

Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања

Правилник је објављен у "Службеном гласнику РС", бр. [10/2010](#), [18/2010](#), [46/2010](#), [52/2010](#), [80/2010](#), [1/2013](#), [108/2017](#) и [82/2019](#) - други пропис. Види: [Одлуку УС РС](#) IУо број 1640/2010 - 60/2011-101.

I. ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Овим правилником ближе се уређују начин и поступак остваривања права осигураних лица из обавезног здравственог осигурања, услови и начин коришћења здравствене заштите и других права из обавезног здравственог осигурања код изабраног лекара, начин и поступак слободног избора изабраног лекара, односно промене изабраног лекара као и начин додељивања, коришћења и контроле јединственог идентификационог броја лекара.

Члан 2.

Осигураници из чл. 17, 22. и 23. Закона о здравственом осигурању ("Службени гласник РС", бр. 107/05 и 109/05 - исправка; у даљем тексту: Закон), чланови њихових породица као и лица из члана 28. Закона, остварују права из обавезног здравственог осигурања у складу са Законом и овим правилником.

II. УТВРЂИВАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

Члан 3.

Својство осигураног лица утврђује матична филијала на основу пријаве на обавезно здравствено осигурање (у даљем тексту: пријава) коју подноси правно или физичко лице у складу са Законом и овим правилником.

Члан 4.

За осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1) и 2), тач. 4)-8), тач. 10), 11) и 13), тач. 15)-18), тачка 21) и тачка 24) Закона, у случају када на подручју филијале постоји разлика у месту пребивалишта осигураника и седишта обвезника уплате доприноса, пријава на обавезно здравствено осигурање подноси се према седишту обвезника уплате доприноса.

Став 1. овог члана примењује се и код пријаве на обавезно здравствено осигурање за осигураника страног држављанина из члана 17. став 1. тач. 10) и 24) Закона, који нема пребивалиште на територији Републике Србије.

Члан 5.

Лицу које је запослено код два или више послодаваца својство осигураника утврђује се на основу пријаве једног од послодаваца и издаје се само једна исправа о осигурању.

У случају из става 1. овог члана својство осигураника утврђује се на основу пријаве коју подноси послодавац код кога запослени ради већи број часова недељно.

Уколико запослени код послодаваца ради исти број часова недељно, својство осигураника утврђује се на основу пријаве послодавца који је први поднео пријаву.

Члан 6.

Подносилац пријаве дужан је уз пријаву за осигуранике из члана 17. Закона, да достави:

1) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1) и 2), тач. 4)-7), тач. 9)-11), тач. 13) и 14), тачка 16) и тачка 24) Закона, уговор о раду, или акт о заснивању радног односа, односно други одговарајући уговор о обављању одређених послова на основу којих се остварује накнада;

2) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 3) Закона, акт о избору, именовану или постављењу на функцију за чије обављање остварују зараду, односно плату или накнаду зараде;

3) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 8) Закона, решење о неплаћеном одсуству због неге детета до три године живота док му мирују права и обавезе по основу рада у складу са прописима о раду;

4) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 12) Закона, потврду од Националне службе за запошљавање до доношења решења, односно решење Националне службе за запошљавање о утврђивању права на новчану накнаду по основу незапослености и личну изјаву осигураника да ће сносити трошкове здравствене заштите за случај да не оствари право на новчану накнаду;

5) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 15) Закона, отказ уговора о раду или закључену радну књижицу, извештај о повреди на раду, извештај о професионалном обољењу и извештај о привременој спречености за рад;

6) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 17) Закона, акт о упису у регистар надлежног органа и акт о обављању пословодствених овлашћења и послова управљања;

7) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 18) и 19) Закона, акт о регистрацији самосталне делатности, односно акт о упису у регистар надлежног органа, односно потврду одговарајућег удружења;

8) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 20) Закона, акт о избору или постављењу свештеника, односно верског службеника;

9) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 21) Закона, легитимацију носиоца пољопривредног газдинства издату од надлежног органа, или решење о утврђивању пореза на катастарски приход, или уговор о давању, односно узимању у закуп пољопривредног земљишта, или уговор о уступању пољопривредног земљишта, или потврду о пријави Фонду пензијског и инвалидског осигурања или личну изјаву;

10) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 22) Закона решење о утврђивању права на пензију, односно права на новчану накнаду према прописима о пензијском и инвалидском осигурању, односно до доношења решења - потврду Фонда за пензијско и инвалидско осигурање да је поднет захтев за утврђивање права на пензију, односно новчану накнаду и личну изјаву осигураника да ће сносити трошкове здравствене заштите за случај да не оствари право на пензију, односно новчану накнаду;

11) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 23) Закона, акт о утврђивању права на пензију или инвалиднину иностраног носиоца осигурања;

12) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 25) Закона, потврду, односно уверење о школовању или стручном усавршавању.

Члан 7.

Подносилац пријаве дужан је уз пријаву за осигуранике из члана 22. Закона, да достави:

1) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 1) Закона - пријаву о пребивалишту, извод из матичне књиге рођених, а за децу од 15 до 26 година живота која су на школовању и потврду школе, односно високошколске установе да су на школовању, а за децу и омладину - скитнице из прихватних станица и прихватилишта до 15 година живота - потврду или другу врсту доказа који издаје прихватна станица, односно прихватилиште са утврђеним идентификационим подацима о том лицу;

2) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 2) Закона - пријаву о пребивалишту, потврду изабраног лекара - гинеколога о планирању породице, трудноћи и порођају, а за материнство до 12 месеци након порођаја - извод из матичне књиге рођених за дете;

3) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 3) Закона - фотокопију личне карте;

4) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 4) Закона - пријаву о пребивалишту, акт надлежног органа (решење или потврда) о инвалидитету са оценом лекарске комисије о постојању инвалидитета, односно недовољној менталној развијености, а за осигуранике којима је решењем општинског органа управе надлежног за борачку и инвалидску заштиту утврђен инвалидитет у складу са законом - пријаву о пребивалишту и решење надлежног органа о

инвалидитету;

5) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 5) Закона - пријаву о пребивалишту и мишљење лекарске комисије да се осигураник лечи од наведених обољења, односно да је пружена медицинска помоћ била хитна, односно потврду здравствене установе да је лице давалац, односно прималац ткива и органа;

6) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 6) Закона - потврду старешине манастира;

7) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 7) Закона - пријаву о пребивалишту и акт надлежног органа (решење) којим је признато право на материјално обезбеђење по прописима о социјалној заштити, односно по прописима о заштити бораца, војних инвалида и цивилних инвалида рата;

8) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 8) Закона - пријаву о пребивалишту и акт надлежног органа (решење) којим је признато право на сталну новчану помоћ као и помоћ за смештај у установу социјалне заштите или у другу породицу по прописима о социјалној заштити, а за децу без родитељског старања, за коју надлежни орган није донео акт (решење) о смештају у установу социјалне заштите или у другу породицу - потврду или другу врсту доказа надлежног органа са утврђеним идентификационим подацима о детету, до доношења решења;

9) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 9) Закона - пријаву о пребивалишту, фотокопију радне књижице, изјаву о члановима породице и приходима по члану породице и доказ да је месечни износ прихода подносиоца пријаве испод цензуса прописаног актом из члана 22. став 2. Закона;

10) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 10) Закона - пријаву о пребивалишту и потврду о служењу војног рока храниоца породице, односно потврду надлежног органа да је члан породице корисник помоћи;

11) за осигуранике из члана 22. став 1. тачка 11) Закона - личну изјаву да је лице ромске националности и пријаву боравка, односно личну изјаву о месту привременог боравка;

12) за осигуранике из члана 22. став 4. Закона - фотокопију избегличке легитимације, односно фотокопију легитимације прогнаног лица, изјаву о члановима породице и приходима по члану породице и доказ да је месечни износ прихода подносиоца пријаве испод цензуса прописаног актом из члана 22. став 2. Закона.

Осигураници из става 1. овог члана који имају личну карту, нису дужни да, уз пријаву, подносе и пријаву о пребивалишту.

Изузетно од става 1. овог члана, подносилац пријаве дужан је да, за децу и омладину - скитнице из прихватних станица и прихватилишта старије од 15 година живота, у зависности од основа осигурања из члана 22. Закона, уз пријаву, уместо извода из матичне књиге рођених и пријаве о пребивалишту, односно боравишта, достави потврду или другу врсту доказа који издаје прихватна станица, односно прихватилиште са утврђеним идентификационим подацима о том лицу.

Када се уз пријаву, из става 1. овог члана, као доказ подноси фотокопија исправе, на увид се доставља и њен оригинал.

Подносилац пријаве из става 1. тач. 1)-12) овог члана, дужан је да уз пријаву достави и личну изјаву да нема основа за обавезно здравствено осигурање по члану 17. Закона или као члан породице осигураника.

Члан 8.

За лица која се укључују у обавезно здравствено осигурање из члана 23. Закона и чланове њихових породица, исправе које се подносе уз пријаву прописане су општим актом Републичког фонда за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички фонд), којим се уређује начин и поступак укључивања у обавезно здравствено осигурање.

Члан 9.

За чланове уже породице осигураника из чл. 17. и 22. Закона, подносилац пријаве дужан је уз пријаву да достави:

1) за супружника - извод из матичне књиге венчаних, а за разведеног супружника - судску одлуку којом је утврђено право на издржавање;

2) за ванбрачног супружника - оверену изјаву ванбрачних партнера да постоји трајнија заједница живота између њих (две и више година), као и да не постоје законом прописане брачне сметње, оверену изјаву два сведока да ванбрачна заједница траје дуже од две године, дату пред надлежним органом, оверену фотокопију личне карте из које се може видети да је пријава пребивалишта за оба ванбрачна партнера на заједничкој адреси;

3) за дете рођено у браку или ван брака - извод из матичне књиге рођених;

4) за усвојено дете - одлуку надлежног органа о усвојењу;

5) за пасторка - извод из матичне књиге рођених за дете и извод из матичне књиге венчаних за родитеља;

6) за дете узето на издржавање - одлуку надлежног органа о утврђивању обавезе издржавања.

За дете из става 1. овог члана које је старије од 18 година, а налази се на школовању, најкасније до навршених 26 година живота потребно је доставити и потврду школе, односно високошколске установе да је на школовању.

За дете из члана 26. став 2. Закона, потребно је доставити оцену лекарске комисије матичне филијале.

За дете из члана 26. став 3. Закона потребно је доставити налаз органа вештачења по прописима о пензијском и инвалидском осигурању.

За дете из члана 26. став 4. Закона потребно је доставити налаз органа вештачења по прописима о пензијском и инвалидском осигурању и акт о издржавању по прописима о породичној заштити.

Члан 10.

За чланове шире породице осигураника из члана 17. Закона, подносилац пријаве дужан је уз пријаву да достави:

1) за родитеље - извод из матичне књиге рођених за осигураника преко ког треба да остваре права из обавезног здравственог осигурања;

2) за оцуха, маћеху - извод из матичне књиге рођених за осигураника преко којег треба да остваре права из обавезног здравственог осигурања и извод из матичне књиге венчаних за родитеља;

3) за усвојитеља - акт о усвојењу, односно извод из матичне књиге рођених;

4) за деду и бабу - извод из матичне књиге рођених за осигураника преко којег треба да остваре права из обавезног здравственог осигурања и извод из матичне књиге рођених родитеља осигураника;

5) за унучад - изводе из матичних књига рођених као доказе о сродству;

6) за браћу и сестре - изводе из матичних књига рођених као доказе о сродству и акт о издржавању у смислу прописа о породичној заштити, налаз органа вештачења по прописима о пензијском и инвалидском осигурању.

За лица из става 1. тач. 1-4. овог члана, потребно је доставити и акт о издржавању по прописима о породичној заштити, а у случају да су та лица млађа од 65 година и налаз органа вештачења по прописима о пензијском и инвалидском осигурању.

Члан 11.

За лица из члана 28. став 1. Закона, подносилац пријаве дужан је уз пријаву да достави:

1) за лица из члана 28. став 1. тачка 1) - потврду школе, односно високошколске установе да је лице на обавезном производном раду, професионалној пракси или практичној настави;

2) за лица из члана 28. став 1. тачка 2) - уговор о волонтерском раду;

3) за лица из члана 28. став 1. тачка 3) - уговор о привременим и повременим пословима преко омладинске, односно студентске задруге;

4) за лица из члана 28. став 1. тачка 4) - потврду надлежне организације за запошљавање да је лице упућено на додатно образовање и обуку;

5) за лица из члана 28. став 1. тачка 5) - потврду организатора јавних радова да је лице учесник организованих јавних радова;

6) за лица из члана 28. став 1. тачка 6) - потврду надлежног органа да је лице учесник у акцији спасавања;

7) за лица из члана 28. став 1. тачка 7) - потврду ватрогасне службе да је лице ангажовано у ватрогасној служби за гашење пожара или је на обуци у ватрогасној служби;

8) за лица из члана 28. став 1. тачка 8) - потврду надлежног органа да је лице на осposбљавању и обучавању за потребе одбране земље;

9) за лица из члана 28. став 1. тачка 9) - потврду организатора јавног скупа да је лице ангажовано на обезбеђивању јавног скупа, културних и спортских догађаја и других јавних окупљања грађана;

10) за лица из члана 28. став 1. тачка 10) - потврду надлежног органа да лице које је на издржавању казне затвора ради у привредној јединици завода или на другом месту рада.

Члан 12.

Подносилац пријаве из чл. 6, 9, 10. и 11. овог правилника, дужан је да уз пријаву достави и фотокопију личне карте као и личну карту на увид.

Када први пут пријављује осигураника у свакој од филијала Републичког фонда, подносилац пријаве на осигурање из члана 6. овог правилника, дужан је да, уз пријаву на осигурање, поднесе образац ОПД за пријаву, промену и одјаву пословања.

Изузетно од става 2. овог члана, за правне субјекте који се региструју код Агенције за привредне регистре, податке садржане у обрасцу ОПД, Републичком фонду доставља Агенција за привредне регистре по службеној дужности.

Члан 13.

На основу пријаве и доказа наведених у члану 6. овог правилника, својство осигураника стиче се:

- 1) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 1), 2), тач. 4)-7), тач. 9)-11), тачка 16) и тачка 24) Закона, даном заснивања радног односа;
- 2) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 3) Закона, даном избора, именовања или постављења;
- 3) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 8) Закона, даном почетка коришћења неплаћеног одсуства због неге детета до три године живота;
- 4) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 12) Закона, даном утврђивања права на новчану накнаду по основу незапослености од Националне службе за запошљавање;
- 5) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 13) и 14) Закона, даном почетка обављања привремених и повремених послова, односно даном закључења уговора;
- 6) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 15) Закона, наредног дана од дана престанка радног односа;
- 7) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 17) Закона, даном доношења акта о упису у регистар надлежног органа, односно даном доношења акта о обављању пословодствених овлашћења и послова управљања;
- 8) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 18) и 19) Закона, даном почетка обављања самосталне делатности, односно уписа у одговарајући регистар, односно даном учлањења у одговарајуће удружење;
- 9) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 20) Закона, даном постављења свештеника, односно верског службеника;
- 10) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 21) Закона, даном подношења пријаве;
- 11) за осигуранике из члана 17. став 1. тач. 22) и 23) Закона, даном пензионисања;
- 12) за осигуранике из члана 17. став 1. тачка 25) Закона, даном почетка школовања, односно стручног усавршавања.

