

PRIJAVA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Lični broj osiguranika	Popunjiva RFZZO RCG	
Matični broj građana		
Reg. br. obveznika uplate doprinosa		
Šifra djelatnosti		

1	NAZIV I SJEDIŠTE Obveznika uplate doprinosa	
2	PREZIME, OČEVO IME, IME	
3	ADRESA STANOVANJA	
4	Datum rođenja	Dan Mjesec Godina
5	Pol	Muški Ženski 1 2
6	Državljanstvo	
7	Stručna sprema	
8	Zanimanje	
9	Osnov osiguranja	
10	Datum sticanja svojstva	Dan Mjesec Godina
11	Datum prestanka svojstva osiguranika	Dan Mjesec Godina
12	Osnov prestanka osiguranja	

ČLANOVI PORODICE OSIGURANI PO OSNOVU OSIGURANIKA			
	Prezime i ime	Srodstvo	Matični broj građana
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

U _____ dana _____ 20__ god.

POPUNJAVA RFZZO RCG

	Broj	Datum	Pečat i potpis
Prijava			
Odjava			

Podnosilac prijave

Potpis i pečat ovlaštenog lica

ODJAVA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Lični broj osiguranika	Popunjara RFZZO RCG	
Matični broj građana		
Reg. br. obveznika uplate doprinosa		
Šifra djelatnosti		

1	NAZIV I SJEDIŠTE Obveznika uplate doprinosa	
2	PREZIME, OČEVO IME, IME	
3	ADRESA STANOVANJA	
4	Datum rođenja	Dan Mjesec Godina
5	Pol	Muški Ženski 1 2
6	Državljanstvo	
7	Stručna sprema	
8	Zanimanje	
9	Osnov osiguranja	
10	Datum sticanja svojstva	Dan Mjesec Godina
11	Datum prestanka svojstva osiguranika	Dan Mjesec Godina
12	Osnov prestanka osiguranja	

ČLANOVI PORODICE OSIGURANI PO OSNOVU OSIGURANIKA											
	Prezime i ime	Srodstvo	Matični broj građana								
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

U _____ dana _____ 20__ god.

POPUNJAVA RFZZO RCG

	Broj	Datum	Pečat i potpis
Prijava			
Odjava			

Podnosilac prijave

Potpis i pečat ovlaštenog lica

POTVRDA PRIJAVE - ODJAVA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Lični broj osiguranika	Popunjava RFZZO RCG	
Matični broj građana		
Reg. br. obveznika uplate doprinosa		
Šifra djelatnosti		

1	NAZIV I SJEDIŠTE Obveznika uplate doprinosa	
2	PREZIME, OČEVO IME, IME	
3	ADRESA STANOVANJA	
4	Datum rođenja	Dan Mjesec Godina
5	Pol	Muški Ženski 1 2
6	Državljanstvo	
7	Stručna sprema	
8	Zanimanje	
9	Osnov osiguranja	
10	Datum sticanja svojstva	Dan Mjesec Godina
11	Datum prestanka svojstva osiguranika	Dan Mjesec Godina
12	Osnov prestanka osiguranja	

ČLANOVI PORODICE OSIGURANI PO OSNOVU OSIGURANIKA			
	Prezime i ime	Srodstvo	Matični broj građana
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

U _____ dana _____ 20__ god.

POPUNJAVA RFZZO RCG			
	Broj	Datum	Pečat i potpis
Prijava			
Odjava			

Podnosilac prijave

Potpis i pečat ovlaštenog lica

**Upitnik
za prikupljanje podataka o obveznicima uplate doprinosa**

1. Naziv			
2. Registarski broj			
3. Matični broj			
4. Šifra djelatnosti			
5. Mjesto			
6. Pošta			
7. Adresa			
8. Tip			
9. Osnovni žiro račun			
10. Oblik svojine			
11. Kapital			
12. Veličina			
13. Broj radnika			
14. Datum osnivanja			
15. Status			
16. Datum statusa			
17. Direktor			
18. Telefon	/		
19. Faks	/		
20. E-mail	@		
21. Poštanski fah			
22. Kontakt osobe	Telefon	E-mail	

Napomena:

