**Амбасада на САД Македонија**

**(U.S. Embassy in Macedonia)**

**Образец за пријава на штета од приватно здравствено осигурување**

**(Private Health Insurance Claims Form)**

|  |
| --- |
| **A. ПОДАТОЦИ ЗА НОСИТЕЛОТ НА ОСИГУРУВАЊЕ (PRIMARY INSURED) (\*\*\*формуларот се потполнува со печатни букви)** |
| Име и презиме: | Работодавач: |
| Број на полиса: | ЕМБГ: |
| Адреса:  | Телефонски број: | E-адреса: |
| Дата на раѓање: | Пол: | Брачен статус: |
| **Б. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ (DEPENDENT INSURED) (\*\*\*формуларот се потполнува со печатни букви)** |
| Име и презиме: | Работодавач: |
| Број на полиса: | ЕМБГ: |
| Адреса:  | Телефонски број: | E-адреса: |
| Дата на раѓање: | Пол: | Брачен статус: |
| **В. ИНФОРМАЦИИ ЗА ОТШТЕТНОТО БАРАЊЕ** |
| Прва дата на настанување на болеста, повредата, или состојбата (ММ/ДД/ГГ): |
| Лекарска дијагноза поставена при извршениот преглед: |
| Опишете ги детално (со дати) претходните лекувања во врска со оваа состојба (на пр. лекарства, консултации, операциии, престој во болница): |
| **Дали болеста или повредата настанала поради:** | **Дали пациентот има дополнително осигурување:** |
| a.професијата на пациентот: | **Да** | **Не** | a.друго приватно здравствено осигурување:  | **Да** | **Не** |
| б.сообраќајна незгода:  | **Да** | **Не** | б.друга здравствена заштита:  | **Да** | **Не** |
| ц.незгода: | **Да** | **Не** |  |
| **Г. ИНФОРМАЦИИ ЗА ЛЕКАРОТ** |
| Име и презиме на лекарот: |
| Адреса: |
| Телефонски број: | Е-адреса: |
| **Д. ДЕТАЛЕН ОПИС НА СПРОВЕДЕНОТО ЛЕКУВАЊЕ, ПРЕПИШАНИТЕ ЛЕКОВИ И ТРОШОЦИТЕ ЗА ЛЕКУВАЊЕ** |
| **Дата (ММ/ДД/ГГ):** | **Поединечен опис на услугите и препишан лек** | **Цена** | **Валута** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Вкупен износ што пациентот го платил:** |  |  |
| **Вкупен остаток што треба да се плати на здравствената установа:** |  |  |
| **Ѓ. ИНФОРМАЦИИ ВО ВРСКА СО ПЛАЌАЊЕТО** |
| **Број на трансакциона сметка на осигуреникот/договорувачот:** |
| **ВАЖНА НАПОМЕНА: Лицето кое со знаење пополнува изјава за Отштетно барање што содржи какво било погрешно толкување, или лажни, непотполни информации или дезинформации, може да одговара за кривично дело што се казнува со закон и може да подлежи на парична казна.** |
| **Јас осигуреникот/договорувач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ под потполна морална материјална и кривична одговорност, изјавувам дека горенаведените одговори и факти се вистинити и точни, според сите мои сознанија. Го овластувам мојот матичен лекар или било кој друг лекар кој што ме има лекувано, здравствена установа, аптека, осигурително друштво, работодавач, синдикат или здружение да даде информација во врска со мојата здравствена состојба и претходни лекувања.**  Начин на пријава на штета: [ ] Лично [ ]  Електронски [ ]  Телефон/Факс**Потпис\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Signature Date |

|  |
| --- |
| **Важни инструкции за пријава на штета по мејл:****1.**Образецот за пријава на штети задолжително се пополнува целосно и детално во сите точки (од А до Д) при што се приложува и целосната медицинска документација во скенирана форма;**2.**Медицинската документација, како лекарски наоди (на пример: ехо наоди, лабараториски наоди и сл.), рецепти за препишани лекови, фискалните сметки за платените трошоци за лекување и слично, задолжително се скенира и се праќа во атачмент;**3.**Ви препорачуваме, доколку сте во можност, за Ваша дополнителна сигурност во однос на податоците, атачираните документи да ги испратите во криптирана форма;**4.**Фискалните сметки, иако при пријава на штета не се потребни во оригинал, задолжително се чуваат во период од 1 година од датумот на пријава на штета, и се доставуваат на увид доколку Еуролинк утврди дека е потребна проверка на истите. Во случај да се потребни, а не сте во можност да ги доставите фискалните сметки на увид, Еуролинк има право да побарува поврат на исплатените средства по предметните фискални сметки. |