На основу пријаве и доказа наведених у члану 7. овог правилника, својство осигураника из члана 22. Закона, стиче се даном подношења пријаве.

Изузетно од става 2. овог члана, својство осигураника из члана 22. став 1. тачка 5) Закона у вези са пружањем хитне медицинске помоћи, стиче се даном пружања хитне медицинске помоћи.

Својство члана породица осигураника из ст. 1. и 2. овог члана, стиче се даном подношења пријаве.

Члан 14.

Уз пријаву промене у току осигурања подносиоци пријаве дужни су да матичној филијали доставе одговарајуће доказе у зависности од тога који се податак мења.

Члан 15.

Уз одјаву са обавезног здравственог осигурања, подносиоци одјаве дужни су да матичној филијали доставе доказ на основу кога осигураном лицу престаје основ по коме је то својство признато.

Уз одјаву са обавезног здравственог осигурања у складу са чланом 20. Закона, осигураник - пољопривредник подноси следеће доказе:

- 1) оцену лекарске комисије матичне филијале да је неспособан за самостални рад и остваривање прихода;
- 2) потврду фонда пензијског и инвалидског осигурања да није остварио право на пензију;
- 3) доказ да су приходи осигураника испод прихода утврђених актом из члана 22. став 2. Закона.

Члан 16.

Пријаву, пријаву промене и одјаву са обавезног здравственог осигурања, за осигуранике из члана 3. став 2. овог правилника, подносилац пријаве може да поднесе и филијали на чијем подручју је седиште обвезника уплате доприноса, односно седиште пословне јединице.

Филијала којој је поднета пријава, пријава промене или одјава са обавезног здравственог осигурања из става 1. овог члана, дужна је да истог дана матичној филијали достави пријаву, пријаву промене, односно одјаву са обавезног здравственог осигурања.

III. ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1. Остваривање права на здравствену заштиту

Члан 17.

Осигурано лице остварује здравствену заштиту у здравственој установи, односно код другог даваоца здравствених услуга (у даљем тексту: здравствена установа), који има седиште на подручју матичне филијале са којим је закључен уговор о пружању здравствене заштите.

Осигурано лице остварује здравствену заштиту и код здравствене установе, односно код другог даваоца здравствених услуга ван подручја матичне филијале под условима прописаним Законом и овим правилником.

Осигурано лице остварује здравствену заштиту на основу оверене здравствене књижице или оверене потврде о коришћењу здравствене заштите (у даљем тексту: исправа о осигурању).

У случају да исправа о осигурању није оверена, због тога што доспели допринос за обавезно здравствено осигурање није плаћен, односно није плаћен у целини, право на здравствену заштиту осигурано лице може да користи само у случају хитне медицинске помоћи.

1.1. Здравствена заштита код здравствених установа који обављају здравствену делатност на примарном нивоу

Члан 18.

Осигураном лицу обезбеђује се право на слободан избор здравствене установе са којим је матична филијала закључила уговор о пружању здравствене заштите, односно слободан избор лекара (у даљем тексту: изабрани лекар) у складу са Законом и овим правилником.

Избор изабраног лекара

Члан 19.

Изабрани лекар у смислу члана 18. овог правилника је:

- (1) доктор медицине или доктор медицине специјалиста за област опште медицине, односно специјалиста медицине рада,
- (2) доктор медицине специјалиста педијатрије,
- (3) доктор медицине специјалиста гинекологије,
- (4) доктор стоматологије.

Осигурано лице може да има само једног изабраног лекара из грана медицине наведених у ставу 1. овог члана.

Осигурано лице бира изабраног лекара, и то:

- осигурано лице женског пола старије од 15 година живота, поред изабраног лекара из става 1. тачка (1), односно тачке (2) овог члана, има и изабраног лекара доктора медицине специјалисту гинекологије;

- дете школског узраста до завршетка средње школе, има изабраног лекара из става 1. тачка (2) овог члана, односно доктора медицине у служби за здравствену заштиту деце школског узраста дома здравља;

- дете до навршених 18 година живота, поред изабраног лекара из става 1. тачка (2) овог члана, има изабраног лекара доктора стоматологије;

- осигурано лице старије од 65 година живота, поред изабраног лекара из става 1. тачка (1), односно тачке (3) овог члана, има изабраног лекара доктора стоматологије;

- жена у вези са трудноћом и 12 месеци после порођаја; осигурано лице пре трансплантације бубрега, односно операције на срцу; у преоперативном и постоперативном третману малигних болести максиларног предела; осигурано лице са урођеним и стеченим тежим деформитетом лица и вилице у оквиру преоперативног и постоперативног третмана; осигурано лице у оквиру посттуморске рехабилитације и реконструкције, може да има изабраног лекара доктора стоматологије;

- осигурано лице које је у терминалној фази болести, непокретно, односно покретно уз помоћ других лица, у зависности од година живота, има изабраног лекара из става 1. тач. (1) или (2) овог члана у служби кућног лечења, ако је служба кућног лечења организована у здравственој установи која обавља здравствену делатност на примарном нивоу.

Лекар из става 1. овог члана као осигурано лице дужан је да изабере другог лекара као свог изабраног лекара у складу са Законом и овим правилником.

Осигурано лице бира изабраног лекара, по правилу, код здравствене установе на подручју матичне филијале.

Члан 20.

У остваривању права из обавезног здравственог осигурања за осигурана лица из члана 19. овог правилника, надлежна је лекарска комисија матичне филијале према седишту здравствене установе у којој осигурано лице има изабраног лекара.

Члан 21.

Изузетно од члана 19. став 5. овог правилника:

1) осигурано лице смештено у установу социјалне заштите бира изабраног лекара у установи социјалне заштите у којој је организовано обављање здравствене делатности;

2) осигурано лице смештено у установу социјалне заштите у којој не може да се обезбеди изабрани лекар, бира изабраног лекара у дому здравља који је најближи установи социјалне заштите у којој је смештено;

3) осигурана лица - студенти бирају изабраног лекара у дому здравља према свом пребивалишту или у месту студирања код здравствене установе која обавља здравствену делатност здравствене заштите студената ако таква здравствена установа постоји у месту студирања, а ако таква здравствена установа не постоји у месту студирања, изабраног лекара студенти бирају у дому здравља у месту студирања;

4) осигурана лица - ученици бирају изабраног лекара у служби за здравствену заштиту деце школског узраста дома здравља према свом пребивалишту или у служби за здравствену заштиту деце школског узраста дома здравља у месту школовања.

Осигурана лица - ученици могу да бирају изабраног лекара у лекарској ординацији у школи, уколико је таква ординација организована у оквиру службе за здравствену заштиту деце школског узраста дома здравља.

5) осигурана лица - деца за време привременог боравка у хранитељској породици, бирају изабраног лекара у дому здравља према пребивалишту хранитеља,

6) осигурана лица - чланови породице и разведени супружник, бирају изабраног лекара у дому здравља према свом пребивалишту,

7) осигурана лица - чланови породице изабраних, именованих или постављених лица која за обављање функције остварују зараду, односно плату или накнаду зараде, бирају изабраног лекара у дому здравља према свом пребивалишту,

8) осигурана лица - чланови породице лица која обављају привремене и повремене послове преко омладинске, односно студентске задруге, бирају изабраног лекара у дому здравља према свом пребивалишту,

9) осигураници - запослени у Министарству унутрашњих послова и Безбедносно-информативној агенцији, за време док привремено раде ван места свог пребивалишта, бирају изабраног лекара код здравствене установе у месту где раде,

10) осигурана лица - чланови породице запослених у Министарству унутрашњих послова и Безбедносно-информативној агенцији, бирају изабраног лекара у дому здравља према свом пребивалишту.

Члан 22.

У остваривању права из обавезног здравственог осигурања за осигурана лица из члана 21. овог правилника, надлежна је лекарска комисија према седишту здравствене установе у којој осигурано лице има изабраног лекара.

Лекарска комисија из става 1. овог члана, о својој оцени, мишљењу и предлогу, дужна је да у року од три дана од дана доношења оцене, мишљења и предлога обавести матичну филијалу осигураног лица.

Члан 23.

Осигурано лице врши избор лекара из члана 19. овог правилника, по правилу, на период од најмање једне календарске године. Осигурано лице може променити изабраног лекара и пре истека периода на који га је изабрало.

Ако осигурано лице из става 1. овог члана, по истеку календарске године, настави да користи здравствену заштиту код истог изабраног лекара, сматра се да је извршило избор лекара за наредну календарску годину, без попуњавања обрасца изјаве из члана 24. овог правилника.

Члан 24.

Осигурано лице врши избор лекара попуњавањем и потписивањем обрасца изјаве о избору и промени изабраног лекара (у даљем тексту: изјава).

Приликом првог одласка код изабраног лекара, осигурано лице предаје изабраном лекару један примерак потписаног обрасца изјаве о избору изабраног лекара.

Члан 25.

Изабраног лекара за дете до 18 година старости бира родитељ, усвојитељи, старатељ или хранитељ.

Осигураном лицу које нема пословну способност, изабраног лекара бира старатељ.

За осигурано лице које није у могућности да попуни и потпише изјаву код здравствене установе, изјаву може да попуни и потпише друго лице које осигурано лице писмено овласти.

Члан 26.

Изјава из члана 24. став 1. попуњава се у три примерка од којих један примерак остаје код изабраног лекара, други примерак се доставља матичној филијали, а трећи примерак задржава осигурано лице.

Када осигурано лице изврши избор изабраног лекара, подаци о изабраном лекару уносе се у здравствени картон.

Здравствена установа дужна је да води евиденцију изјава по сваком изабраном лекару и да евидентира сваку промену изабраног лекара.

Матична филијала, на основу достављених изјава из става 1. овог члана, води евиденцију о изјавама по даваоцу услуга и по изабраном лекару код даваоца услуга. Матична филијала евидентира и сваку промену изабраног лекара код здравствене установе и промену здравствене установе.

Члан 27.

Здравствена установа из члана 17. овог правилника дужна је да обезбеди услове за избор лекара тако да истакне на видном месту:

1) списак лекара које осигурано лице може да изабере за свог изабраног лекара. Списак лекара садржи име и презиме лекара, специјалност, ИД број и распоред радног времена;

2) име и презиме лица које ће давати информације осигураним лицима у вези избора лекара са бројевима телефона.

Изабрани лекар, дужан је да прими сва осигурана лица која су га изабрала.

Замена и промена изабраног лекара

Члан 28.

У случају привремене спречености за рад изабраног лекара због болести, коришћења породилског одсуства, стручног усавршавања или других оправданих

разлога, здравствена установа, дужна је да осигураном лицу обезбеди лекара који ће привремено заменити изабраног лекара.

Лекар који замењује изабраног лекара мора испуњавати услове прописане Законом и овим правилником за изабраног лекара.

Лекар из става 1. овог члана има сва овлашћења, права и обавезе изабраног лекара.

Ако осигурано лице није задовољно лекаром који замењује изабраног лекара, има право да након три месеца од дана замене лекара, изабере другог изабраног лекара у складу са Законом и овим правилником што се сматра променом изабраног лекара.

Ако замена изабраног лекара из става 1. овог члана, траје дуже од шест месеци, осигурано лице има право да изабере новог изабраног лекара на начин и по поступку који је прописан овим правилником за избор изабраног лекара.

Члан 29.

Промену изабраног лекара осигурано лице врши попуњавањем и потписивањем изјаве.

Осигурано лице које није у могућности да лично изврши промену изабраног лекара, то чини на начин и по поступку који је предвиђен за избор изабраног лекара у члану 25. став 3. овог правилника.

Изјава из става 1. овог члана се попуњава у три примерка од којих један примерак остаје код изабраног лекара, други примерак се доставља матичној филијали, а трећи примерак задржава осигурано лице.

Када осигурано лице изврши промену изабраног лекара, подаци о изабраном лекару уносе се у здравствени картон.

Члан 30.

Осигурано лице има право на промену изабраног лекара по истеку календарске године.

Ако осигурано лице мења изабраног лекара по истеку рока из става 1. овог члана, није дужно да у изјави наведе разлог промене изабраног лекара.

Члан 31.

Осигурано лице може да промени изабраног лекара пре истека календарске године:

- 1) у случају престанка радног односа изабраног лекара код здравствене установе;
- 2) ако осигурано лице промени пребивалиште;
- 3) када је осигурано лице незадовољно лекаром који замењује изабраног лекара, по истеку рока од три месеца од дана обезбеђивања замене лекара;
- 4) када је изабрани лекар одсутан дуже од шест месеци;
- 5) ако је дошло до неспоразума између осигураног лица и изабраног лекара, због чега је осигурано лице изгубило поверење у изабраног лекара;
- 6) из других оправданих разлога.

Оправданост разлога из става 1. тач. 3), 5) и 6) овог члана цени здравствена установа.

Здравствена установа одмах, а најкасније у року од пет дана од подношења захтева за промену изабраног лекара, утврђује све битне околности и чињенице у вези са наводима изнетим у захтеву.

О свом налазу, одмах, а најкасније у року од три дана здравствена установа обавештава осигурано лице.

Члан 32.

Ако изабрани лекар промени организациону јединицу рада код здравствене установе, здравствени картон осигураног лица остаје у организационој јединици здравствене установе где се и налазио, док осигурано лице не изврши избор изабраног лекара на начин и по поступку прописаном овим правилником.

Члан 33.

Осигурано лице може да има само један здравствени картон из грана медицине наведених у члану 19. овог правилника.

Код промене изабраног лекара, здравствени картон осигураног лица доставља се новоизабраном лекару службеним путем.

На захтев осигураног лица, здравствена установа дужна је да изда копију здравственог картона.

Здравствена заштита код изабраног лекара

Члан 34.

Осигурано лице остварује здравствену заштиту код изабраног лекара непосредно без упута.

Изабрани лекар дужан је да осигураном лицу пружи хитну здравствену заштиту одмах, без одлагања, а здравствену заштиту која није хитна дужан је да пружи осигураном лицу најкасније у року од 15 дана од дана јављања осигураног лица у здравствену установу

Ако изабрани лекар не може да пружи осигураном лицу здравствену заштиту која није хитна у року из става 2. овог члана, здравствена установа дужна је да осигураном лицу обезбеди здравствену заштиту код другог лекара у истом року.

Члан 35.