Obradio

Podatke dao

Potpis

UPUTSTVO O POPUNJAVANJU I ŠIFRIRANJU UPITNIKA O OBVEZNICIMA UPLATE DOPRINOSA

1. **Naziv** - upisuje firmu u obliku u kome je navedena u statutu, odnosno registrovana u sudskom ili posebnom registru
2. **Registarski broj** - upisuje se registarski broj koji dodjeljuje PIO
3. **Matični broj** - upisuje se matični broj iz registra statistike
4. **Šifra djelatnosti** - upisuje se šifra pretežne djelatnosti koja je utvrđena aktom o osnivanju
5. **Mjesto** - upisuje se naziv mjesta
6. **Pošta** - upisuje se poštanski broj mjesta
7. **Adresa** - upisuje se ulica i broj, a ako obveznik obavlja djelatnost u više naselja upisuje se adresa njene uprave
8. **Tip** - upisuje se oblik organizovanja:
 - 10 ortačko društvo
 - 11 komanditno društvo
 - 12 akcionarsko društvo
 - 13 jednočlano akcionarsko društvo
 - 14 društvo sa ograničenom odgovornošću
 - 15 jednočlano društvo sa ograničenom odgovornošću
 - 16 društveno preuzeće
 - 17 javno preuzeće
 - 18 preduzetnik
 - 19 poslovno udruženje
 - 21 zemljoradničke zadruga
 - 22 stambena zadruga
 - 23 potrošačka zadruga
 - 24 zanatska zadruga
 - 25 zdravstvena zadruga
 - 26 omladinska, studentska i učenička zadruga
 - 29 druga zadruga
 - 31 banka
 - 32 druga finansijska organizacija
 - 33 berza
 - 34 berzanski posrednik
 - 36 akcionarsko društvo za osiguranje
 - 37 društvo za uzajamno osiguranje
 - 38 agencija za poslove pružanja drugih usluga u osiguranju
 - 85 ustanova
 - 71 državni organ
 - 72 pravosudni organ
 - 73 organ jedinice lokalne samouprave
 - 81 politička organizacija
 - 82 društvena organizacija
 - 83 udruženje građana
 - 90 ostali oblici
9. **Osnovni žiro račun** - upisuje se broj žiro računa obveznika
10. **Oblik svojine** - upisuje se jedan od sljedećih odgovora:
 - 0 bez oznake svojine
 - 1 društvena
 - 2 privatna
 - 3 zadružna
 - 4 dva ili više oblika svojine
 - 5 državna
11. **Kapital** - upisuje se jedan od sljedećih odgovora:
 - 0 bez oznake porijekla kapitala
 - 1 domaći kapital
 - 2 strani kapital
 - 3 mješoviti kapital
12. **Veličina** - upisuje se veličina preduzeća
13. **Broj radnika** - upisuje se broj zaposlenih
14. **Datum osnivanja** - upisuje se datum osnivanja odnosno registracije
15. **Status** - upisuje se vrsta promjene i to:
 - 12 nastanak osnivanjem
 - 13 nastanak spajanjem
 - 14 nastanak podjelom
 - 19 nastanak podjelom na drugi način
 - 21 prestanak likvidacijom
 - 22 prestanak stečajem
 - 23 prestanak pripajanjem
 - 24 prestanak spajanjem
 - 25 prestanak podjelom
 - 29 prestanak na drugi način
 - 31 promjena oblika organizovanja
 - 32 promjena oblika svojine
 - 41 promjena oblika organizovanja i oblika svojine
 - 42 promjena oblika organizovanja i porijekla kapitala
 - 43 promjena oblika organizovanja, oblika svojine i porijekla
 - 44 promjena oblika svojine i porijekla kapitala
 - 51 sprovođenje likvidacije
 - 52 otvoren postupak stečaja
 - 59 usklađivanje sa zakonom
 - 61 promjena naziva (firme)
 - 62 promjena sjedišta i adrese
 - 65 promjena u povezivanju jedinice razvrstavanja
 - 66 promjena pretežne djelatnosti
 - 68 promjena u vršenju spoljno-trgovinskog prometa
 - 69 promjena ostalih podataka
 - 90 tehnička korekcija
16. **Datum statusa** - upisuje se datum sticanja statusa
17. **Direktor** - upisuje se ime i prezime
18. **Telefon** - upisuje se broj telefona (direktora)
19. **Faks** - upisuje se broj faksa firme
20. **E-mail** - upisuje se E-mail firme ili direktora ukoliko ga posjeduju
21. **Poštanski fah** - upisuje se broj poštanskog faha
22. **Kontakt osobe** - upisuju se imena i prezimena osoba za kontakt



Republika Crna Gora

Republički fond za zdravstveno osiguranje

ZDRAVSTVENA KNJIŽICA

Ime: _____

Ime roditelja: _____

Prezime: _____

Datum rođenja: _____

Adresa stanovanja: _____

1. nosilac osiguranja ☐

2. član porodice ☐

1. zaposleni ☐

2. penzioneri ☐

3. nezaposleni ☐

4. poljoprivrednici ☐

5. ostali ☐

PODACI O OBVEZNIKU UPLATE DOPRINOSA

Naziv: _____

Adresa: _____

Broj: _____

M.P.

