



ЕВРОПЕЙСКА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА
И ОСИГУРИТЕЛНА КОМПАНИЯ

гр. София 1000, ул. "6-ти септември" № 45, ет. 1, e-mail: info@ehif.eu; тел: 0700 20 520; 02 921 82 85; 02 921 82 87

Моля преди да подадете Вашето заявление за възстановяване на разходи, проверете съдържа ли всички необходими документи:

▪ За извънболнични консултации и лечение:

- ✓ Заявление за възстановяване на разходи /образец на ЕЗОК ЗАД, който можете да изтеглите от сайта ни/;
- ✓ Амбулаторен лист (по образец на Националната здравноосигурителна каса/НЗОК) или друг медицински документ, удостоверяващ извънболничната консултация или лечение-оригинал или копие;
- ✓ Фактура в оригинал, издадена на името на застрахованото лице, с описани поотделно позиции при повече от една;
- ✓ Фискален бон;

▪ За извънболнични диагностични изследвания:

- ✓ Заявление за възстановяване на разходи /образец на ЕЗОК ЗАД, който можете да изтеглите от сайта ни/;
- ✓ Амбулаторен лист по образец на НЗОК или друг медицински документ, удостоверяващ необходимостта от диагностични изследвания (медицинско назначение)- оригинал или копие;
- ✓ Копие на резултатите от извършените изследвания;
- ✓ Фактура в оригинал, издадена на името на застрахованото лице, с описани поотделно позиции при повече от една;
- ✓ Фискален бон;

▪ За болнична помощ:

- ✓ Заявление за възстановяване на разходи /образец на ЕЗОК ЗАД, който можете да изтеглите от сайта ни/;
- ✓ Епикриза –оригинал или копие;
- ✓ Фактура в оригинал издадена на името на застрахованото лице, с описани поотделно позиции при повече от една;
- ✓ Фискален бон;

▪ За лекарствени средства:

- ✓ Заявление за възстановяване на разходи /образец на ЕЗОК ЗАД, който можете да изтеглите от сайта ни/;
- ✓ Рецепта;
- ✓ Амбулаторен лист (по образец на Националната здравноосигурителна каса/НЗОК) или друг медицински документ за извършен медицински преглед или епикриза, **където да фигурират изписаните на рецептата лекарствени средства;**
- ✓ За лицата с хронични заболявания – копие на рецептурна книжка;
- ✓ Фактура в оригинал, издадена на името на застрахованото лице, с описани поотделно вида на предоставените медицински услуги при повече от една;
- ✓ Фискален бон;

▪ За стъкла за очила за корекция на зрението и/или контактни лещи:

- ✓ Заявление за възстановяване на разходи (по образец на ЕЗОК ЗАД, което е достъпно на уеб страницата ни);
- ✓ Рецепта;
- ✓ Амбулаторен лист (по образец на Националната здравноосигурителна каса/НЗОК) или друг медицински документ (еквивалент) за извършен медицински преглед, където да фигурират изписаните на рецептата стъкла за очила за корекция на зрението и/или контактни лещи;
- ✓ Фактура в оригинал, издадена на името на застрахованото лице, с описани поотделно вида на предоставените медицински услуги при повече от една;

▪ За дентални услуги:

- ✓ Заявление за възстановяване на разходи /образец на ЕЗОК ЗАД, който можете да изтеглите от сайта ни/;
- ✓ Амбулаторен лист (по образец на Националната здравноосигурителна каса/НЗОК) или по образец на **ЕЗОК ЗАД**, който можете да изтеглите от сайта ни, с описани поотделно манипулации с дата на извършването им;

- ✓ Фактура в оригинал, издадена на името на застрахованото лице, с описани поотделно позиции при повече от една;
- ✓ Фискален бон;

▪ За санаториално лечение:

- ✓ Заявление за възстановяване на разходи (по образец на ЕЗОК ЗАД, което е достъпно на уеб страницата ни);
- ✓ Медицински документ с назначение, в който ясно да е отбелязано, че пациента се насочва санаториално лечение в специализирана болница за рехабилитация и санаториално лечение за решаването на съответен здравен проблем;
- ✓ Епикриза от проведеното санаториално лечение;
- ✓ Физиопроцедурен картон с проведените процедури;
- ✓ Фактура и фискален бон в оригинал, издадени на името на застрахованото лице, с отделно описани позиции и цени;

▪ За допълнителни услуги при предоставяне на медицинска помощ:

- ✓ Заявление за възстановяване на разходи (по образец на ЕЗОК ЗАД, което е достъпно на уеб страницата ни);
- ✓ Медицински документ, удостоверяващ необходимостта от услугата, издаден от лекуващия лекар;
- ✓ Фактура и фискален бон в оригинал, издадени на името на застрахованото лице, с отделно описани позиции и цени;

Допълнителни условия:

***Заявленията за възстановяване на разходи се изпращат в офиса на ЕЗОК ЗАД, гр. София, ул. 6-ти септември, № 45, ет.1. (в срок до 90 дни от настъпването на събитието)**

***Всички формуляри на искове трябва да съдържат точно изброени и приложени фактури, отговарящи на ЗДДС (Закон за ДДС) и ЗС (Закон за счетоводството) и притежаващи следните реквизити:**

- ✓ Име и ЕГН на пациента;
- ✓ Десетразряден номер на фактурата;
- ✓ Дата и място на издаване;
- ✓ Името, практиката и печат на практикуващия медицински специалист или лечебното заведение;
- ✓ Описание на предоставените услуги поотделно по вид и цена, при повече от една, вкл. обща стойност цифром и словом;
- ✓ Начин на плащане;
- ✓ Получател: подпис;

***Всеки Амбулаторен лист или еквивалентен на него трябва да съдържа:** Амбулаторен лист № и дата; всички реквизити на лекаря и пациента; основна диагноза, анамнеза, състояние, изследвания, терапия (при назначена такава), вид на прегледа; подпис на пациента и подпис и печат на лекаря.

***Срокът за възстановяване на разходи е 15 работни дни, след входиране на всички изискуеми медицински и финансови документи, по личните банкови сметки на застрахованите лица.**