Изабрани лекар:

1) организује и спроводи мере на очувању и унапређењу здравља осигураних лица, откривању и сузбијању фактора ризика за настанак болести, обавља превентивне прегледе, мере и поступке, укључујући и здравствено васпитање, који су утврђени као право из обавезног здравственог осигурања;

2) обавља прегледе и дијагностику;

3) одређује начин и врсту лечења, прати ток лечења и усклађује мишљење и предлоге за наставак лечења осигураног лица;

4) указује хитну медицинску помоћ;

5) упућује осигурано лице на амбулантно-специјалистичке прегледе или у другу одговарајућу здравствену установу, односно код другог даваоца здравствених услуга са којим је закључен уговор о пружању здравствене заштите, према медицинским индикацијама, прати ток лечења и усклађује мишљења и предлоге за наставак лечења осигураног лица и упућује осигурано лице на секундарни и терцијарни ниво здравствене заштите;

6) одређује врсту и дужину кућног лечења и прати спровођење кућног лечења;

7) прописује лекове и медицинска средства, као и одређене врсте медицинско-техничких помагала;

8) спроводи здравствену заштиту из области менталног здравља;

9) води прописану медицинску документацију о лечењу и здравственом стању осигураног лица, у складу са Законом;

10) даје оцену о здравственом стању осигураног лица и упућује осигурано лице на оцену радне способности, односно инвалидности, у складу са Законом;

11) утврђује дужину привремене спречености за рад због болести и повреде осигураника до 30 дана спречености за рад и предлаже првостепеној лекарској комисији продужење привремене спречености за рад, осим ако Законом није друкчије одређено;

12) предлаже првостепеној лекарској комисији да утврди потребу за рад осигураника са скраћеним радним временом у току лечења, у складу са Законом;

13) утврђује потребу да осигурано лице има пратиоца за време путовања;

14) утврђује потребу одсуствовања осигураника са посла ради неге члана уже породице, у складу са чланом 79. став 1. Закона;

15) даје мишљење о томе да ли је осигураник намерно проузроковао неспособност за рад, односно да ли је оздрављење намерно спречило;

16) даје налаз и мишљење о здравственом стању осигураног лица на основу чега се издаје потврда о здравственом стању осигураног лица ради коришћења здравствене заштите у иностранству;

17) одређује употребу и врсту превозног средства за превоз болесника, с обзиром на његово здравствено стање;

18) врши друге послове у вези са остваривањем права из здравственог осигурања, у складу са уговором између Републичког фонда, односно филијале и даваоца здравствених услуга.

Поред послова из става 1. овог члана, изабрани лекар, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, одређује старост трудноће ради остваривања права на одсуствовање са рада због трудноће и порођаја, даје мишљење о здравственом стању детета ради остваривања права осигураника на одсуствовање са рада због неопходне посебне неге детета, у складу са законом и утврђује привремену спреченост за рад осигураника са прописима о запошљавању и осигурању за случај незапослености.

Изабрани лекар даје оцену привремене спречености за рад на основу непосредног прегледа осигураника и на основу медицинске документације.

Члан 36.

- брисан -

Члан 37.

Изабрани лекар може овлашћења из члана 35. овог правилника, а која се односе на дијагностику и лечење, укључујући и прописивање лекова на рецепт (за ТБЦ и ХИВ), као и упућивање на стационарно лечење да пренесе на надлежног лекара -специјалисту, ако то захтева здравствено стање осигураног лица и рационалност у пружању здравствене заштите.

Изабрани лекар у случају из става 1. овог члана, упутом преноси овлашћење на надлежног лекара специјалисту. На путу мора прецизно да се наведе која овлашћења се преносе и за који период.

Лекар специјалиста, коме је изабрани лекар пренео своја овлашћења, дужан је без обзира на трајање овлашћења, једном месечно да извештава изабраног лекара о току лечења осигураног лица.

Члан 38.

Осигурано лице је дужно да прихвати савет изабраног лекара, да по добијеним упутствима употребљава прописане лекове, да се подвргне лабораторијским, радиолошким и другим испитивањима на која је упућен као и да се јави даваоцу услуга код кога је упућен на амбулантно-специјалистички преглед, стационарно лечење или лекарску комисију за оцену здравственог стања и радне способности, или оцену радне способности по прописима о пензијском и инвалидском осигурању и у другим случајевима.

Лекар у приватној пракси

Члан 38а

Осигурано лице може да код доктора медицине или доктора медицине специјалисте из области опште медицине, односно специјалисте медицине рада; доктора медицине специјалисте педијатрије; доктора медицине специјалисте гинекологије и доктора стоматологије који је запослен на неодређено време са пуним радним временом у дому здравља основаним средствима у приватној својини, односно у одређеном облику приватне праксе (у даљем тексту: лекар у приватној пракси), оствари одређена права из здравственог осигурања у складу са овим правилником.

Одређена права из здравственог осигурања у складу са овим правилником, осигурано лице може да остварује само код једног лекара у приватној пракси из гране медицине наведене у ставу 1. овог члана, најмање у току једне календарске године.

Осигурано лице потписује изјаву да ће одређена права из здравственог осигурања у складу са овим правилником остваривати код лекара у приватној пракси из става 2. овог члана.

Републички фонд, односно филијала закључује уговор на период од најмање једне календарске године са домом здравља основаним средствима у приватној својини, односно са одређеним обликом приватне праксе.

Члан 38б

Лекар у приватној пракси из члана 38а овог правилника, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона, може да:

1) упути осигурано лице, према медицинским индикацијама на амбулантно-специјалистичке прегледе у одговарајућу здравствену установу, односно код другог правног субјекта са којима су Републички фонд, односно филијала закључили уговор о пружању здравствене заштите, и на основу тога лечења усклади мишљење и предлоге за наставак лечења осигураног лица, као и да упути осигурано лице у здравствену установу, односно код другог правног субјекта на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, са којим су Републички фонд, односно филијала закључили уговор о пружању здравствене заштите;

2) упути осигурано лице на стационарно лечење, односно на специјализовану рехабилитацију, када је то оправдано и медицински неопходно у здравствене установе на подручју матичне филијале, односно ван подручја матичне филијале са којима је Републички фонд закључио уговор о пружању здравствене заштите;

3) пропише лекове и медицинска средства као и одређене врсте медицинско-техничких помагала;

4) утврди дужину привремене спречености за рад због болести и повреде осигураника до 30 дана спречености за рад и предложи првостепеној лекарској комисији продужење привремене спречености за рад, осим ако законом није друкчије одређено;

5) предложи првостепеној лекарској комисији да утврди потребу за рад осигураника са скраћеним радним временом у току лечења;

6) утврди потребу да осигурано лице има пратиоца за време путовања;

7) утврди потребу одсуствовања осигураника са посла ради неге члана уже породице у складу са чланом 79. став 1. закона којим се уређује обавезно здравствено осигурање;

8) да мишљење о томе да ли је осигураник намерно проузроковао неспособност за рад, односно да ли је оздрављење намерно спречио;

9) да мишљење о здравственом стању осигураног лица на основу чега се издаје потврда о здравственом стању осигураног лица ради коришћења здравствене заштите у иностранству;

10) одреди употребу и врсту превозног средства за превоз осигураног лица ради остваривања здравствене заштите, с обзиром на његово здравствено стање.

Поред послова из става 1. овог члана лекар у приватној пракси може да одреди старост трудноће ради остваривања права за одсуствовање са рада због трудноће и порођаја, даје мишљење о здравственом стању детета ради остваривања права осигураника на одсуствовање са рада због неопходне посебне неге детета у складу са законом и утврђује привремену спреченост за рад осигураника у складу са прописима о запошљавању и осигурању за случај незапослености.

Лекар у приватној пракси дужан је да води посебну медицинску документацију о лечењу и здравственом стању осигураног лица, у складу са законом.

Члан 38в

Права из члана 38б овог правилника код лекара у приватној пракси, осигурано лице остварује у складу са законом којим се уређују права из здравственог осигурања и прописима донетим за спровођење тог закона.

При остваривању права из члана 38б овог правилника код лекара у приватној пракси, осигурано лице дужно је да да писмену изјаву о томе да иста права на терет средстава обавезног здравственог осигурања није остварио код изабраног лекара у складу са законом којим се уређују права из здравственог осигурања и прописима донетим за спровођење тог закона.

Писмену изјаву из става 1. овог члана лекар у приватној пракси чува у медицинској документацији о лечењу и здравственом стању осигураног лица из члана 38б овог правилника.

Члан 38г

Осигурано лице дужно је да код прве посете свом изабраном лекару у складу са законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање, изабраном лекару достави извештај, односно извод из медицинске документацију о правима из здравственог осигурања из члана 38б овог правилника која је остварио код лекара у приватној пракси.

Извештај, односно извод из медицинске документације из става 1. овог члана осигураном лицу даје лекар у приватној пракси.

Податке из става 1. овог члана изабрани лекар уноси у здравствени картон осигураног лица.

Члан 38д

Осигурано лице из својих средстава сноси трошкове посете лекару у приватној пракси, односно пружених здравствених услуга од стране лекара у приватној пракси ради остваривања права из обавезног здравственог осигурања из члана 38б овог правилника.

1.2. Специјалистичко-консултативна здравствена заштита

Члан 39.

Специјалистичко-консултативну здравствену заштиту осигурано лице остварује код најближе здравствене установе на подручју матичне филијале са упутом изабраног лекара.

Изабрани лекар у упуту лекару специјалисти прецизно поставља захтев у вези са даљим испитивањем и лечењем осигураног лица.

Изабрани лекар уз упут из става 2. овог члана лекару специјалисти обавезно доставља налазе о здравственом стању осигураног лица, првенствено резултате лабораторијских, радиолошких и других испитивања обављених на нивоу примарне здравствене заштите.

Члан 39а

Изабрани лекар упућује осигурано лице интерним упутом на преглед код доктора медицине - специјалисте одговарајуће гране медицине у здравствену установу на примарном нивоу код кога осигурано лице има изабраног лекара, или другу здравствену установу на подручју филијале која обавља здравствену делатност на примарном нивоу, ако је таква здравствена услуга прописана актом којим се уређује номенклатура здравствених услуга које се обављају на примарном нивоу здравствене заштите.

Изабрани лекар упућује осигурано лице на специјалистичко-консултативни преглед у здравствену установу која обавља здравствену делатност на секундарном, односно терцијарном нивоу здравствене заштите, на основу мишљења доктора медицине-специјалисте одговарајуће гране медицине из здравствене установе која обавља здравствену делатност на примарном нивоу.

Ако здравствене услуге доктора медицине-специјалисте нису прописане актом којим се уређује номенклатура здравствених услуга које се обављају на примарном нивоу здравствене заштите, изабрани лекар упућује осигурано лице у здравствену установу која обавља здравствену делатност на секундарном, односно терцијарном нивоу, без претходно прибављеног мишљења доктора медицине - специјалисте одговарајуће гране медицине из става 2. овог члана.

Члан 40.

Са упутом лекару специјалисти, осигурано лице остварује право на све специјалистичко-консултативне прегледе и неопходну дијагностику који су потребни да би лекар специјалиста поставио дијагнозу, односно сачинио лекарски извештај, а који се могу пружити у тој здравственој установи, као и на контролне прегледе у року од шест месеца од дана првог јављања лекару специјалисти у тој здравственој установи.

Право на специјалистичко-консултативне прегледе и неопходну дијагностику из става 1. овог члана осигурано лице остварује на основу интерних упута лекара специјалиста по чијим захтевима се обављају специјалистичко-консултативни прегледи, односно неопходна дијагностика.

Лекар специјалиста обавезно у свом извештају из става 1. овог члана, доставља изабраном лекару образложен налаз, оцену и мишљење са упутством о даљем лечењу осигураног лица.

Члан 41.

Осигурано лице је дужно да изабраном лекару који је издао упут достави на увид извештај лекара специјалисте. Уколико је лекар специјалиста ради лечења и контроле уписао у извештај датум поновног јављања на преглед, изабрани лекар уноси у здравствени картон датум поновног јављања и враћа извештај лекара специјалисте осигураном лицу.

Лекар специјалиста, осигураном лицу које има право на накнаду трошкова превоза, у образац потврде о потреби путовања у циљу остваривања здравствене заштите, уписује час и датум јављања и обављања прегледа, уз потпис са факсимилом и печатом здравствене установе.

Члан 42.

По обављеном специјалистичко-консултативном прегледу односно лечењу, осигурано лице је дужно да се јави изабраном лекару који га је упутио на преглед односно лечење, најкасније у року од три дана.

Непридржавање обавезе из става 1. овог члана без оправданог разлога, сматра се намерним спречавањем и одуговлачењем лечења.

1.2а Промена пола из медицинских разлога

Члан 42а

Стручно мишљење о испуњености услова за укључивање осигураног лица у процес промене пола из медицинских разлога даје Комисија за трансродна стања коју образује Републички фонд (у даљем тексту: Комисија).

Стручно мишљење из става 1. овог члана Комисија доноси на основу медицинске документације осигураног лица. Стручно мишљење Комисије важи шест месеци од дана доношења.

На основу медицинске документације осигураног лица Комисија утврђује да ли су испуњени критеријуми и стандарди за промену пола из медицинских разлога које је утврдила републичка стручна комисија за област трансродних стања.

Комисија из става 1. овог члана даје стручно мишљење на основу захтева осигураног лица који се доставља Републичком фонду, са потпуном медицинском документацијом.

Комисија даје стручно мишљење на обрасцу о испуњености стандарда и критеријума из става 3. овог члана - Образац ТП, који је прописан уз овај правилник и чини његов саставни део.

Члан 42б

На основу стручног мишљења из члана 42а овог правилника, изабрани лекар упућује осигурано лице у одговарајућу здравствену установу терцијарног нивоа ради промене пола из медицинских разлога.

Ако се осигурано лице због промене пола из медицинских разлога упућује у здравствену установу ван подручја матичне филијале, првостепена лекарска комисија даје мишљење о упућивању осигураног лица на лечење ван подручја матичне филијале.

1.3. Здравствена заштита код стационарних здравствених установа

Члан 43.

Осигурано лице са упутом изабраног лекара остварује право на стационарно лечење у најближој здравственој установи на подручју филијале.

Изузетно од става 1. овог члана, пружање хитне медицинске помоћи и наставак лечења после пружене хитне медицинске помоћи, осигурано лице остварује и без упута изабраног лекара.

Изабрани лекар издаје упут осигураном лицу које се упућује на дијализу код стационарне здравствене установе, само код првог упућивања на дијализу. Упут за дијализу важи док осигурано лице остварује здравствену услугу дијализе код исте здравствене установе.

Осигурано лице остварује здравствену услугу хемиотерапије, односно радиотерапије у здравственој установи у стационарним условима или у дневној болници, на основу упута који издаје изабрани лекар.

Упут изабраног лекара из става 4. овог члана важи за све време док се осигураном лицу пружа здравствена услуга хемиотерапије, односно радиотерапије у истој здравственој установи, без обзира на број и динамику циклуса хемиотерапије, односно радиотерапије.

Члан 44.

Здравствена установа је дужна да прими осигурано лице на лечење одмах, без одлагања уколико је у питању пружање хитне медицинске помоћи.

