

ПРИЛОГ 1

ЛИСТА МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА КОЈА СЕ ПРИВРЕМЕНО ИЛИ ТРАЈНО УГРАЂУЈУ У ДИЈЕЛОВЕ ТИЈЕЛА РАДИ СТИМУЛАЦИЈЕ ФУНКЦИЈЕ ОРГАНА И СИСТЕМА ОРГАНА

Медицинска средства која се, уколико су медицински индикована, осигураном лицу приликом пружања здравствене заштите привремено или трајно уграђују у дијелове тијела ради стимулације функције органа и система органа су:

- 1) остеосинтетски фиксациони материјал;
- 2) вјештачки зглоб;
- 3) срчани електростимулатор (пејсмејкер, енгл. *pace maker*);
- 4) артериовенозни спој (*av shunt* и *av fistula*);
- 5) систем за деривацију možдане течности;
- 6) уградна очна сочива;
- 7) аерационе цјевчице;

- 8) стент;
- 9) мрежица за вентралну хернију;
- 10) кохлеарни имплант и процесор звука за кохлеарни имплант;
- 11) орбитални имплант;
- 12) инзулинска пумпа;
- 13) систем за стимулацију кичмене мождине;
- 14) био-ос и колаген мембрански, у сљедећим индикацијама:
 1. хируршко збрињавање повреда коштаних структура вилица и зуба у случају када се без употребе алопластичних материјала не може адекватно збринути повреда,
 2. попуњавање оперативних дефеката коштаних структура вилица након операција развојних циста, тумора, великих периапикалних лезија са дефектом преко 3 cm,
 3. попуњавање инфракоштаних пародонталних дефеката код пацијента узраста до 15 година са дијагностикованом јувенилном пародонтопатијом.

ПРИЛОГ 4

Фонд здравственог осигурања
Републике Српске

Редни број захтјева

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

(попуњава пословна јединица Фонда)

Назив здравствене установе:
Организациона јединица
Број здравственог картона – дневника
Датум:

НАЛОГ

за набавку/поправку медицинског средства

Прегледом осигураног лица, из

(презиме и име) (ЈМБ) (адреса стана – општина)

, по основу медицинске индикације

(број телефона осигураног лица) (дијагноза – шифра)

утврђена је потреба за набавком/поправком медицинског средства

(шифра и назив медицинског средства)

(количина)

Потпис/факсимил и шифра овлашћеног доктора:

* Медицинско средство предложио

(доктор медицине или стоматолозије специјалиста одговарајуће гране, конзилијум, стручни тим)

Фонд здравственог осигурања Републике Српске

Филијала:

Пословна јединица:

Налог предат на одобравање дана:

Овлашћени радник:

(М. П.)

Право на медицинско средство одобрено дана:

Партиципација: ДА или НЕ – шифра основа ослобађања:

(заокружити)

Износ партиципације

КМ

Рок трајања медицинског средства:

Гарантни рок медицинског средства:

Обавеза враћања медицинског средства: ДА или НЕ

(заокружити)

(М. П.)

Комисија стручно-медицинских консултаната из члана 44. став 7. Закона о обавезном здравственом осигурању

Датум:

Потпис председника Комисије:

Печат Комисије

(М. П.)

Испоручилац примио Налог за израду/поправку медицинског средства дана

године

* Потпис испоручиоца:

(М. П.)

Корисник преузео медицинско средство дана

године

Идентификациони број

медицинског средства

* Потпис корисника медицинског средства:

(уписује испоручилац)

У складу са чланом 57. Правилника о условима и поступку за обезбеђивање медицинских средстава, процјена функционалности медицинског средства извршена дана

године, те је утврђено да МЕДИЦИНСКО СРЕДСТВО **ЈЕ/НИЈЕ** ФУНКЦИОНАЛНО

(заокружити)

* Потпис овлашћеног радника Фонда:

* Потпис доктора медицине/стоматологије:

* Потпис испоручиоца:

Обрачун испоручиоца:

Цијена медицинског средства:

КМ

Наплаћена партиципација:

КМ

За наплату од Фонда:

КМ

Словима:

КМ

(М. П.)

* Налог важи 30 дана од дана овере.

* Овлашћени доктор медицине/стоматологије издаје налог за набавку/поправку медицинског средства под пуном кривичном, материјалном и моралном одговорношћу.

ПРИЛОГ 5

ДЕКЛАРАЦИЈА МЕДИЦИНСКОГ СРЕДСТВА

Идентификациони број:

Шифра и назив медицинског средства:

Заштићено име медицинског средства:

Каталoшки број:

Произвођач:

Носилац дозволе за стављање у промет:

☐ Испорука новог медицинског средства

☐ Поправка медицинског средства

Начин израде медицинског средства:

☐ по мјери

☐ готов производ

☐ супститут (готов производ уз прилагођавање)

Уграђени материјали:

☐ композитни материјали

☐ текстил

☐ силикон

☐ метално ојачање (челик, алуминијум, плетена жица)

☐ дрво

☐ термопластика

☐ кожа (природна, вјештачка)

Уграђени дијелови:

☐ глежањ

☐ рамени зглоб

☐ кољено

☐ стопало

☐ кук

☐ шака

☐ ручни зглоб

☐ везни дијелови (алуминијум, челик, титанијум)

☐ пјенасти материјали	☐ гума	☐ лакат	☐ суспензија
☐	☐	☐	☐

Остали уграђени (резервни) дијелови		
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Начин одржавања медицинског средства: _____

Гарантни рок медицинског средства: _____

Датум апликације: _____ Потпис корисника медицинског средства: _____

Потпис и печат испоручиоца _____

(М. П.)

* Образац декларације испоручилац потписује и овјерава.

* Образац декларације попуњава се у три примјерка, од којих један примјерак задржава испоручилац, други примјерак задржава осигурано лице, а трећи примјерак се доставља надлежној служби Фонда уз фактуру.

ПРИЛОГ 6

Фонд здравственог осигурања
Републике Српске

РЕВЕРС

На основу члана 58. Правилника о условима и поступку за обезбјеђивање медицинских средстава испоручилац _____

дана _____ године издаје на реверс медицинско средство _____

(шифра и назив медицинског средства)

осигураном лицу _____, ЈМБ: _____

(име и презиме)

Осигурано лице се под материјалном и кривичном одговорношћу обавезује да ће испоручено медицинско средство вратити Фонду здравственог осигурања Републике Српске (надлежној пословници/експозитури Фонда у мјесту пребивалишта/боравишта) у року од 15 дана од дана престанка потребе за коришћењем медицинског средства или приликом овјере налога за одобрено ново истоврсно медицинско средство.

Овјера испоручиоца медицинског средства
Број: _____
Овлашћени радник: _____
(М. П.)

Подаци о осигураном лицу:

(презиме и име)
ЈМБ: _____
Адреса: _____
Потпис осигураног лица: _____
(законског заступника/старатеља)

Податак о извршеном поврату медицинског средства:
Осигурано лице је дана _____ Фонду здравственог осигурања Републике Српске, пословници/експозитури _____ вратило медицинско средство.
Потпис осигураног лица: _____
Овлашћени радник: _____
(законског заступника/старатеља)
(М. П.)

* Образац реверса потписује осигурано лице, а испоручилац образац потписује и овјерава.

* Образац реверса попуњава се у три примјерка, од којих један примјерак задржава испоручилац, други примјерак задржава осигурано лице, а трећи примјерак испоручилац доставља надлежној служби Фонда уз фактуру.