

OBRAZAC 3 - ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA ZDRAVSTVENIH USLUGA

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 zdravstvenih usluga

KRATAK SADRŽAJ ZAHTJEVA:

(obavezno navesti naziv zdravstvene usluge čija se refundacija traži)

Mjesto i datum podnošenja zahtjeva:

Potpis osiguranog lica

PRILOZI

(zaokružiti dostavljenu dokumentaciju)

- 1. Kopija specijalističkog nalaza ili otpusnog pisma kojim je indicirana predmetna zdravstvena usluga
- 2. kopija specijalističkog nalaza ili otpusnog pisma iz kojeg je vidljivo da je predmetna zdravstvena usluga pružena
- 3. Original fiskalni račun
- 4. Lični transakcijski račun otvoren kod komercijalne banke
- 5. 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)
- 6. Ostala dokumentacija