Осигурано лице биће примљено на стационарно лечење код здравствене установе код које је упућено само уколико је то медицински неопходно, односно оправдано, а адекватно лечење не може да се пружи у амбулантним или кућним условима.

Уколико утврди да су испуњени услови из става 2. овог члана, здравствена установа код које је осигурано лице упућено на лечење, дужна је да осигурано

лице прими одмах, а ако то није могуће да закаже пријем на лечење и осигурано лице стави на листу заказивања и одреди датум пријема на лечење, с тим да време чекања на пријем не може да буде такво да угрози здравље или живот осигураног лица.

Уколико здравствена установа није могла да прими на лечење осигурано лице које је имало заказан пријем, дужна је да осигураном лицу закаже поновни пријем на лечење најкасније у року од 30 дана од дана отказаног пријема.

Члан 44а

Ако здравствена установа код које се осигурано лице налази на стационарном лечењу не може да пружи одговарајуће здравствене услуге неопходне за постављање дијагнозе и лечење осигураног лица, дужна је да осигураном лицу обезбеди у другим здравственим установама одговарајућу дијагностику и специјалистичко-консултативне прегледе.

Обезбеђивање дијагностике и специјалистичко-консултативних прегледа у другим здравственим установама из става 1. овог члана, врши се на основу интерног упута здравствене установе код које се осигурано лице налази на стационарном лечењу, а уз који се доставља и фотокопија упута изабраног лекара за стационарно лечење из члана 43. став 1. овог правилника .

Интерни упут из става 2. овог члана садржи прецизно постављен захтев у вези са потребном дијагностиком и специјалистичко-консултативним прегледима осигураног лица.

Ако се осигурано лице у случају из става 1. овог члана, упућује у здравствену установу ван подручја филијале, здравствена установа у којој се осигурано лице налази на стационарном лечењу, поред упута из става 2. овог члана, службеним путем прибавља и оцену лекарске комисије матичне филијале осигураног лица за упућивање у здравствену установу ван подручја филијале.

Члан 44б

Ако је здравствено стање осигураног лица такво да у току стационарног лечења или по завршеном стационарном лечењу, захтева да се одмах лечење настави у другој здравственој установи на подручју матичне филијале, упућивање осигураног лица се врши директно интерним упутом који издаје здравствена установа у којој се осигурано лице налази на стационарном лечењу.

Уз интерни упут из става 1. овог члана, здравствена установа доставља копију упута изабраног лекара на основу кога је осигурано лице до тада лечено и копију отпусне листе са епикризом и констатацијом о потреби и разлозима за директно упућивање у другу здравствену установу.

Ако се друга здравствена установа у коју се осигурано лице директно упућује на стационарно лечење из става 1. овог члана, налази ван подручја матичне филијале осигураног лица, поред упута из става 2. овог члана, здравствена установа у којој се осигурано лице стационарно лечи службеним путем прибавља и оцену лекарске комисије за упућивање на стационарно лечење у здравствену установу ван подручја филијале.

Члан 45.

Осигурано лице по завршеном лечењу код стационарне здравствене установе добија отпусну листу која садржи и исцрпне налазе, одговарајуће савете, упутство изабраном лекару о даљем лечењу.

Отпусна листа из става 1. овог члана, по потреби, садржи и констатацију о потреби превоза санитарским колима.

1.4. Здравствена заштита ван подручја матичне филијале

Члан 46.

Када изабрани лекар оцени да осигураном лицу не може да се обезбеди одговарајућа здравствена заштита код здравствене установе на подручју матичне филијале, дужна је да изда упут за најближу одговарајућу здравствену установу ван подручја матичне филијале која може да пружи здравствену заштиту осигураном лицу.

На упуту из става 1. овог члана, лекарска комисија матичне филијале даје претходну сагласност, осим у хитним случајевима.

Са упутом из ст. 1. и 2. овог члана, осигурано лице остварује здравствену заштиту код здравствене установе ван подручја матичне филијале у складу са чланом 40. став 1. овог правилника.

Изузетно од ст. 1. и 2. овог члана осигурано лице може да оствари здравствену заштиту код здравствене установе на секундарном и терцијарном нивоу ван подручја матичне филијале, ако је здравствена установа на секундарном, односно терцијарном нивоу на подручју друге филијале ближи месту становања осигураног лица у односу на здравствену установу на подручју матичне филијале.

Здравствену заштиту из става 4. овог члана осигурано лице остварује на основу упута изабраног лекара који претходно оверава лице које овласти директор матичне филијале.

Када осигурано лице остварује здравствену заштиту ван подручја матичне филијале као хитан случај без упута изабраног лекара, односно без сагласности лекарске комисије матичне филијале, односно претходне овере матичне филијале, здравствена установа је дужна у року од три дана од дана пријема осигураног лица на лечење да затражи сагласност лекарске комисије матичне филијале за наставак лечења, а у случају из става 4. овог члана, дужан је да затражи сагласност матичне филијале.

Изузетно од става 6. овог члана, здравствена установа може, у случају постојања оправданих разлога због којих није могла да затражи сагласност за наставак лечења у року од три дана од дана пријема осигураног лица, такав захтев да поднесе и по истеку рока од три дана, чим се стекну објективни услови за подношење захтева.

Лекарска комисија матичне филијале дужна је у року од седам дана од дана пријема захтева из става 6, односно 7. овог члана, да достави здравственој установи сагласност, односно оцену о потреби наставка даљег лечења осигураног лица. За случај из става 4. овог члана, матична филијала дужна је да здравственој установи достави сагласност, у року од седам дана од дана пријема захтева.

Уколико лекарска комисија матичне филијале, односно матична филијала не достави оцену, односно сагласност у року из става 8. овог члана, осигурано лице има право на накнаду трошкова лечења на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

1.4а Здравствена заштита ван места пребивалишта

Члан 47.

Осигурано лице које привремено борави ван места пребивалишта, остварује здравствену заштиту у месту привременог боравка у здравственој установи на примарном нивоу, без промене изабраног лекара.

Здравствена заштита на примарном нивоу коју осигурано лице остварује ван места пребивалишта у складу са ставом 1. овог члана, обухвата дијагностику и лечење, укључујући прописивање лекова на рецепт или налог, медицинску рехабилитацију, прописивање медицинско-техничких помагала која се прописују на месечном нивоу и сл.

Здравствену заштиту из става 2. овог члана осигурано лице остварује на основу оверене исправе о осигурању. Право на прописивање лекова на рецепт или налог, као и право на медицинско-техничка помагала које се прописује на месечном нивоу, осигурано лице остварује и на основу личне изјаве да му за исти период изабрани лекар није прописао лекове, односно медицинско-техничка помагала.

Члан 47а

Осигурано лице које привремено борави ван места пребивалишта, остварује здравствену заштиту на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите у месту привременог боравка када је то медицински индиковано на основу упута лекара из здравствене установе примарне здравствене заштите из члана 47. овог правилника, у случају акутног стања или акутног погоршања хроничне болести осигураног лица.

Изузетно од става 1. овог члана, хитну здравствену заштиту осигурано лице остварује без упута лекара из здравствене установе примарне здравствене заштите.

Члан 47б

Здравствену заштиту из чл. 47 и 47а овог правилника, осигурано лице остварује на начин и по поступку који се примењују за осигурана лица филијале на чијем се подручју налази здравствена установа која пружа здравствену заштиту.

Члан 47в

На продужену рехабилитацију осигураног лица које привремено борави ван места пребивалишта, примењује се одредба члана 49. овог правилника.

Члан 48.

Осигурана лица из члана 21. овог правилника здравствену заштиту остварују на начин и по поступку који се примењују за осигурана лица филијале на чијем се подручју налази здравствена установа која пружа здравствену заштиту.

Уколико осигурано лице из става 1. овог члана треба да буде упућено код здравствене установе на подручју матичне филијале, здравствену заштиту остварује на основу пута изабраног лекара без претходне сагласности лекарске комисије, осим за упућивање на продужену рехабилитацију.

1.5. Продужена рехабилитација

Члан 49.

Осигураним лицима обезбеђује се медицинска рехабилитација код стационарне здравствене установе специјализоване за рехабилитацију (продужена рехабилитација) у складу са општим актом Републичког фонда којим се уређује продужена рехабилитација.

1.6. Хитна медицинска помоћ

Члан 50.

Хитна медицинска помоћ јесте непосредна - тренутна медицинска помоћ која се пружа да би се избегло довођење осигураног лица у животну опасност, односно непоправљиво или озбиљно слабљење или оштећење његовог здравља или смрт.

Под хитном медицинском помоћи сматра се и медицинска помоћ која се пружа у току од 12 сати од момента пријема осигураног лица да би се избегао очекивани настанак хитног медицинског стања.

Хитна медицинска помоћ пружа се на месту медицинске хитности или код здравствене установе, са или без пута изабраног лекара као и у случају када осигурано лице није у могућности да поднесе доказ о својству осигураног лица, под условима прописаним Законом и овим правилником.

Хитну медицинску помоћ пружа осигураним лицима најближа здравствена установа, односно приватна пракса, без обзира да ли је закључен уговор о пружању здравствених услуга.

Члан 51.

У случају потребе да се осигурано лице коме је указана хитна медицинска помоћ, ради дефинитивног медицинског збрињавања упути код друге здравствене установе, здравствена установа који је указала хитну медицинску помоћ дужна је да организује санитарски превоз са медицинским збрињавањем и пратњом одговарајућег здравственог радника у путу.

Члан 52.

Уколико здравствена установа по добијеном позиву за указивање хитне медицинске помоћи није ову помоћ благовремено указала, односно није благовремено обезбедила превоз санитарским возилом до одговарајуће здравствене установе, за превоз осигураног лица може да се употреби друго превозно средство до најближе здравствене установе.

Оправданост коришћења другог превозног средства у случају из става 1. овог члана цени лекарска комисија.

1.6.а Превоз санитарским возилом

Члан 52а

Употребу санитарског возила и налог за коришћење санитарског возила дају: изабрани лекар, односно лекарска комисија, у складу са овлашћењима која имају на основу Закона и овог правилника.

Уз пут који изабрани лекар издаје осигураном лицу за коришћење здравствене заштите у складу са законом и овим правилником, у зависности од здравственог стања осигураног лица, изабрани лекар одређује и издаје налог за употребу санитарског возила за превоз осигураног лица.

Оцена лекарске комисије о потреби упућивања осигураног лица на лечење или продужену рехабилитацију, садржи и оцену о употреби санитарског возила, ако то захтева здравствено стање осигураног лица, складу са законом и овим правилником.

Оцена лекарске комисије из става 3. овог члана представља налог за коришћење санитарског возила.

Ако је осигураном лицу одобрена употреба санитарског возила и право на пратиоца у путу, пратилац може да користи за превоз санитарско возило ако је то технички изводљиво, односно ако то није могуће, пратилац има право на накнаду трошкова превоза у складу са Законом и овим правилником.

Санитарски превоз из ст. 2 и 3. овог члана обезбеђује осигураном лицу здравствена установа у којој осигурано лице има изабраног лекара, односно завод за хитну медицинску помоћ, ако је такав завод организован за подручје филијале.

Члан 53.

Превоз санитарским колима обезбеђује стационарна здравствена установа осигураном лицу у случају да транспорт другим превозним средством може да угрози живот и здравље осигураног лица.

Ако се осигураном лицу пружа здравствена заштита у смислу члана 44а став 1. и члана 44б став 1, превоз санитарским возилом обезбеђује стационарна здравствена установа у којој се осигурано лице налази на лечењу, самостално или преко друге здравствене установе.

Члан 53а

На основу мишљења из отпусне листе о потреби превоза осигураног лица санитарским возилом до места становања, по завршеном стационарном лечењу, на захтев стационарне здравствене установе санитарско возило обезбеђује здравствена установа код које осигурано лице има изабраног лекара, односно завод за хитну медицинску помоћ ако је такав завод организован на подручју матичне филијале.

Ако се осигурано лице враћа у место становања после завршеног стационарног лечења ван подручја матичне филијале, стационарна здравствена установа службеним путем доставља предлог лекарској комисији за одобравање употребе санитарског возила с обзиром на здравствено стање осигураног лица. На основу оцене лекарске комисије, употребу санитарског возила обезбеђује здравствена установа код које осигурано лице има изабраног лекара, односно завод за хитну медицинску помоћ ако је такав завод основан на подручју филијале.

Члан 54.

Осигурано лице сноси трошкове пружања хитне медицинске помоћи и настале трошкове прегледа и превоза санитарским колима у случају неоправданог захтева за указивање хитне медицинске помоћи.

1.7. Кућно лечење

Члан 55.

Осигураном лицу обезбеђује се кућно лечење у складу са Законом и овим правилником.

Кућно лечење је оправдано и медицински неопходно у случају када је од стране изабраног лекара или лекара специјалисте индикована примена парентералних лекова, медицинских и рехабилитационих процедура које здравствени радник може да пружи у кућним условима осигураном лицу које је

непокретно или чије кретање захтева помоћ другог лица.

Кућно лечење се спроводи и као наставак стационарног лечења.

Осигураном лицу у терминалној фази болести, непокретном, односно покретном уз помоћ других лица обезбеђује се кућно лечење.

Члан 56.

Изабрани лекар одређује врсту и дужину кућног лечења и прати његово спровођење.

Члан 56а

О пруженим здравственим услугама у лечењу осигураног лица које је привремено неспособно за кретање у смислу члана 55. ст. 2. и 3. овог правилника, лекар у служби кућног лечења извештава изабраног лекара који у здравствени картон осигураног лица уноси све податке о лечењу и пруженим здравственим услугама, издаје налоге за медицинско-техничка помагала и сл.

Ако у налазу лекара специјалисте или у отпусној листи после стационарног лечења није прописана терапија, лекар из службе кућног лечења из става 1. овог члана, даје предлог за терапију лековима, на основу којег, изабрани лекар издаје рецепт, односно налог за лекове са Листе лекова, а служба кућног лечења осигураном лицу доставља рецепт, односно спроводи терапију према налогу.

Члан 56б

За осигурано лице које има пребивалиште на подручју једне општине, а изабраног лекара у здравственој установи чије је седиште на подручју друге општине у оквиру исте филијале Републичког фонда, врсту и дужину кућног лечења одређује изабрани лекар у складу са чл. 55-56а овог правилника, а спроводи га служба кућног лечења здравствене установе која има седиште на подручју општине у којој се налази пребивалиште осигураног лица.

Кућно лечење из става 1. овог члана спроводи се по интерном упуту изабраног лекара осигураног лица.

О спроведеном кућном лечењу из става 1. овог члана, здравствена установа доставља извештај изабраном лекару по завршеном кућном лечењу ако такво лечење траје краће од месец дана, односно по истеку календарског месеца ако кућно лечење траје дуже од месец дана.

1.8. Лечење дијализом у кућним условима

Члан 57.

