

OBRAZAC 2 - ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA NABAVKE LIJEKOVA

PODNOSLAC ZAHTJEVA

Ime i prezime osiguranog lica:

JMB:

Adresa prebivališta:

Kontakt telefon:

E-mail:

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

Zahtjev za refundaciju troškova nabavke lijekova

KRATAK SADRŽAJ ZAHTJEVA:

(obavezno navesti naziv i dozu lijeka)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva:

Potpis osiguranog lica:

PRILOZI

(zaokružiti dostavljenu dokumentaciju)

- 1. Kopija novog specijalističkog nalaza ili otpusnog pisma kojim je indicirano korištenje lijeka
- 2. Original fiskalni račun
- 3. Lični transakcijski račun otvoren kod komercijalne banke
- 4. Ukoliko je uz zahtjev priložena kopija tekućeg računa druge osobe uz zahtjev se prilaže ovjeren 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)
- 5. Ostala dokumentacija