Naziv: _____

Adresa: _____

Broj: _____

M.P.

Naziv: _____

Adresa: _____

Broj: _____

M.P.

Republika Crna Gora
Republički fond za zdravstveno osiguranje

Bar kod:

Br. knjižice: _____

Mjesto: _____

Datum izdavanja: _____

Ovjera _____ MP

PODACI O OBVEZNIKU UPLATE DOPRINOSA

Naziv: _____

Adresa: _____

Broj: _____

M.P.

Naziv: _____

Adresa: _____

Broj: _____

M.P.

Naziv: _____

Adresa: _____

Broj: _____

M.P.

PODACI O OVJERI	
Važi do: _____	Važi do: _____
Potpis: _____	Potpis: _____
MP	MP
Važi do: _____	Važi do: _____
Potpis: _____	Potpis: _____
MP	MP
Važi do: _____	Važi do: _____
Potpis: _____	Potpis: _____
MP	MP
Važi do: _____	Važi do: _____
Potpis: _____	Potpis: _____
MP	MP

PODACI O OBAVLJENOJ IMUNIZACIJI

[illegible]

UPOZORENJE O ALERGIJAMA

[illegible]

OBAVJEŠTENJE

1. Zdravstvena knjižica se izdaje licu kome je prethodno utvrđeno svojstvo osiguranika Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje.
2. Osigurano lice je dužno da zdravstvenu knjižicu koristi uz ličnu ispravu.
3. Ovjeru zdravstvene knjižice vrši područna jedinica Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje uz prilaganje potrebnih dokaza.
4. Zdravstvena ustanova pružice zdravstvenu zaštitu osiguranom licu na osnovu ovjerene zdravstvene knjižice i uz ličnu ispravu osim ako se radi o hitnom slučaju.
5. Troškove zdravstvene zaštite koji su nastali zloupotrebom zdravstvene knjižice snosi samo osigurano lice.
6. U slučaju izmjene podataka iz knjižice na osnovu kojih mu je priznato svojstvo osiguranog lica, osigurano lice je dužno da iste pri javi područnoj jedinici – kancelariji Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje.

ZU

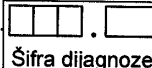
Broj zdravstvenog kartona

Organizациона јединица

Broj protokola

UPUT ZA

Prezime i ime osiguranog lica	Godina rođenja	JMBG
Mjesto stanovanja - adresa	Područna jedinica Fonda	Broj zdr. knjižice
1. Osigurano lice učestvuje u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite ☐	1. Zaposleni ☐	1. Nosilac osiguranja ☐
2. Osigurano lice ne učestvuje u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite ☐	2. Penzioneri ☐	2. Član porodice ☐
	3. Nezaposleni ☐	
	4. Poljoprivrednici .. ☐	
	5. Ostali ☐	

Dijagnoza  Šifra dijagnoze

Na specijalistički pregled radi (liječenja, konsultacije, kontrole i dr.)

Laboratorijski nalazi:

Rentgenski nalazi:

Terapija:

U

(M.P.)

Datum

.....
Izabrani doktor – potpis i faksimil

Broj zdrav. kartona _____

Broj protokola _____

Prezime i ime osiguranog lica	Godina rođenja	JMBG
Mjesto stanovanja - adresa	Područna jedinica Fonda	Broj zdr. knjižice

Šifra dijagnoze

Radi: *

- a) SPECIJALISTIČKOG PREGLEDA
- b) BOLNIČKOG LIJEČENJA
- c) KONZILIJARNOG PREGLEDA
- d) DIJAGNOSTIČKIH PRETRAGA
- e) MEDICINSKA REHABILITACIJA

(M.P.)

.....
Izabrani doktor – potpis i faksimil

**POTVRDA
O IZVRŠENOM PREGLEDU - LIJEČENJU**

1. Datum Vrijeme (potpis, faksimil i pečat)	2. Datum Vrijeme (potpis, faksimil i pečat)			
OBRAČUN TROŠKOVA PREVOZA				
Osiguranom licu 1. u odlasku od do 2. u povratku od do Pratiocu 1. u odlasku od do 2. u povratku od do Ukupno za isplatu: Obračun izvršio: Obračunate troškove prevoza poslati: <table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 33%; text-align: center;">Prezime i ime</td><td style="width: 33%; text-align: center;">Mjesto</td><td style="width: 33%; text-align: center;">Ulica, broj</td></tr></table>		Prezime i ime	Mjesto	Ulica, broj
Prezime i ime	Mjesto	Ulica, broj		
Napomena: Ukoliko se novac šalje poštom upisuje se adresa				
* Obračun i isplata putnih troškova mogu se vršiti samo uz izvještaj doktora specijaliste				