Лечење дијализом у кућним условима, односно хемодијализом и перитонеумском дијализом осигурана лица остварују у складу са општим актима Републичког фонда којима се уређују стандарди за дијализе и цене материјала за дијализе које се обезбеђују на терет средстава здравственог осигурања.

Члан 58.

Лечење хемодијализом у кућним условима осигурано лице остварује:

- 1) на предлог стручног конзилијума здравствене установе која пружа здравствене услуге хемодијализе;
- 2) када осигурано лице обезбеди апарат за хемодијализу у кућним условима;
- 3) када осигурано лице има обезбеђен наменски простор у кућним условима;
- 4) када је осигурано лице, односно члан његове породице или лице које се стара о њему, обучено за обављање хемодијализе у кућним условима.

Члан 59.

Предлог стручног конзилијума здравствене установе из члана 58. тачка 1) овог правилника, садржи:

1) медицинске индикације утврђене општим актом Републичког фонда којим се уређују стандарди за дијализе које се обезбеђују на терет средстава здравственог осигурања;

2) мишљење о испуњености услова из члана 58. овог правилника;

3) датум почетка лечења хемодијализом у кућним условима.

Здравствена установа из става 1. овог члана доставља матичној филијали предлог стручног конзилијума и спецификацију материјала за лечење хемодијализом у кућним условима, а изабраном понуђачу из члана 60. овог правилника, спецификацију материјала за лечење.

Лекар специјалиста здравствене установе код које осигурано лице које се лечи перитонеумском дијализом обавља контролне прегледе, доставља матичној филијали предлог и спецификацију материјала за лечење перитонеумском дијализом, а изабраном понуђачу из члана 60. овог правилника, спецификацију материјала за лечење.

Лекарска комисија матичне филијале даје оцену о предлогу стручног конзилијума из става 1. овог члана и лекара специјалисте из става 3. овог члана и о својој оцени обавештава здравствену установу у року од 5 дана од дана добијања предлога.

До добијања оцене лекарске комисије из става 4. овог члана, здравствена установа је дужна да осигурано лице лечи хемодијализом, односно перитонеумском дијализом у болничким (стационарним) условима.

Члан 60.

По добијању сагласности лекарске комисије из члана 59. став 4. овог правилника, материјал за лечење хемодијализом, односно перитонеумском дијализом у кућним условима, осигураном лицу обезбеђује изабрани понуђач са којим је Републички фонд закључио уговор.

Члан 61.

У случају да се здравствено стање осигураног лица промени у мери да није могуће лечење хемодијализом односно перитонеумском дијализом, или осигурано лице не сарађује у лечењу и неоправдано не долази на контроле код надлежне здравствене установе, стручни конзилијум односно лекар специјалиста надлежне здравствене установе даје предлог, са образложењем, за прекид и престанак лечења хемодијализом односно перитонеумском дијализом у кућним условима, о чему оцену даје лекарска комисија матичне филијале.

Лекарски рецепт је образац правоугаоног облика, ширине 97 mm, дужине 200 mm (блок 100 листова).

Лекарски рецепт се користи за прописивање и издавање лекова са Листе лекова. На једном обрасцу лекарског рецепта може се прописати само један лек за једно осигурано лице.

Изузетно од става 2. овог члана, лекови са Листе лекова који садрже опојне дроге или психотропне супстанце за које је прописан режим издавања лека на лекарски рецепт у два примерка, прописују се на два обрасца лекарског рецепта, тако да други образац лекарског рецепта садржи ознаку "копија" и редни број из књиге евиденције о издатим рецептима за наведене лекове.

Лекарски рецепт важи 15 дана од дана прописивања од стране изабраног лекара.

Изузетно од става 4. овог члана, лекарски рецепт важи:

- три дана од дана прописивања ако је прописан антибиотик;
- седам дана од дана прописивања ако је прописан лек за лечење акутних обољења;
- седам дана од дана прописивања ако су прописани лекови који садрже опојне дроге или психотропне супстанце за које је прописан режим издавања лека на лекарски рецепт у два примерка;
- 30 дана од дана прописивања ако је прописан лек са Листе Д;
- најдуже до шест месеци ако је лек прописан на лекарском рецепту који је обновљив у смислу закона којим се уређују лекови и медицинска средства, у делу који се односи на образац и садржину рецепта за лекове који се издају уз лекарски рецепт као и начин издавања и прописивања лекова.

Лекове прописане на лекарском рецепту из става 5. alineја пета овог члана, осигурано лице може одједном да преузме највише у количини потребној за једно поновљено издавање лека, односно у количини потребној највише за 30 дана и то најраније седам дана пре почетка периода за који је прописан лек, односно најкасније седам дана од почетка периода за који је лек прописан.

Напомена Редакције: ова верзија члана се примењује у здравственим установама у којима постоје одговарајући технички услови за примену обновљивог прописивања лекова.

Члан 115.

Налог N-1 је образац правоугаоног облика, ширине 190 mm и дужине 120 mm, боја штампе розе, тамно розе и црна на хартији беле боје.

На налогу N-1 у горњем левом углу налази се јединствени осмоцифрени број који служи за идентификацију референтне здравствене установе, у средини се налази текст "Републички фонд за здравствено осигурање" и у горњем десном углу је ознака N-1.

На налогу N-1 прописују се и издају лекови са Листе лекова са посебним режимом издавања.

Налог N-1 има три карбонизирана примерка (оригинал и две копије). Оригинал се доставља надлежној филијали Републичког фонда, једна копија остаје у болничкој апотеци, а другу копију задржава лекар који је прописао лек.

На налогу N-1 може да се пропише само један лек за једно осигурано лице.

Члан 116.

Налог N-2 је образац правоугаоног облика, ширине 190 mm и дужине 120 mm, боја штампе светло плава, плава и црна на хартији беле боје.

На налогу N-2 у горњем левом углу налази се јединствени осмоцифрени број који служи за идентификацију здравствених установа, у средини се налази текст "Републички фонд за здравствено осигурање" и у горњем десном углу је ознака N-2.

На налогу N-2 прописују се и издају лекови који се не налазе на Листи лекова у складу са општим актом Републичког завода.

Налог N-2 има три карбонизирана примерка (оригинал и две копије). Оригинал се доставља надлежној филијали Републичког фонда, једна копија остаје у болничкој апотеци, а другу копију задржава лекар који је прописао лек.

На налогу N-2 може да се пропише само један лек за једно осигурано лице.

На налогу N-2 лекови се издају само у болничким апотекама здравствених установа.

Члан 117.

Лекарски рецепт, налог N-1 и налог N-2 из члана 115. овог правилника, штампа искључиво понуђач кога у складу са Законом о јавним набавкама изабере и овласти Републички фонд.

Здравствене установе образце лекарског рецепта, налога N-1 и налога N-2 могу да наручују и преузимају искључиво код понуђача из става 1. овог члана, што се ближе регулише уговором о спровођењу и финансирању здравствене заштите између филијале и здравствених установа.

Члан 118.

Налог за давање ињекција је образац правоугаоног облика, ширине 120 mm и дужине 170 mm (блок 100 листова), боја штампе црна на хартији беле боје.

На налогу за давање ињекција - Образац ОЗ-5 прописују се ампулирани лекови са Листе лекова код здравствених установа примарне здравствене заштите.

Члан 119.

Право на накнаду зараде за време привремене спречености за рад осигураник остварује на основу обрасца Извештај о привременој спречености за рад (дознака) - Образац ОЗ-6.

Образац из става 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210mm x 297 mm) боја штампе црна на хартији беле боје.

Образац из става 1. овог члана попуњава се у три примерка.

Члан 120.

Обрачун накнаде зараде врши се на основу обрасца Потврда о оствареној заради за утврђивање основа за обрачун накнаде зараде - Образац ОЗ-7.

Образац из става 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210 mm x 297 mm) боја штампе црна на хартији беле боје.

Члан 121.

Усклађивање основа за накнаду зараде врши се на основу обрасца:

1) Потврде о кретању (порасту-смањењу) зарада код послодавца за прво усклађивање основа за накнаду зараде - Образац ОЗ-8;

2) Потврде о кретању (порасту-смањењу) зарада код послодавца за наредна усклађивања основа за накнаду зараде - Образац ОЗ-9.

Обрасци из става 1. овог члана су листови формата А4 (димензије 210 mm x 297 mm), боја штампе црна на хартији беле боје.

Потврде из става 1. овог члана попуњава послодавац и доставља матичној филијали осигураника.

Члан 122.

Евиденција исплаћених накнада зарада води се на обрасцу Списак обрачунатих - исплаћених накнада зарада - Образац ОЗ-10.

Образац из става 1. овог члана је правоугаоног облика, ширине 245 mm и дужине 320 mm (блок 100 листова), боја штампе црна на хартији беле боје.

Члан 123.

Накнаду трошкова превоза у вези са остваривањем здравствене заштите осигурано лице и пратилац осигураног лица остварују на основу обрасца Потврда о потреби путовања у циљу остваривања здравствене заштите - Образац ОЗ-11 и ОЗ-11-ЛК.

Обрасци из става 1. овог члана су листови формата А4 (димензије 210 mm x 297 mm) боја штампе црна на хартији беле боје.

Образац ОЗ-11-ЛК из става 1. овог члана попуњава се и штампа преузимањем електронским путем из Матичне евиденције о остваривању права осигураних лица (МЕОП-а), коју води Републички фонд.

Члан 124.

Право на коришћење здравствене заштите у иностранству на терет средстава обавезног здравственог осигурања у земљама са којима није закључен међународни уговор о социјалном осигурању, осигурано лице остварује на основу обрасца Потврда о коришћењу здравствене заштите у иностранству - Образац ОЗ-12.

На полеђини обрасца из става 1. овог члана одштампано је објашњење о начину, поступку и условима за коришћење здравствене заштите у иностранству.

Образац из става 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210 mm x 297 mm) боја штампе црна на хартији беле боје.

Члан 125.

На обрасцу Сагласност матичне филијале за наставак лечења осигураног лица - Образац ОЗ-13, даје се сагласност матичне филијале када осигурано лице остварује здравствену заштиту ван подручја матичне филијале, без пута изабраног лекара, односно без овере лица које је овластио директор матичне филијале.

Образац из става 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210 mm x 297 mm) боја штампе црна на хартији беле боје.

Члан 126.

Потврда-ПЗ је образац правоугаоног облика, ширине 145 mm и дужине 210 mm, боја штампе црна на папиру беле боје.

Потврда из става 1. овог члана издаје се у два примерка од којих један примерак за осигурано лице, а други примерак задржава издавалац потврде.

Члан 127.

Захтев РЕФ-1 је образац правоугаоног је облика, ширине 145 mm и дужине 210 mm, боја штампе црна на папиру беле боје.

Захтев из става 1. овог члана попуњава осигурано лице у два примерка, од којих један примерак подноси матичној филијали, а други примерак задржава за себе.

Члан 128.

Изјава о члановима породице и приходима по члану породице - Образац-ЦЗ служи за утврђивање месечног износа прихода као цenzуса за стицање својства осигураника као незапосленог лица, социјално угроженог лица и избеглог, односно прогнаног лица коме је надлежни републички орган утврдио статус избеглог, односно прогнаног лица из бивших република СФРЈ.

Образац-ЦЗ састоји се од три листа формата А4 (димензије 210 mm x 297 mm) боја штампе црна на хартији беле боје.

На првом и другом листу Обрасца-ЦЗ попуњавају се подаци о члановима породице и врсти и висини приход. Трећа страна Обрасца-ЦЗ садржи упутство о доказима који се подносе уз попуњени образац за утврђивање висине прихода.

Члан 129.

Пријава/промена/одјава у евиденцији ИД бројева лекара - Образац ИД броја је лист формата А4 (димензије 210 mm x 297 mm) боја штампе црна на хартији беле боје.

На полеђини обрасца из става 1. овог члана одштампан је шифарник специјалности и упутство за попуњавање обрасца.

Чл. 130 - 135.

- престали да важе -

+

Члан 136.

- престао да важи -

+

Чл. 137-138.

- престали да важе -

+

Члан 139.

- престао да важи -

+

Члан 140.

- престао да важи -

+

Члан 141.

- престао да важи -

+

Члан 142.

- престао да важи -

+

Члан 143.

- престао да важи -

+

Члан 144.

- престао да важи -

+

Члан 145.

- престао да важи -

+

Члан 146.

- престао да важи -

+

Члан 146а

- престао да важи -

Члан 146б

- престао да важи -

Члан 147.

- престао да важи -

Члан 147а

На Обрасцу ТП Комисија даје стручно мишљење о испуњености критеријума и стандарда за промену пола из медицинских разлога које је утврдила републичка стручна комисија за област трансродних стања.

Образац из става 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210 mm X 297 mm) боја штампе црна на хартији беле боје.

VIII. КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ИНОСТРАНИХ ОСИГУРАНИКА И ЧЛАНОВА ЊИХОВИХ ПОРОДИЦА

Члан 148.

Обрасци за коришћење здравствене заштите иностраних осигураника јесу:

1. Здравствени лист - Образац ИНО-1;
2. Обавештење о болничком лечењу иностраног осигураника - Образац ИНО-2;
3. Изјава - Образац ИНО-3.

Обрасци из става 1. овог члана употребљавају се и за коришћење здравствене заштите чланова породице иностраних осигураника.

Члан 149.

За коришћење здравствене заштите иностраних осигураника за време привременог боравака у Републици Србији, филијала на чијем подручју имају привремени боравак, издаје Здравствени лист - Образац ИНО-1 на основу потврде иностраног носиоца социјалног осигурања, издате на одговарајућем обрасцу.

На полеђини обрасца из става 1. овог члана одштампано је објашњење о начину, поступку и условима за коришћење здравствене заштите.

Образац из става 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210 mm x 297 mm), боја штампе црна на хартији беле боје.

Члан 150.

Обавештење о болничком лечењу иностраног осигураника - Образац ИНО-2 попуњава здравствена установа која је примила на лечење иностраног осигураника, а оверава филијала која је издала Здравствени лист - Образац ИНО-1.

Образац из става 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210 mm x 297 mm), боја штампе црна на хартији беле боје.

Члан 151.

Изјаву на Обрасцу ИНО-3, даје инострани осигураник у случају да не поседује доказ о праву из здравственог осигурања - потврду иностраног носиоца социјалног осигурања на основу закљученог међународног споразума, као и у случају да здравствена установа није наплатила трошкове лечења, а оверава је овлашћено лице здравствене установе.

Образац из става 1. овог члана је лист формата А4 (димензије 210 mm x 297 mm), боја штампе црна на хартији беле боје.

IX. ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 152.

Даном почетка примене овог правилника престаје да важи Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (пречишћен текст) ("Службени гласник РС", бр. 108/08, 112/08 - исправка, 11/09, 24/09, 56/09 и 80/09).

Члан 153.

Овај правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у "Службеном гласнику РС", осим одредаба чл. 110-112, члана 113. тач. 2), 3) и 4) и чл. 115-151. које ступају на снагу 1. априла 2010. године, и одредбе члана 113. тачка 1) и члана 114. које ступају на снагу 1. маја 2010. године.

