

Acest document se completează de către instituția medicală

Raport financiar

Acest document se completează numai în cazul în care documentele justificative de achitare a serviciilor medicale nu sunt detaliate la nivel de cost per serviciu medical.

Vă rugăm să scrieți citeț, iar în cazul în care spațiul alocat este insuficient vă rugăm să folosiți o foaie suplimentară (care trebuie semnată, datată și parafată)

Secțiunea I: Detalii Asigurat (se completează de către Asigurat):

Numele pacientului: _____

CNP | | | | | | | | | | | | | | | |

Secțiunea II: Servicii medicale efectuate (se completează de către instituția medicală):

fiecare serviciu medical efectuat va fi completat pe câte un rând, iar în dreptul serviciului efectuat se va completa prețul aferent serviciului

Nr.	Denumire serviciu medical	Data efectuării	Suma achitată - RON
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Suma totală achitată			

Secțiunea III: Notă pentru Asigurat

Informații cu privire la statusul dosarului dumneavoastră de rambursare puteți afla apelând numărul de telefon de mai jos sau la adresa de e-mail rambursare@suportsanatate.ro :



Call Center **Signal Iduna**
021.9910

Subsemnații, sub sancțiunea aplicabilă faptei de fraudă în asigurări, declarăm că cele completate mai sus sunt complete și corecte.

Semnătura și parafa medicului: _____

Data semnării: _____

Ștampila instituției medicale: _____

Semnătura pacientului: _____

Data semnării: _____