MEDICAL OCUPAŢIONAL

CCDIC

CERERE DE CALCULARE ŞI DECONTARE INTERVENTII CHIRURGICALE

Subsemnatul……..……..……..cu domiciliul în (adresa(1*)) ……..…., localitatea……, judeţul/sectorul……..…… posesor al CI/BI, seria,|_ |_ |, nr.|_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |, CNP|_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |_ |, tel.fix | | | | | | | | | |/tel.mobil | | | | | | | | | |, angajat la ……..……., vă rog să dispuneţi calculul şi decontarea interventiei chirurgicale pentru:

Poz.	Denumirea intervenţiei chirurgicale
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Menţionez că am luat la cunoştiinţă că Asiguratorul va deconta numai cheltuielile pentru intervenţiile chirurgicale acoperite conform contractului de asigurare în vigoare, în condiţiile procedurale stabilite contractual.

Plata se face prin:

□ ***În contul*** nr …….

Banca…….. Sucursala……

Anexez urmatoarele documente:

1. Copie bilet de externare
2. Referat de spitalizare completat şi avizat de Medicul Asigurătorului (Serviciul Medifon)
3. Copie concediu medical (pentru perioada de spitalizare)
4. Copii facturi fiscale (pentru sumele cheltuite în procesul de spitalizare)
5. Copie act identitate (BI/CI)
6. Copie card de asigurat Medoc
7. Alte documente medicale în susținerea solicitării (memoriu, copii recomandări medicale)

DATA……./……./2024,

SEMNATURA,

…….