ИЗЈАВА О ИЗБОРУ И ПРОМЕНИ ИЗБРАНОГ ЛЕКАРА



ОБРАЗАЦ ИЛ

ИЗБОР ПРОМЕНА

А. ЛИЧНИ ПОДАЦИ

1. Презиме		2. Име		3. Датум рођења	
				Д М Г	
4. ЛБО		5. Број телефона		6. Пол	
				<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
7. Улица		8. Поштански број		9. Општина	
Број		Стан		10. Место	

11. НАПОМЕНА: Попуњава само осигурано лице које бира изабраног лекара ван подручја матичне филијале

лице смештено у установу социјалне заштите _____ (назив и адреса установе социјалне заштите)

студент односно ђак _____ (назив и адреса факултета односно школе)

лице смештено у хранитељску породицу _____ (име, презиме и адреса хранитеља)

запослени у МУП и БИА док ради ван пребивалишта _____ (назив места привременог рада)

Б. ПОДАЦИ О ИЗБРАНОМ ЛЕКАРУ

12. Презиме		13. Име		14. ИД број лекара	
15. Назив здравствене установе					
16. Област здравствене заштите					
<input type="checkbox"/> Одраслих <input type="checkbox"/> Деце <input type="checkbox"/> Жена <input type="checkbox"/> Стоматологија					
17. Специјалност лекара *					
<input type="checkbox"/> Доктор медицине <input type="checkbox"/> Доктор специјалиста опште медицине <input type="checkbox"/> Доктор специјалиста медицине рада <input type="checkbox"/> Доктор специјалиста педијатрије					
<input type="checkbox"/> Доктор специјалиста гинекологије <input type="checkbox"/> Доктор стоматологије <input type="checkbox"/> Остало **					

В. РАЗЛОЗИ ПРОМЕНЕ ПРЕТХОДНО ИЗБРАНОГ ЛЕКАРА

18. Разлог промене изабраног лекара _____ Име и презиме претходно изабраног лекара

Престанак радног односа изабраног лекара

Промена пребивалишта осигураног лица _____ Здравствена установа претходно изабраног лекара

Осигурано лице је незадовољно лекаром који замењује изабраног лекара по истеку рока од 3 месеца _____

Изабрани лекар је одсутан дужи од 6 месеци

Неспоразум између осигураног лица и изабраног лекара

Други разлози (ако је од избора лекара прошло више од годину дана)

Изјављујем да дозвољавам да надлежни овлашћени здравствени радник - надзорник обавезног здравственог осигурања, може да има увид у моје личне податке који се односе на остваривање права из обавезног здравственог осигурања.

Напомене:

* Специјалности лекара одређене су у складу са одредбом члана 146. Закона о здравственом осигурању (поље 17)

** Избор опције "Остало" у специјалности лекара (поље 17) обележава се само у случају преноса овлашћења на надлежног лекара специјалисту у складу са чланом 37. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања.

Изјава се попуњава у 2 (два) примерка

Датум | | | | | | | | | |

Потпис осигураног лица или овлашћеног лица

Потпис здравственог радника

(М.П.)

УПУТ ЗА ЛАБОРАТОРИЈУ

Образац ОЗ-1

Здравствена установа		Здравственој установи	
Број здравственог картона - протокола			

Упућивање на

Упућује се	(презиме и име лица осигураног лица)	(име једног родитеља)
ЈМБГ	<input type="text"/>	ЛБО <input type="text"/>
члан је породице	_____	_____
	сродство	(презиме и име носиоца осигурања)
рег. бр.	<input type="text"/>	_____
		(основ осигурања)

Клиничка дијагноза	
Кад је узет материјал	
Ко шаље материјал	
Ко шаље на преглед	
КАКАВ СЕ ПРЕГЛЕД ТРАЖИ	
_____ 20 __ год.	МП _____
	(потпис и факсимил доктора медицине)

УПУТ ЗА АМБУЛАНТНО-СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПРЕГЛЕД	Образац ОЗ-2
---	---------------------

Здравствена установа	Здравственој установи	

Број здравственог картона - протокола	_____	лекару специјалисти за:

Упућује се	_____	_____
	(презиме и име)	(име једног родитеља)
ЈМБГ	<input type="text"/>	ЛБО <input type="text"/>
члан је породице	_____	_____
	сродство	(презиме и име носиоца осигурања)
рег. бр.	<input type="text"/>	_____
		(основ осигурања)
упућује се на специјалистички преглед ради:		

_____ 20 __ год.		
МП _____		
(потпис и факсимил доктора медицине)		

Здравствена установа	Пријавио се дана _____ 20 __ у __ час.	
	Преглед завршен _____ 20 __ у __ час.	
	Број протокола - евиденције _____	

ИЗВЕШТАЈ ЛЕКАРА СПЕЦИЈАЛИСТЕ

Презиме и име осигураника	
Напиао сам да болује од	
Налаз и мишљење	

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____ 20 ____ год.	М П	_____ (потпис и факсимил лекара специјалисте)

УПУТ ЗА СТАЦИОНАРНО ЛЕЧЕЊЕ	Образац ОЗ-3
-----------------------------------	---------------------

Здравствена установа		Здравственој установи	
_____		_____	
Број здравственог картона - протокола		_____	

Упућује се	_____ (презиме и име)	_____ (име једног родитеља)
ЈМБГ	<input type="text"/>	ЛБО <input type="text"/>
члан је породице	_____ (презиме и име носиоца осигурања)	_____ (презиме и име носиоца осигурања)
рег. бр.	<input type="text"/>	_____ (основ осигурања)
Дијагноза	_____	
_____ 20 ____ год.	М П	_____ (потпис и факсимил изабраног лекара)

ИЗВЕШТАЈ СТАЦИОНАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

Здравствена установа	Пријавио се дана _____ 20 ____ у ____ час.
	Број протокола - евиденције _____

Презиме и име осигураног лица	_____
Нашао сам да болује од	_____
Налаз и мишљење	_____
_____	_____
_____	_____
Разлог због којег није задржан на лечењу	_____
_____	_____
_____ 20 ____ год.	М П
Место _____	_____ (потпис и факсимил лекара специјалисте)

УПУТ ЛЕКАРСКОЈ КОМИСИЈИ	Образац ОЗ-4
--------------------------------	---------------------


Здравствена установа		Републички завод за здравствено осигурање	
_____		Филијала	
_____		Испостава	
Број здравственог картона - протокола		_____	

Упућује се	_____ (презиме и име)	_____ (име једног родитеља)
ЈМБГ	<input type="text"/>	ЛБО <input type="text"/>
из _____, ул. _____, бр. _____		
запослен код _____	рег. број	<input type="text"/>

шифра делатности	
на пословима - радним задацима	
привремено спречен за рад	
упућује се ради оцене привремене спречености за рад, односно ради	
Ради пуно - скраћено радно време од ____ часова	Инвалид је - није инвалид рада ____ категорије
Клинички, лабораторијски и други налази од значаја за оцену привремене спречености за рад:	
Досадашња терапија:	
Дијагноза:	

МИШЉЕЊЕ И ПРЕДЛОГ ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ - на основу досадашњих налаза предлагем:
_____ 20 ____ год.
Место _____ МП _____ (попис и факсимил изабраног лекара)

Обр. ЛР - 1


 000000010025

1. _____ НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ
2. _____ ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ОСИГУРАНОГ ЛИЦА
3. _____ ДАТУМ РОЂЕНА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА
4. _____ ОСНОВ ОСЛОБАЂАЊА ОД ПАРТИЦИПАЦИЈЕ
5. _____ БРОЈ ЗДРАВСТВЕНЕ КНИЖИЦЕ
6. _____ ДРЖАВА
7. _____ ДАТУМ ПРОПИСИВАЊА ЛЕКА
8. _____ БРОЈ КАРТОНА / ПРОТОКОЛА
9. _____ ИД БРОЈ ЛЕКАРА
10. _____ ШИФРА ПРОПИСАНОГ ЛЕКА
11. _____ ДИАГНОЗА

Rp.

12. _____ ПОПИС И ШТАМЕНИК ЛЕКАРА
13. _____ ДАТУМ ИЗДАВАЊА ЛЕКА
14. _____ ШИФРА ИЗДАТОГ ЛЕКА
15. _____ РЕДНИ БРОЈ
16. _____ КОМПАНИЈА
17. _____ ПОПИС ФАРМАЦЕУТА
18. _____ ЛЕК ПРИМИО

Св. Здравств. РС, бр. _____ ШТАМПА НБС - 391 Забрањено прерађивати

Jedinstvena šifra: 00000000

REPUBLIČKI FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Šifra i naziv zdravstvene ustanove: <input type="text"/>					1 M.P. Zdravstvene ustanove		
JMBG, ime i prezime osiguranika: <input type="text"/>							
Adresa osiguranika:				Kontakt telefon osiguranika:			Šifra filijale osiguranika: <input type="text"/>
Registarski broj: <input type="text"/>	Broj knjižice: <input type="text"/>	Broj istorije bolesti: <input type="text"/>	Sifra osnova osiguranja: <input type="text"/>	Broj i datum donošenja konzilijarnog mišljenja: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd mm gggg			
Šifra propisanog leka: <input type="text"/>	Količina: <input type="text"/> komada (ampula, tableta, bočica,...)	Indikacije:		Šifra dijagnoze (MKB10): <input type="text"/>			
Zaštićeno ime leka, oblik, doza i pakovanje:				ID broj lekara: <input type="text"/>	Potpis i pečat lekara: _____		
Šifra izdatog leka: <input type="text"/>	Količina: <input type="text"/> komada (ampula, tableta, bočica,...)	Datum izdavanja: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd mm gggg		Potpis farmaceuta: _____			

+

Jedinstvena šifra: 00000000

REPUBLIČKI FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Šifra i naziv zdravstvene ustanove: <input type="text"/>					1 M.P. Zdravstvene ustanove		
JMBG, ime i prezime osiguranika: <input type="text"/>							
Adresa osiguranika:				Kontakt telefon osiguranika:			Šifra filijale osiguranika: <input type="text"/>
Registarski broj: <input type="text"/>	Broj knjižice: <input type="text"/>	Broj istorije bolesti: <input type="text"/>	Sifra osnova osiguranja: <input type="text"/>	Broj i datum donošenja konzilijarnog mišljenja: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd mm gggg			
Šifra propisanog leka: <input type="text"/>	Količina: <input type="text"/> komada (ampula, tableta, bočica,...)	Indikacije:		Šifra dijagnoze (MKB10): <input type="text"/>			
Zaštićeno ime leka, oblik, doza i pakovanje:				ID broj lekara: <input type="text"/>	Potpis i pečat lekara: _____		
Šifra izdatog leka: <input type="text"/>	Količina: <input type="text"/> komada (ampula, tableta, bočica,...)	Datum izdavanja: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd mm gggg		Potpis farmaceuta: Lek primio: _____			

+

У _____

Назив здравствене установе _____

Презиме и име осигураног лица _____

Адреса _____

Сродство са носиоцем осигурања _____

рег. број

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Старост (за децу до 15 година) _____

Број здравственог картона _____

Број здравствене књижице _____

ЈМБГ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЈБО

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

НАЛОГ ЗА ИЗДАВАЊЕ ИНЈЕКЦИЈА

Осигураном лицу потребно је да се дају следеће инјекције

Ампулирани лекови (назив и јачина)	Прописано ампула	Дато ампула

НАЧИН ДАВАЊА:

(ПОТКОЖНО - ИНПРАМУСКУЛАРНО - ИНТРАВЕНОЗНО)

У размаку времена _____

У здравственој установи _____

У стану осигураног лица _____

Датум: _____

М.П. _____

(попис и факсимил доктора медицине)

НАПОМЕНА: На једном налогу може да се пропише само једна врста ампулираног лека или више врста ако се дају путем једне инјекције.**ПОДАЦИ О ДАВАЊУ ИНЈЕКЦИЈА**

(здравствена установа у којој се даје инјекције - штампил)

Ред. бр.	Датум интервенције	Потпис здравственог радника	Потпис осигураног лица
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Укупан број датих инјекција датих у амбуланти _____

Укупан број датих инјекција датих у стану осигураног лица _____

ПРИМЕДБА:

(датум)

Здравствени радник

Накнада зараде односи се на време	За потпуну спреченост за рад од 20 до 20 год					
	За скраћено радно време од 20 до 20 год					
	Обавезан рад од часова дневно					
	На стационарном лечењу од 20 до 20 год					
Узрок привремене спречености						
Болест	Изолација	Пратилац	Одржавање трудноће	Давалац ткива и органа		
1	2	3	4	5		
Повреда на раду	Повреда ван рада	Професионално обољење	Нега детета до 3 године	Нега детета преко 3 године	Нега другог оболелог члана	Породи лско одсуство
6	7	8	9	10	11	12
Дијагноза по МКБ						
Почетна			Завршна			
Завршна дијагноза(латински)						
Спољни узрок повреде						
Болест или повреду проузроковало треће лице да 1 не 2						
Да ли је рецидив да 3 не 4						
*Одговарајуће заокружити						
Оцена лекарске комисије			Број	Датум		
Износ исплаћене накнаде						
..... и оболелог члана						
(Име) (Датум рођења)						

ИЗВЕШТАЈ О ПРИВРЕМЕНОЈ СПРЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

Шифра Здравствене установе	
Презиме и име	Датум рођења
М Ж	
Матични број	
ЛБО	
Посао који обавља	
Послодавац	
Шифра делатности	Регистарски број
Место и адреса становања	
Први дан привремене спречености за рад	
Последњи дан привремене спречености за рад	
Укупан број радних дана привремене спречености за рад	
Дана 20 год. (М.П.)	
Потпис и факсимил изабраног лекара	

НАЛОГ ЗА ИСПЛАТУ - ДОЗНАКУ

Исплатити - дозначити напред наведеном осигуранику на име накнаде зараде за време од до за дана у висини % од основа

Потпис			Укупно динара
ликвидатора	контролора	благајника	словима динара:
Дозначено преко - банке на текући рачун			Дана 20 године
дан			

Образац ОЗ - 7

Назив и седиште послодавца	_____
Регистарски број	_____
Посебан текући рачун	_____
Телефон	_____

П О Т В Р Д А

О ОСТВАРЕНОЈ ЗАРАДИ ЗА УТВРЂИВАЊЕ ОСНОВА ЗА ОБРАЧУН НАКНАДЕ ЗАРАДЕ

I Зaposлени _____, број здравствене књижице _____,		
ЛМБГ	_____	ЛБО
Остварио је зараде* у три месеца која претходе месецу у коме је наступила привремена спреченост за рад и то:		
1. МЕСЕЦ/ГОДИНА	2. УКУПАН БРОЈ ЕФЕКТИВНИХ ЧАСОВА ЗА КОЈЕ ЈЕ ЗАПОСЛЕНИ	3. ИЗНОС ОСТВАРЕНЕ ЗАРАДЕ ЗА ЕФЕКТИВНЕ ЧАСОВЕ

ОСТВАРИО ЗАРАДУ	
Укупно: _____	Укупно: _____
Просек: _____	Просек: _____

Просечан износ остварене зараде по часу = укупно ред. бр. 3: укупно ред. бр. 2

* под оствареном зарадом подразумева се основна зарада запосленог увећана за минути рад. У зараду не улази:

- увећана зарада запосленог из члана 108. тачка 1., 2. и 3. Закона о раду
- накнада трошкова из члана 118. Закона о раду
- друга примања из члана 119. и 120. Закона о раду
- накнада зараде по прописима о пензијско-инвалидском осигурању

II Запослени има - нема претходни стаж здравственог осигурања у трајању од најмање три месеца непрекидно или шест месеци са прекидима у последњих осамнаест месеци пре почетка коришћења права из обавезног здравственог осигурања.

