

CERERE DE CALCULARE ȘI DECONTARE MEDICAMENTE

Subsemnatul.....cu domiciliul în
(adresa(1*))
localitatea....., județul/sectorul..... posesor
al CI/BI, seria, | | |, nr. | | | | | | | | | |, CNP | | | | | | | | | | | | | | |, tel.fix | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |, angajat la, vă rog să
dispuneți calculul și decontarea contravalorii pentru coplata medicamentelor.

Poz.	Denumirea medicamentelor pentru care se solicită decontarea
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Menționez că am luat la cunoștință că Asiguratorul va deconta numai cheltuielile pentru coplata medicamentelor acoperite conform contractului de asigurare în vigoare, în condițiile procedurale stabilite contractual.

Plata se face prin:

În contul nr

Banca..... Sucursala.....

Anexez următoarele documente:

1. Copii ale rețetelor de medicamente
2. Copii ale documentelor fiscale (facturi si bonuri fiscale)
3. Copie BI/CI
4. Copie card asigurat Medoc
5. Raportul medical / Scisoarea medicală semnată și parafată de medicul curant care recomandă tratamentul medicamentos
6. Alte documete în susținerea solicitării (memoriu, copii recomandări medicale și rețete)

DATA...../...../2024,

SEMNATURA,

.....