (потпис и печат) _____

Дата _____ Потпис на осигуреникот _____

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)
- Барање за предавторизација доколку е вршено претходно одбрување на трошоците
- Останати документи на барање на осигурувачот