У _____ ПОТПИС ОВЛАШЋЕНОГ
Дана _____ М.П. ЛИЦА КОД ПОСЛОДАВЦА

Образац ОЗ - 8

Назив и седиште послодавца _____
Регистарски број _____
Посебан текући рачун _____
Телефон _____

П О Т В Р Д А	
О КРЕТАЊУ (ПОРАСТУ-СМАЊЕЊУ) ЗАРАДА КОД ПОСЛОДАВЦА ЗА ПРВО УСКЛАЂИВАЊЕ ОСНОВА ЗА НАКНАДУ ЗАРАДЕ	
ПРВО УСКЛАЂИВАЊЕ	
Месеци _____ 20 ____	Месец _____ 20 ____
КОЛОНА 1	КОЛОНА 2
Ред. број 1: укупна зарада за ефективне сате на нивоу послодавца за три календарска месеца која претходе месецу у коме је наступила привремена спреченост за рад запосленог _____	Ред. број 1: укупна зарада за ефективне сате на нивоу послодавца за календарски месец који претходи месецу за који се врши усклађивање _____
Ред. број 2: укупан број ефективних сати рада за који је исплаћена зарада под редним бројем 1 _____	Ред. број 2: укупан број ефективних сати рада за који је исплаћена зарада под редним бројем 1 _____
Ред. број 3: остварена зарада по сату (ред. број 1 подељен ред. број 2) _____	Ред. број 3: остварена зарада по сату (ред. број 1 подељен ред. број 2) _____
Ред. број 4: просечни месечни могући број сати по раднику (збир могућег фонда сати подељен са 3) _____	Ред. број 4: могући месечни фонд сати по раднику _____
Ред. број 5: просечна месечна зарада (ред. број 3 x ред. број 4) _____	Ред. број 5: просечна месечна зарада (ред. број 3 x ред. број 4) _____
Коефицијент кретања просечне зараде код послодавца: (ред. бр. 5 колоне 2 подељен са ред. број 5 колоне 1) _____	
У _____	ПОТПИС ОВЛАШЋЕНОГ ЛИЦА КОД ПОСЛОДАВЦА
Дана _____	М.П. _____

Образац ОЗ - 9

Назив и седиште послодавца _____
Регистарски број _____

Посебан текући рачун _____
Телефон _____

П О Т В Р Д А

**О КРЕТАЊУ (ПОРАСТУ-СМАЊЕЊУ) ЗАРАДА КОД ПОСЛОДАВЦА
ЗА НАРЕДНА УСКЛАЂИВАЊА ОСНОВА ЗА НАКНАДУ ЗАРАДЕ**

НАРЕДНА УСКЛАЂИВАЊА: Усклађивање накнаде зараде за запосленог на боловању после спроведеног првог усклађивања се врши према кретању просечне месечне зараде код послодавца и то: у колону 2 се уносе подаци на нивоу послодавца за месец који претходи месецу за који се врши усклађивање, а у колону 1 се уносе подаци на нивоу послодавца за месец који претходи месецу исказаном у колони 2.

НАРЕДНА УСКЛАЂИВАЊА

Месеци _____ 20 ____	Месец _____ 20 ____
КОЛОНА 1	КОЛОНА 2
Ред. број 1: укупна зарада за ефективне сате на нивоу послодавца за месец који претходи месецу исказаном у кол. 2	Ред. број 1: укупна зарада за ефективне сате на нивоу послодавца за календарски месец који претходи месецу за који се врши усклађивање
Ред. број 2: укупан број ефективних сати рада за који је исплаћена зарада под редним бројем 1	Ред. број 2: укупан број ефективних сати рада за који је исплаћена зарада под редним бројем 1
Ред. број 3: остварена зарада по сату (ред. број 1 подељен ред. број 2)	Ред. број 3: остварена зарада по сату (ред. број 1 подељен ред. број 2)
Ред. број 4: могући месечни фонд сати по запосленом	Ред. број 4: просечна месечна зарада (ред. број 3 x ред. број 4)
Ред. број 5: просечна месечна зарада (ред. број 3 x ред. број 4)	Ред. број 5: просечна месечна зарада (ред. број 3 x ред. број 4)

Коефицијент пораста или смањења просечне зараде код послодавца:
(ред. бр. 5 колоне 2 подељен са ред. број 5 колоне 1) _____

У _____

Дана _____ М.П.

**ПОТПИС ОВЛАШЋЕНОГ
ЛИЦА КОД ПОСЛОДАВЦА**

СПИСАК ОБРАЧУНАТИХ - ИСПЛАЋЕНИХ НАКНАДА ЗАРАДА

Образац ОЗ-10

(назив послодавца)

Број: _____ Датум: _____ Седиште: _____

Посебан рачун послодавца

Регистарски број _____ Шифра делатности _____ ПИБ _____ број: _____

Редни број	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ОСИГУРАНИКА	Пол осигураника	Да ли је прва исплата*	Накнада обрачуната за време									Бруто накнада (14+16+17)	Доприноси		порез	нето накнада (14+15+16+17)	за исплату (14+15+16+17)
				од	до	болести	повреде на раду	професионалне болести	неге члана породице	изолације и праћења	давалац ткива и органа	одржавање трудноће		из	на			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

*Ако се ради о првој исплати из средстава завода уписује се "да", у осталим случајевима уписује се "не".

Републички фонд - филијала - _____

Право, висину и контролу обрачуна накнаде зараде извршио: _____

Обрачун извршио: _____

Финансијски руководиоца _____

Број: _____ Датум: _____

(М.П.)

_____ (Презиме и име)

_____ (Презиме и име)

(М.П.)

_____ (Презиме и име)

Назив здравствене установе
Број здравственог картона - протокола
Дана _____ 20____ године

Образац ОЗ - 11

П О Т В Р Д А

О ПОТРЕБИ ПУТОВАЊА У ЦИЉУ ОСТВАРИВАЊА
ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Упућује се _____,
(презиме и име осигураног лица које се упућује)

Број здравствене књижице _____

у

ЈМБГ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЛБО

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

здравствену установу _____ у _____

РАДИ:*

а) АМБУЛАНТНО - СПЕЦИЈАЛИСТИЧКОГ ПРЕГЛЕДА

б) СТАЦИОНАРНОГ ЛЕЧЕЊА

ц) ПРОДУЖЕНЕ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ

д) КОМИСИЈСКОГ ПРЕГЛЕДА

С обзиром на природу болести потребан је превоз следећим превозним средством _____

Пратилац је - није потребан _____

*)Одговарајуће податке заокружити

МП

Потпис и факсимил
изабраног лекара

ПОДАЦИ О ИЗВРШЕНОМ ПРЕГЛЕДУ - ЛЕЧЕЊУ

1. Датум _____ Време _____ _____ потпис, факсимил и печат)	2. Датум _____ Време _____ _____ потпис, факсимил и печат)	3. Датум _____ Време _____ _____ потпис, факсимил и печат)	4. Датум _____ Време _____ _____ потпис, факсимил и печат)
5. Датум _____ Време _____ _____ потпис, факсимил и печат)	6. Датум _____ Време _____ _____ потпис, факсимил и печат)	7. Датум _____ Време _____ _____ потпис, факсимил и печат)	8. Датум _____ Време _____ _____ потпис, факсимил и печат)
9. Датум _____ Време _____ _____ потпис, факсимил и печат)	10. Датум _____ Време _____ _____ потпис, факсимил и печат)	11. Датум _____ Време _____ _____ потпис, факсимил и печат)	12. Датум _____ Време _____ _____ потпис, факсимил и печат)

ОБРАЧУН ТРОШКОВА ПРЕВОЗА

За осигурано лице: 1. превоз од _____ до _____ и на траг дин. _____

За пратиоца: 1. превоз од _____ до _____ и на траг дин. _____

Укупно дин. _____

За исплату дин. _____

(словима динара: _____)

(име и презиме)

Датум _____ 20____ године

ПОТПИС ЛИКВИДАТОРА

ПОТПИС КОНТРОЛОРА

Напомена: Сагласан сам да се трошкови превоза исплате на текући рачун број _____

-Првостепена лекарска комисија-

Број: _____

Дана : _____ 20 ____ .г.

П О Т В Р Д А

**О ПОТРЕБИ ПУТОВАЊА У ЦИЉУ ОСТВАРИВАЊА
ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**

Упућује се _____,

(презиме и име осигураног лица које се упућује)

Број здравствене књижице _____

ЛБО

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЈМБГ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

у _____

(назив здравствене организације)

РАДИ:*

а) АМБУЛАНТНО-СПЕЦИЈАЛИСТИЧКОГ ПРЕГЛЕДА

б) СТАЦИОНАРНОГ ЛЕЧЕЊА

С обзиром на природу болести потребан је превоз следећим превозним средством

Пратилац је - није потребан _____

*) Одговарајуће податке заокружити

МП

Потпис и факсимил
председника лекарске комисије

ПОДАЦИ О ИЗВРШЕНОМ ПРЕГЛЕДУ - ЛЕЧЕЊУ

1. Датум _____

2. Датум _____

3. Датум _____

4. Датум _____

Време _____

Време _____

Време _____

Време _____

(потпис, факсимил и печат)

(потпис, факсимил и печат)

(потпис, факсимил и печат)

(потпис, факсимил и печат)

5. Датум _____

6. Датум _____

7. Датум _____

8. Датум _____

Време _____

Време _____

Време _____

Време _____

(потпис, факсимил и печат)

(потпис, факсимил и печат)

(потпис, факсимил и печат)

(потпис, факсимил и печат)

9. Датум _____

10. Датум _____

11. Датум _____

12. Датум _____

Време _____

Време _____

Време _____

Време _____

(потпис, факсимил и печат)

(потпис, факсимил и печат)

(потпис, факсимил и печат)

(потпис, факсимил и печат)

ОБРАЧУН ТРОШКОВА ПРЕВОЗА

За осигурано лице:

1. превоз од _____ до _____

и натраг дин. _____

За пратиоца:

1. превоз од _____ до _____

и натраг дин. _____

Укупно дин. _____

За исплату дин. _____

(словима динара: _____)

_____ (име и презиме)

Датум _____ 20 ____ године

ПОТПИС ЛИКВИДАТОРА

ПОТПИС КОНТРОЛОРА

Напомена: Сагласан сам да се трошкови превоза исплате на текући рачун број _____

ПОТВРДА О КОРИШЋЕЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ИНОСТРАНСТВУ

1. Осигураник	ЈМБГ										
	ЛБО										
1.1. Презиме	Име										
1.2. Датум рођења											
1.3. Адреса у Републици Србији											
2. Члан породице	ЈМБГ										
	ЛБО										
2.1. Презиме	Име										
2.2. Датум рођења											
2.3. Сродство са носиоцем Осигурања											
2.4. Адреса у Републици Србији											
3. Основ боравка у иностранству											
3.1. Деташирани радник											
3.2. Запослен у домаћинству домаћег држављанина на служби у тој земљи, код међународних и страних организација, односно послодавца, упућен на рад											
3.3. Упућен на школовање, стручно усавршавање и специјализацију											
3.4. Службени пут											
3.5. Приватни боравак											
4. Ова потврда важи	за осигураника	1. <input type="checkbox"/>									
	за члана породице	2. <input type="checkbox"/>									
За период	од										до
5. Надлежна Филијала здравственог осигурања											
Назив											
Адреса											
Број				Печат				Потпис			
Датум											

ОБЈАШЊЕЊЕ

Ова потврда се издаје сходно члану 63.-67. Закона о здравственом осигурању ("Сл. гласник РС" бр. 107/05 и 109/05-исправка).

Осигураник за време боравка у иностранству има право на коришћење здравствене заштите само у случају хитне медицинске помоћи како би се отклонила непосредна опасност по живот и здравље осигураног лица. Уколико осигурано лице за време боравка у иностранству користи хитну медицинску помоћ у стационарној здравственој установи, може је користити у иностранству само онолико времена колико је потребно да се оспособи за здравствено безбедан повратак у земљу.

За време боравка у иностранству осигурано лице може користити здравствену заштиту из средстава обавезног здравственог осигурања само у здравственим установама које су у систему јавног здравља стране државе.

Уколико осигурано лице користи здравствену заштиту у иностранству, по повратку у земљу обраћа се Дирекцији Републичког фонда са захтевом за накнаду трошкова. Уз захтев осигурана лица су у обавези да приложе: доказ о осигурању (копију ове потврде) оригиналну медицинску и рачунску документацију (доказ о плаћању здравствених услуга у иностранству).

Број: _____
Дана : _____ 20 ____ .г.

Филијала за _____ округ, решавајући по захтеву здравствене установе (назив и адреса здравствене установе)	
број _____ од _____ за сагласност на наставак лечења осигураног лица _____ (име и презиме)	
ЈМБГ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ЛБО <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
примљеног дана _____ као хитан случај, ван подручја матичне филијале, без упута изабраног лекара, односно без овере лица које је овластио директор матичне филијале, са дијагнозом _____	

О Б А В Е Ш Т А В А
здравствену установу

1. Да је сагласна са наставком лечења осигураног лица _____ _____ _____
2. Да није сагласна са наставком лечења осигураног лица из следећих разлога: _____ _____ _____
М.П. _____ (име, презиме и потпис овлашћеног лица у Филијали)

_____ (здравствена установа) _____ (место) _____ (број и датум)	Образац ПЗ
П О Т В Р Д А	
Осигураном лицу _____ из _____, (име и презиме) (место)	
_____, ЛБО _____, (адреса)	
број здравствене књижице/потврде _____,	
здравствена установа _____ није могла (назив здравствене услуге)	
од 30 дана од дана јављања са лекарским упутом изабраног лекара из следећих разлога: _____	
Потврда се издаје на основу Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС" _____).	
М.П. _____ (потпис директора здравствене установе, односно овлашћеног лица)	

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА

ЗАХТЕВ ЗА РЕФУНДАЦИЈУ ТРОШКОВА
ПРУЖЕНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА

ИСПОСТАВА

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА (ОСИГУРАНО ЛИЦЕ)

Презиме и име

Адреса

Број телефона

ЛБО осигураног лица

ПОДАЦИ О НАПЛАЋЕНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ УСЛУЗИ

Назив здравствене установе

Износ (у динарима)

Назив здравствене установе или
приватне праксе која је пружила и
наплатила здравствену услугуИме, презиме и специјалност лекара који
је пружио здравствену услугу

Прилози (заокружити број за документацију која се подноси):

- 1) пут за преглед за здравствену установу са евидентираним датумом заказивања прегледа;
- 2) потврда здравствене установе (Образац ПЗ);
- 3) рачун о плаћеној здравственој установи;
- 4) медицинска документација - фотокопија (специјалистички налаз и др. о пруженој здравственој услузи за коју се подноси захтев за рефундацију);
- 5) фотокопија здравствене књижице или оригинал на увид.

