

CERERE DE CALCULARE ȘI DECONTARE INTERVENTII CHIRURGICALE

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 intervenției chirurgicale pentru:

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

Menționez că am luat la cunoștință că Asiguratorul va deconta numai cheltuielile pentru intervențiile chirurgicale acoperite conform contractului de asigurare în vigoare, în condițiile 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 și avizat de Medicul Asiguratorului (Serviciul Medifon)
3. Copie concediu medical (pentru perioada de spitalizare)
4. Copie factură fiscală detaliată cu serviciile medicale pentru care se solicită decontarea și bon fiscal (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 (desfășurător de cheltuieli, copii recomandări medicale)
8. Desfasurator de cheltuieli

DATA...../...../2026,

SEMNATURA,

.....