

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ	
ФИЛИЈАЛА	
ИСПОСТАВА	

**ЗАХТЕВ ЗА РЕФУНДАЦИЈУ ТРОШКОВА
ПРУЖЕНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА**

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА (ОСИГУРАНО ЛИЦЕ)	
Презиме и име	
Адреса	
Број телефона	
ЛБО осигураног лица	
ПОДАЦИ О НАПЛАЋЕНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ УСЛУЗИ	
Назив здравствене установе	
Износ (у динарима)	
Назив здравствене установе или приватне праксе која је пружила и наплатила здравствену услугу	
Име, презиме и специјалност лекара који је пружио здравствену услугу	

Прилози (заокружити број за документацију која се подноси):

- 1) упут за преглед за здравствену установу са евидентираним датумом заказивања прегледа;
- 2) потврда здравствене установе (Образац ПЗ);
- 3) рачун о плаћеној здравственој услузи;
- 4) медицинска документација - фотокопија (специјалистички налаз и др. о пруженој здравственој услузи за коју се подноси захтев за рефундацију);
- 5) фотокопија здравствене књижице или оригинал на увид.

Место, датум

Потпис осигураног лица
