

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 ortopedskih i drugih pomagala

Ime i prezime osiguranog lica:

JMB osigurane osobe:

Adresa stanovanja i broj
telefona:

Broj tekućeg računa:

Naziv ortopedskog ili drugog pomagala za koje se traži refundacija:

UZ ZAHTEJEV SE PRILAŽE:

(zaokružite priloženu dokumentaciju)

- ☐ 1. Račun za ortopedsko i drugo pomagalo - original blok račun/ fiskalni račun
- ☐ 2. Potvrda o potrebi ortopedskog pomagala - sanitarne sprave,
- ☐ 3. Kopija tekućeg računa osiguranog lica,
- ☐ 4. Kopija otpusnog pisma/specijalističkog nalaza Kojim je indicirano korištenje ortopedskog pomagala/sanitarne sprave
- ☐ 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)

Potpis osiguranog lica

Popunjava poslovnica Zavoda:

Iznos za refundaciju u skladu sa Odlukom o obimu prava na korištenje ortopedskih i drugih pomagala, stomatološko-protetske pomoći i stomatološko-protetskih nadomjestaka:

šifra pomagala: iznos:
šifra pomagala: iznos:

Datum:202.....

Potpis i pečat ovlaštene osobe Zavoda: