

**OBRAZAC 9 - ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU PUTNIH TROŠKOVA U VEZI SA KORIŠTENJEM  
ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

**PODNOŠLAC ZAHTJEVA**

Zavod zdravstvenog osiguranja  
Zeničko-dobojskog kantona  
72000 Zenica, dr. A. A. Borića 288  
tel:+387 32 466 250; fax:+387 32 466 282



The Health Insurance Institute  
of Zenica-Doboj Canton  
web: www.zzozedo.ba  
e-mail: kzzo.ze@zzozedo.ba

Ime i prezime osiguranog lica:

JMB:

Adresa prebivališta:

Kontakt telefon:

E-mail

## Zahtjev za refundaciju putnih troškova u vezi sa korištenjem zdravstvene zaštite

### KRATAK SADRŽAJ ZAHTJEVA:

(obavezno navesti naziv usluge čija se refundacija traži)

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva: \_\_\_\_\_ Potpis osiguranog lica: \_\_\_\_\_

### PRILOZI

#### I Dokumentacija koju dostavljaju sva osigurana lica ( zaokružiti ):

1. Kopiju medicinske dokumentacije iz koje je vidljivo da je osiguranom licu pružena medicinska usluga u zdravstvenoj ustanovi u koju je upućen (specijalistički nalaz, otpusno pismo);
2. Kopiju Odluke/Saglasnosti kojom se osigurano lice upućuje na liječenje u zdravstvenu ustanovu izvan Zeničko-dobojskog kantona;
3. Original putnu kartu javnog prevoznika (povratnu ili u dva smjera); a za lica iz člana 6. Pravilnika originalni fiskalni račun iz kojeg je vidljivo da je izvršena kupovina goriva
4. Lični transakcijski račun otvoren kod komercijalne banke (ukoliko je uz zahtjev priložena kopija tekućeg računa druge osobe uz zahtjev se prilaže ovjerena punomoć (osim za: djecu do 18 godina, redovne učenike i studente koji nemaju svoj račun i osigurani su kao član porodice osiguranika i osobe pod starateljstvom).

#### II Dokumentacija koju dostavljaju isključivo lica iz člana 6. Pravilnika o visini, kriterijima i načinu refundacije putnih troškova u vezi sa korištenjem zdravstvene zaštite ( zaokružiti ):

1. Kopiju specijalističkog nalaza kojim je dijagnosticirano stanje iz člana 6. ovog Pravilnika;
2. Kopiju Rješenja nadležnog Centra za socijalni rad da je potrebna tuđa njega i pomoć za lica iz člana 6. ovog Pravilnika.

## **OBRAZAC 9 - ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU PUTNIH TROŠKOVA U VEZI SA KORIŠTENJEM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

### **Napomena:**

Lica iz člana 6. Pravilnika o visini, kriterijima i načinu refundacije naknade putnih troškova u vezi sa korištenjem zdravstvene zaštite su:

- lica oboljela od sljedećih neuromišićnih oboljenja: cerebralna paraliza, multipla skleroza, myasthenia gravis i mišićna distrofija,
- lica sa oduzetošću ekstremiteta (paraplegia, quadriplegia, tetraplegia i hemiplegija),
- slijepa lica,
- lica sa teškim mentalnim oštećenjima kategorije 100% (autizam, downov sindrom...)

U skladu sa članom 5. Pravilnika, zahtjev za refundaciju naknade putnih troškova osigurano lice podnosi Zavodu u roku od 30 dana od dana korištenja zdravstvene zaštite.

Zahtjev koji bude zaprimljen nakon proteka roka od 30 dana od dana korištenja zdravstvene zaštite bit će odbačen kao neblagovremen.