Место, датум

Потпис осигураног лица

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА ЗА _____

Испостава _____

Број: _____

Датум: _____ 20 ____ .г.

Образац ЦЗ

ИЗЈАВА О ЧЛАНОВИМА ПОРОДИЦЕ И
ПРИХОДИМА ПО ЧЛАНУ ПОРОДИЦЕ

1. Ради издавања, односно овере здравствене књижице на основу члана 9. Правилника о месечном износу прихода као цензусу за стицање својства осигураника ("Службени гласник Србије", бр. 112/06 и 5/09), изјављујем под моралном, материјалном и кривичном одговорношћу, да сам:

1.1 незапослено лице

1.2 социјално угрожено лице

1.3 избегло, односно прогнано лице коме је надлежни републички орган утврдио статус избеглог, односно прогнаног лица из бивших република СФРЈ са боравиштем на територији Републике Србије.
(заокружити одговарајући број)

2. Изјављујем да:

2.1 живим сам и не остварујем приходе

2.2 живим у заједничком домаћинству са члановима породице који:

1) остварују приходе

2) не остварују приходе

(заокружити одговарајући број, односно попунити одговарајуће податке)

Ред. бр	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	ЛМБГ	СРОДСТВО	ПРИХОД ОД (зарада, пензија, уг. накнада)	ИЗНОС У ДИНАРИМА
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

НАПОМЕНА:

- чланови породице су: СУПРУЖНИК или ванбрачни партнер ако ванбрачна заједница траје најмање две године, ДЕЦА рођена у браку или ван брака, усвојена и пасторчад и деца узета на издржавање, као и РОДИТЕЉИ под условом да живе у заједничком домаћинству

- приходе од пољопривреде и шумарства, самосталне делатности, капитала, непокретности и капиталне добити остварене у претходној календарској години пре подношења изјаве, односно последњи познат

податак о том приходу који се води код управе јавних прихода, прибавља Републички фонд за здравствено осигурање по службеној дужности.

	Име и презиме _____
	ЈМБГ _____
Датум _____	Бр. ЛК _____ Издао од _____
У _____	Место, улица и број _____

	потпис

ПОТРЕБНИ ДОКАЗИ КОЈИ СЕ ПОДНОСЕ УЗ ИЗЈАВУ

I

1. Фотокопија личне карте за подносиоца изјаве и чланове породице
2. Својство члана породице доказује се:
 - за супружника изводом из матичних књига венчаних,
 - за ванбрачног партнера изјавом ванбрачних партнера да заједница живота траје најмање две године и изјавом два сведока о постојању ванбрачне заједнице, које су оверене код надлежног општинског органа, односно суда,
 - за децу рођену у браку или ван брака и пасторчад изводом из матичне књиге рођених,
 - за усвојену децу одлуком надлежног органа о усвојењу,
 - за децу узету на издржавање одлуком надлежног органа о утврђивању обавезе издржавања,
 - за родитеље изводом из матичне књиге рођених за подносиоца изјаве и родитеље.

II

1. Зарада остварена у претходном календарском месецу пре подношења изјаве доказује се потврдом послодавца о висини исплаћене зараде.
2. Пензија остварена у претходном календарском месецу пре подношења ове изјаве доказује се чеком о исплаћеној пензији, односно потврдом банке.
3. Уговорена накнада остварена у претходном календарском месецу пре подношења ове изјаве доказује се потврдом исплатиоца о висини уговорене накнаде.

III

Уколико подносилац изјаве и чланови његове породице не остварују зараду, пензију као и уговорену накнаду, то се доказује овереном фотокопијом радне књижице или изводом из матичне евиденције Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање, осим за децу до краја прописаног школовања.

1. ИД број лекара

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*попуњава филијала РФЗО/лекар

А Попуњава лекар

2. <input type="checkbox"/> ПРИЈАВА <input type="checkbox"/> ПРОМЕНА		ОДЈАВА: <input type="checkbox"/> ПРИВРЕМЕНА <input type="checkbox"/> ТРАЈНА		3. Датум	
5. Име лекара:		6. Презиме лекара:		4. Разлог одјаве:	
8. ЛБО лекара		9. Број телефона лекара:		7. ЈМБГ лекара	
11. Е-mail адреса лекара:		12. Број лиценце:		10. Адреса лекара на којој прима пошту:	
14. Врста радног односа: <input type="checkbox"/> неодређено време <input type="checkbox"/> одређено време			14.1. Датум престанка радног односа:		
15. Тип ИД броја		16. Изабрани лекар		17. Звање након завршених основних студија	
<input type="checkbox"/> I - др мед./др мед. спец. опште медицине, односно спец. мед. рада		16.1. <input type="checkbox"/> ДА		<input type="checkbox"/> доктор медицине <input type="checkbox"/> доктор стоматологије	
<input type="checkbox"/> II - др мед. спец. педијатрије		16.2. <input type="checkbox"/> НЕ		18. Назив специјалности:	
<input type="checkbox"/> III - др мед. спец. гинекологије		19. Отисак штамбиља ИД броја		18.1. Шифра специјалности	
<input type="checkbox"/> IV - доктор стоматологије		20. Потпис лекара:		(шифарник специјалности налази се на полеђини обрасца)	
<input type="checkbox"/> V - за прописивање лекова на рецепт (за ТБЦ и ХИВ)					
<input type="checkbox"/> VI - за прописивање лекова на обрасцима N1 и N2				*потпис не сме прелазити оквир	

Б Попуњава давалац услуга

21. Назив даваоца услуга код којег је лекар запослен:		22. ПИБ даваоца услуга:	
23. Матични број даваоца услуга (здравствене установе):		24. Датум	
25. Одговорно лице даваоца услуга:			
Потпис		(М.П.)	
*потпис не сме прелазити оквир			

В Попуњава Републички фонд за здравствено осигурање

26. Републички фонд / филијала: Шифра филијале РФЗО		26.1.		27. Усагласити штамбиљ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	
28. Захтев одбачен - разлог <input type="checkbox"/> непотпун <input type="checkbox"/> нејасан <input type="checkbox"/> нечитак		29. Захтев одобрен <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ		30. Датум	
31. Одговорно лице филијале РФЗО:			32. Одговорно лице дирекције РФЗО:		
Потпис			Потпис		
*потпис не сме прелазити оквир			*потпис не сме прелазити оквир		
(М.П.)			(М.П.)		

Шифарник специјалности

01 интерна медицина	25 патолошка анатомија
02 инфектологија	26 судска медицина
03 педијатрија	27 хигијена
04 пнеумофизиологија	28 епидемиологија
05 неурологија	29 микробиологија са паразитологијом
06 психијатрија	30 социјална медицина
07 дечја неурологија	31 медицина рада

08 дечја психијатрија	32 општа медицина
09 општа хирургија	33 клиничка физиологија
10 дечја хирургија	34 медицина спорта
11 неурохирургија	35 трансфузиологија
12 анестезиологија са реаниматологијом	36 клиничка биохемија
123 медицинска биохемија	37 клиничка фармакологија
13 урологија	38 имунологија
14 ортопедија	39 ургентна медицина
15 пластична и реконструктивна хирургија	40 медицинска статистика и информатика
16 максиларнофацијална хирургија	41 неуропсихијатрија
17 гинекологија и акушерство	42 дечја и превентивна стоматологија
18 оториноларингологија	43 болести зуба и ендодонција
19 офталмологија	44 пародонтологија и орална медицина
20 дерматовенерологија	45 ортопедија вилица
21 физикална медицина и рехабилитација	46 стоматолошка протетика
22 радиологија	47 орална хирургија
23 грудна хирургија	48 стоматологија
24 нуклеарна медицина	

Упутство за попуњавање обрасца

Сви унети подаци морају бити тачни. За тачност података солидарно одговарају лекар и давалац услуга.

Подносилац је дужан да на захтев Републичког фонда / филијале поднесе сва документа којима доказује тачност унетих података.

У пољу 1., ИД број уписује филијала при додели ИД броја. Подносилац уписује ИД број у поље 1. приликом одјаве или промене података у Евиденцији.

Уз захтев за доделу ИД броја, подносилац доставља потписани уговор о коришћењу ИД броја.

Захтев за одјаву ИД броја или промену података у Евиденцији, подноси се у року од три дана од дана настанка разлога за одјаву или промену.

Уз захтев за одјаву ИД броја, подносилац доставља изјаву лекара да је печат украден или изгубљен или записник о уништењу печата.

У случају да је образац непотпун, нејасан или нечитак, филијала враћа сва три примерка подносиоцу ради исправке и допуне. Ако подносилац не врати исправљене примерке захтева, сматраће се да захтев није ни подношен.

Напомена* У случају крађе или губитка штамбиља, лекар је дужан да одјаву штамбиља изврши одмах.

Обрасци ОЛК-1 до ОЛК-40

- брисани -

	Образац ИНО - 1
--	------------------------

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ Филијала за _____ Испостава _____ ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ПО ОСНОВУ СПОРАЗУМА/ КОНВЕНЦИЈЕ СА _____ Број: _____	ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ ВАЖИ ОД 20 ДО 20
--	---

ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ за иностраног осигураника и чланове његове породице
--

Презиме и име иностраног осигураника _____ име оца _____, рођен-а _____ године у _____, број пасоша и датум издавања _____ стална адреса у иностранству _____, привремена адреса у Републици Србији _____ запослен-а код _____ има право коришћења здравствене заштите по основу потврде број _____ од _____ 20 ____ коју је издао инострани носилац социјалног осигурања
--

(назив издаваоца-иностраниг носиоца)

а која се налази код Филијале _____ Испоставе _____
Републичког фонда за здравствено осигурање.

Право коришћења здравствене заштите имају и чланови породице иностраног осигураника:

Презиме и име	Датум рођења	Број осигурања	Сродство

У _____
Дана _____ 20__ године _____ М.П. _____
(потпис овлашћеног лица)

О Б Ј А Ш Њ Е Њ E

Здравствени лист издаје филијала/испоставе РФЗО на чијем подручју инострани осигураник има привремени боравак, и то на основу потврде иностраног носиоца социјалног осигурања о праву на коришћење здравствене заштите (давања у природи), на одговарајућем образцу, који се задржава код филијале/испоставе, издаваоца здравственог листа.

Здравствена заштита пружа иностраном осигуранику или члану његове породице здравствену заштиту на основу ове исправе, која обухвата лечење у здравственим установама на примарном, секундарном и терцијарном нивоу под условима, на начин и у обиму као и осигуранику РФЗО, само у случају пружања хитне медицинске помоћи и у случају привремене неспособности за рад, док трају такве околности по мишљењу надлежног органа за остваривање права из здравственог осигурања.

На основу здравственог листа може се користити здравствена заштита и ван подручја филијале/испоставе РФЗО која је исти издала под условима, на начин и у обиму као и осигураник РФЗО.

Образац ИНО - 2

Назив здравствене установе	Филијала/испоставе РФЗО
Бр. здрав. картона/историја болести	Образац по Споразуму
(Број осигурања или други идентификациони број)	
ОБАВЕШТЕЊЕ О БОЛНИЧКОМ ЛЕЧЕЊУ ИНОСТРАНОГ ОСИГУРАНИКА	
(име и презиме иностраног осигураника или члана породице)	
(сродство)	
_____ рођ. _____ у _____	(име и презиме иностраног осигураника) (датум) (место рођења)
налази се на лечењу у _____ (назив здравствене установе)	
због (дијагнозе) _____	
У _____ 20__ _____ (потпис лекара)	
М.П. _____	
Назив здравствене установе	Мат. бр.
ФИЛИЈАЛА / ИСПОСТАВА РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ	
(име и презиме иностраног осигураника или члана породице)	
примљен-а је на лечење дана _____ 20__ са предвиђеним трајањем лечења од _____ (дана, недеља, месеци)	

У _____ 20 __

M.II.

(потпис овлашћеног лица)

Образац ИНО - 3

Подаци о иностраном осигуранику када не поседује доказ о праву из здравственог осигурања

1. Завољен код _____
2. Здравствено осигуран код _____
3. Привремена адреса у Републици Србији _____
4. Стална адреса у иностранству _____

ИЗЈАВА - DECLARATION - ERKLARUNG - DECLARATION

Пошто немам доказа о праву из здравственог осигурања за време привременог боравка у Републици Србији, изјављујем да ћу сносити трошкове здравствене заштите коју користим у
I declare that I shall pay all costs of health protection which I use in
Ich erkläre hiemit, dass ich sämtliche Kosten des Gesundheitsschutzes, den ich bei
Je declare par cela que je payerai tous les frais de la protection de ma sante, usee chez

(назив здравствене установе)
(name of health care institution)
(Benennung der gesundheitlichen Organisation)
(nom de l'organisation sanitaire)

ако надлежни носилац социјалног осигурања у земљи у којој сам здравствено осигуран не преузме обавезу плаћања тих трошкова.

if competent authority of social insurance in a country where I am entitled to the health insurance, do not undertake payment of those costs

geniesse, selbst tragen sverde, falls der zuständige Trager der Sozialversicherung in meine Land die Bezahlung dieser Kosten, nicht auf sich nimmt.

si le porteur legal de l'assurance sociale dans le pays ou j'ai l'assurance maladie ne prendra pas l'obligation du payement de ces frais.

У _____, 20 __

(потпис иностраног осигураника)

In

(foreign insured person's signature)

A

(Unterschrift des Versicherten)
(signature de l'assure)

бр. пасоша, passport No., passnummer, nro. du passport

Потврђује се да је ову изјаву својеручно потписао _____

We confirm that this declaration is undesigned by

Es wird bestätigt, dass diese Erklärung eigenhändig unterschrieben wurde von

Nous confirmons que cette declaration est signee par la propre main de

У _____, 20 __

In

A

In

ПЕЧАТ-STAMP-SIEGEL-SCEAU

(потпис овлашћеног лица - authorised person's signature -
unterschrift ferantvortischen person - signature du person autorise)

- Податке о иностраном осигуранику уписује овлашћено лице које издаје Обавештење о болничком лечењу иностраног осигураника.

- Изјава се даје само у случају када лице не поседује доказ о праву из здравственог осигурања (образац по закљученом међународном споразуму) а оверава је овлашћено лице здравствене установе