

**CERERE DE CALCULARE ȘI DECONTARE SERVICII MEDICALE**

Subsemnatul.....cu domiciliul în  
(adresa(1\*)) .....  
localitatea....., județul/sectorul..... posesor  
al CI/BI, seria,|\_ |\_, nr.|\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_, CNP|\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |\_,  
tel.fix | | | | | | | | | | /tel.mobil | | | | | | | | | |, angajat la .....,  
vă rog să dispuneți calculul și decontarea serviciilor medicale /analizelor medicale /  
investigațiilor medicale pentru:

Poz.	Denumirea serviciului medical /analizei medicale / investigatiei medicale
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

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

**Plata se face:**

În contul nr .....  
Banca..... Sucursala.....

**Anexez următoarele documente:**

1. Copie factură fiscală detaliată cu serviciile medicale pentru care se solicită decontarea și bon fiscal
2. Copie BI/CI
3. Copie card asigurat Medoc
4. Raport medical, semnat si parafat de medic si/sau stampilat de furnizorul medical, emis in urma consultului de specialitate
5. Alte documete în susținerea solicitării (memoriu, copii recomandări medicale)

DATA...../...../2023,

SEMNATURA,

.....