ZU _____

Broj zdravstvenog kartona _____

Organizациона јединица _____

Broj protokola _____

UPUT ZA BOLNIČKO LIJEČENJE

(Naziv ZU i mjesto)

Prezime i ime osiguranog lica	Godina rođenja	JMBG
Mjesto stanovanja - adresa	Područna jedinica fonda	Broj zdr. knjižice
1. Osigurano lice učestvuje u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite ☐	1. Zaposleni ☐	1. Nosilac osiguranja ☐
2. Osigurano lice ne učestvuje u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite ☐	2. Penzioneri ☐	2. Član porodice ☐
	3. Nezaposleni ☐	
	4. Poljoprivrednici .. ☐	
	5. Ostali ☐	

1. Upućuje se radi: bolničko-kliničkog liječenja, ispitivanja i dr.

2. Dijagnoza

Šifra dijagnoze			

3. Dosadašnja liječenja:

a) Laboratorijski nalazi:

.....

b) Rentgenski nalazi:

.....

c) Terapija:

.....

4. Ranije liječen zbog iste bolesti u zdravstvenoj ustanovi

od do

U

(M.P.)

Datum

Izabrani doktor – potpis i faksimil

ZU _____

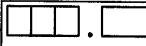
Broj zdravstvenog kartona _____

Organizациона јединица _____

Broj protokola _____

POTVRDA O PREVOZU SANITETSKIM VOZILOM

Prezime i ime osiguranog lica	Godina rođenja	JMBG
Mjesto stanovanja - adresa	Područna jedinica Fonda	Broj zdr. knjižice
1. Osigurano lice učestvuje u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite ☐ 2. Osigurano lice ne učestvuje u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite ☐	1. Zaposleni ☐ 2. Penzioneri ☐ 3. Nezaposleni ☐ 4. Poljoprivrednici .. ☐ 5. Ostali ☐	1. Nosilac osiguranja ☐ 2. Član porodice ☐

Dijagnoza 
 **Šifra dijagnoze**

Prevoz izvršen dana od do
 Po nalogu ZU (broj naloga) (datum)

U

(M.P.)

Datum

.....
 Izabrani doktor – potpis i faksimil

REPUBLIKA CRNA GORA – REPUBLIČKI FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE											
Bar kod recepta						Bar kod izabranog doktora					
Zdravstvena ustanova:											
Ime i prezime											
Adresa stanovanja											
Godina rođenja											
JMBG ili MB (za strance)						Broj zdravstvene knjižice (LBO)					
				Participacija: DA - NE							
Osnov osig.		Vid osig.						Broj kartona (protokola)			
Rp. 											
										Šifra dijagnoze	
Šifra farmaceuta											
Potpisi i faksimil farmaceuta						Izabrani doktor – potpis i faksimil					
(M.P.)						(M.P.)					
Datum izdavanja lijeka						Datum propisivanja lijeka					
Šifra lijeka						Količina		Cijena lijeka na teret Fonda			
Grupa		Šifra rada		Cijena lijeka - sirovine		Iznos naplaćene participacije					

Broj zdrav. kartona _____

Broj protokola _____

Prezime i ime osiguranika	Godina rođenja	JMBG
Mjesto stanovanja - adresa	Područna jedinica Fonda	Broj zdr. knjižice

Šifra dijagnoze

Radi: a) RADIO TERAPIJA
b) HEMIO TERAPIJA

(M.P.)

Izabrani doktor – potpis i faksimil

**POTVRDA
O IZVRŠENOJ TERAPEUTSKOJ PROCEDURI**

1. Datum Vrijeme	2. Datum Vrijeme	3. Datum Vrijeme	4. Datum Vrijeme	5. Datum Vrijeme
(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)
6. Datum Vrijeme	7. Datum Vrijeme	8. Datum Vrijeme	9. Datum Vrijeme	10. Datum Vrijeme
(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)

OBRAČUN TROŠKOVA PREVOZA

Osiguranom licu 1. u odlasku od do

2. u povratku od do

Pratiocu 1. u odlasku od do

2. u povratku od do

Ukupno za isplatu:

Obračun izvršio:

.....

Obračunate troškove prevoza poslati:

.....

Prezime i ime
Mjesto
Ulica, broj

Napomena: Ukoliko se novac šalje poštom upisuje se adresa

* Obračun i isplata putnih troškova mogu se vršiti samo uz izvještaj doktora specijaliste