ПРИЛОГ 3

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 ..... (М. П.)

(доктор медицине или стоматологије 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: ..... (* На основу увида у пословни информациони систем, пословна јединица уписује датум комисијске оцјене и то потврђује својим печатом) (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 51. Правилника о условима и поступку за обезбјеђивање 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 овјере.

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