

ПРИЕДЛОГ ЗА ДОДЈЕЛУ ШИФРЕ И/ИЛИ ОВЛАШЋЕЊА / ИЗМЈЕНА ПОДАТАКА О ДОКТОРУ МЕДИЦИНЕ/СТОМАТОЛОГИЈЕ
КОЈЕМ ЈЕ ДОДИЈЕЉЕНА ШИФРА И/ИЛИ ОВЛАШЋЕЊЕ / ОДУЗИМАЊЕ ШИФРЕ И/ИЛИ ОВЛАШЋЕЊА

Назив подносиоца приједлога / здравствене установе	
Адреса и контакт телефон подносиоца приједлога / здравствене установе	
Име и презиме контакт особе	
Број и датум приједлога	
Садржај приједлога	☐ додјела шифре ☐ додјела овлашћења ☐ измјена података о доктору медицине/стоматологије којем је додијељена шифра и/или овлашћење ☐ одузимање шифре и/или овлашћења

Име и презиме доктора медицине/стоматологије	
Датум и година рођења доктора медицине/стоматологије	
Јединствени матични број доктора медицине/стоматологије	
Доктор медицине/стоматологије (специјалност/супспецијалност)	
Датум стицања звања специјалисте/супспецијалисте	
Установа у којој је доктор медицине/стоматологије запослен	
Датум пријаве шифре и/или овлашћења	
Датум одузимања шифре и/или овлашћења	
Датум измјене података о доктору медицине/стоматологије	
Врста ангажмана *означити ☒	
☐ Радни однос ☐ на неодређено вријеме ☐ на одређено вријеме: од _____ до _____. број радних сати _____	Остали уговори (*означити ☒): ☐ Уговор о дјелу ☐ Уговор о допунском раду ☐ Уговор о привременим и повременим пословима ☐ Остало (навести) _____
☐ Радна дозвола (иностранци стручњак)	*Трајање означеног уговора: од _____ до _____.
Разлог додјељивања шифре и/или овлашћења / измјене података о доктору медицине / стоматологије / одузимања шифре и/или овлашћења	

Одговорно лице:

М. П.

потпис

Датум: _____. године

пуно име и презиме

ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА
РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

Филијала _____

Пословница/експозитура _____

Датум: _____

Основ осигурања: 81 ИНО стварни трошак

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА КОРИСТИ СЕ ПО ОСНОВУ
УГОВОРА О СОЦИЈАЛНОМ ОСИГУРАЊУ СА

БОЛЕСНИЧКИ ЛИСТ БРОЈ: _____

За период од _____ до _____

Евиденцијски број иностраног осигураника у Републици Српској: _____

Име и презиме: _____

Датум рођења: _____

Стално настањен (адреса у иностранству): _____

са привременим боравком у (адреса у Републици Српској): _____

има право коришћења:

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| ☐ | хитне/неопходне здравствене заштите | (1) |
| ☐ | одобрен наставак лијечења због пуне здравствене заштите ради: | (2) |
| ☐ | медицинска средства вриједности веће од 300 КМ | (3) |
| ☐ | медицинске рехабилитације | (4) |

на основу потврде _____ од _____

коју је издао инострани носилац осигурања (назив): _____

а која је похрањена при овој пословници - експозитури.

НАПОМЕНЕ:

- (1) Хитне/неопходне здравствене услуге које се не могу одгодити а да живот и здравље лица не буду угрожени до планираног повратка у државу осигурања.
- (2) Здравствена заштита у обиму који се осигурава осигураним лицима Фонда здравственог осигурања Републике Српске.
- (3) За медицинска средства вриједности веће од 300 КМ неопходно је преко Фонда здравственог осигурања Републике Српске тражити сагласност иностраног носиоца осигурања.
- (4) За лијечење у уговореним специјализованим установама за медицинску рехабилитацију неопходно је преко Фонда здравственог осигурања Републике Српске тражити сагласност иностраног носиоца осигурања.

УПУТСТВА:

I Уговорна јавна здравствена установа ће осигуранику на основу овог болесничког листа пружити здравствену заштиту у означеном обиму, и то: примарну здравствену заштиту, специјалистичко-консултативну здравствену заштиту, болничку здравствену заштиту и лијекове са Листе лијекова који се издају на рецепт.

II Здравствена заштита по основу овог болесничког листа може се користити само за период наведен у овом болесничком листу, у сваком мјесту на подручју Републике Српске.

III У случају болничког лијечења, потребно је одмах обавијестити пословну јединицу Фонда здравственог осигурања Републике Српске која је издала болеснички лист ради упућивања обавјештења иностраном носиоцу здравственог осигурања.

IV У случају привремене спријечености за рад, потребно је одмах обавијестити пословну јединицу Фонда здравственог осигурања Републике Српске која је издала болеснички лист и доставити налаз и мишљење којим се утврђује привремена спријеченост за рад ради упућивања обавјештења иностраном носиоцу здравственог осигурања који је искључиво надлежан за одобравање привремене спријечености за рад.

V Ако је иностраном осигуранику за вријеме привременог боравка у Републици Српској потребан већи обим здравствене заштите од одобреног права на хитне/неопходне услуге здравствене заштите, Фонд здравственог осигурања Републике Српске, на основу медицинске документације и предрачуна, на двојезичном утврђеном образцу обавјештава надлежног носиоца осигурања, те ако надлежни носилац утврди оправданост за већи обим здравствене заштите, издаје образац проширеног права, на основу којег Фонд здравственог осигурања Републике Српске издаје нови болеснички лист са већим правом.

М. П.

Потпис овлашћеног лица

Број потврде: _____

Датум издавања потврде: _____

Фонд здравственог осигурања Републике Српске

Филијала:

Пословница/експозитура:

ПОТВРДА О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ ЗА ОСИГУРАНИКЕ
ТОКОМ ПРИВРЕМЕНОГ БОРАВКА У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

Подаци о носиоцу осигурања

Евиденцијски број:

Име и презиме:

Датум рођења:

Адреса боравка:

Потврда се издаје ради коришћења права из здравственог осигурања током привременог боравка у Републици Српској.

Датум важења потврде:

од _____ до _____

Овом потврдом се даје право на пун обим здравствене заштите на период назначен изнад.

М. П.

Потпис овлашћеног лица

Напомена:

Потврда се издаје корисницима пензија или сразмјерног дијела пензије Фонда ПИО РС са пребивалиштем у иностранству за вријеме привременог боравка у Републици Српској који не може бити дужи од 30 дана у години.

Осигураник је дужан предочити потврду приликом коришћења здравствених услуга у здравственој установи у Републици Српској са којом Фонд здравственог осигурања Републике Српске има закључен уговор.
