BROJ:­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DATUM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA**

|  |  |
| --- | --- |
| PODACI O OSIGURANOM LICU | PODACI O LICU - PRIMAOCU NOVCA\* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ime i prezime |  | Ime i prezime |  |
| JMBG |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | JMBG |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adresa |  | **Br.ziro računa** |  |
| Broj mob.tel |  | Broj mob.tel |  |

Predmet zahtjeva za refundaciju troškova**:**

1. liječenje, dijagnostičke usluge, specijalistički pregled
2. lijek
3. medicinsko sredstvo koje se ugrađuje u ljudski organizam
4. medicinsko – tehničko pomagalo
5. putni troškovi u Crnoj Gori
6. ostalo

|  |
| --- |
| PRILOZI UZ ZAHTJEV - ZAOKRUŽITI |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Otpusna lista | 6. | Potvrda ZU Apoteke CG „Montefarm“ |
| 2. | Izvještaj ljekara specijaliste | 7. | Uput izabranog doktora |
| 3. | Potvrda o potrebi putovanja - ovjerena | 8. | Potvrda o odobrenju nabavke pomagala |
| 4. | Recept o propisanom lijeku | 9. | Rezultati obavljenih analiza |
| 5. | Potvrda ZU da nije raspolagala lijekom | 10. | Ostalo |

OBRAZLOŽENJE ZAHTJEVA

|  |
| --- |
|  |

 Podnosilac zahtjeva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*MOLIMO VAS DA ČITKO ISPUNITE ZAHTJEV I NAVEDETE PRECIZNE PODATKE O OSIGURANIKU – PRIMAOCU NOVCA KOJEM SE VRŠI ISPLATA (IME I PREZIME , JMBG, ADRESA I BROJ TELEFONA, ŽIRO RAČUN -TEKUĆI RAČUN PRIMAOCA NOVCA KOD BILO KOJE POSLOVNE BANKE U CRNOJ GORI ).**

Napomena: U medicinskoj dokumentaciji koju prilažete uz zahtjev, rezultate analiza ili dijagnozu bolesti možete zatamniti, a u cilju obezbjeđenja prava na zaštitu privatnosti i povjerljivosti podataka osiguranika (Zakon o zaštiti podataka o ličnosti „Sl. List CG“ br. 79/08, 70/09, 44/12, 22/17, član 13 stav1, tačka 5)