Bosna i Hercegovina
Federacija Bosne i Hercegovine
Bosansko-podrinjski kanton Goražde
ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
BOSANSKO-PODRINJSKOG KANTONA GORAŽDE

Bosnia and Herzegovina
Federation of Bosnia and Herzegovina
Bosnian-Podrinje Canton Gorazde
INSTITUTE FOR HEALTH INSURANCE OF
BOSNIAN-PODRINJE CANTON GORAZDE

PODNOSITELJ ZAHTJEVA

_____

Ime i prezime

_____

JMBG

_____

Adresa

POPUNJAVA ZZO BPK-a GORAŽDE

_____

Zaprimljeno dana

_____

Broj

_____

Dokumente zaprimio

U Goraždu, ___.___.2026.

ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU TROŠKOVA

IME I PREZIME OSIGURANIKA _____

JMBG OSIGURANIKA ___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /

OSNOV OSIGURANJA _____

ADRESA STANOVANJA _____

BROJ TELEFONA _____

BROJ ŽIRORAČUNA ___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /___ /

OBRAZLOŽENJE

Obraćam se zahtjevom za odobrenje povrata sredstava u iznosu od _____ KM koji je uplaćen _____ na ime _____.

(naziv bolnice ili druge ustanove) *(zdr.usluga/ortopedsko pomagalo/lijek)*

POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA

_____

<u>Napomena: obavezno popuniti sva polja</u>

Uz zahtjev priložiti:
- medicinsku dokumentaciju na bosanskom jeziku (nalaz specijaliste, otpusno pismo i slično) – kopija;
- računi troškova – fiskalni račun (original);
- tekući račun banke – (potvrda);
- očitanje nalaza – (kopija);
- original uputnica ukoliko se radi o zahtjevu osigurane osobe za refundiranje troškova vezanih za usluge pružene u zdravstvenim ustanovama sa kojima Zavod ima Ugovor ili donesen Zaključak Upravnog odbora na osnovu kojeg se može vršiti refundacija za određenu vrstu usluge
- posljednje rješenje o odobravanju nabavke imunološke i biološke terapije, kao i odobravanje nabavke dodatnih vrećica za urostomu/ileostomu/kolostomu.
***Napomena:** ukoliko se uz zahtjev prilaže kopija tekućeg računa druge osobe uz zahtjev se obavezno prilaže original punomoć (izuzev djece do 18. godina).*