

ОБРАЗАЦ ИД БРОЈА

ПРИЈАВА/ ПРОМЕНА/ОДЈАВА У ЕВИДЕНЦИЈИ ИД БРОЈЕВА ЛЕКАРА



1. ИД број лекара

*попуњава филијала РФЗО/лекар

А Попуњава лекар

2. ПРИЈАВА		ПРОМЕНА		ОДЈАВА :		ПРИВРЕМЕНА		ТРАЈНА		3. Датум подношења пријаве/промене/одјаве ИД броја	
										<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
4. Разлог одјаве											
<input type="text"/>											
5. Име лекара						6. Презиме лекара					
<input type="text"/>						<input type="text"/>					
7. Број телефона лекара				8. Поштанска адреса лекара на којој прима пошту				9. E-mail адреса лекара			
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			
10. ЛБО лекара				11. ЈМБГ лекара				12. Број лиценце			
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			
13. Врста радног односа						14. Датум престанка радног односа			15. Изабрани лекар		
неодређено време						одређено време			ДА НЕ		
16. Тип ИД броја			17. Звање након завршених основних студија								
I - др мед./др мед. спец. опште медицине, односно спец. мед. рада			доктор медицине								
II - др мед. спец. педијатрије			доктор стоматологије								
III - др мед. спец. гинекологије			18. Назив специјализације								
IV - доктор стоматологије			<input type="text"/>								
V - за прописивање лекова на рецепт (за ТБЦ и ХИВ)			19. Стручни, научни и академски називи								
VI - за прописивање лекова на обрасцима N1 и N2			<input type="text"/>								
VII - лекар специјалиста за прописивање медицинско-техничких помагала			20. Отисак штамбиља ИД броја				21. Потпис лекара				
			<input type="text"/>				<input type="text"/>				

*потпис не сме прелазити оквир

Б Попуњава давалац услуга

*давалац услуга је здравствена установа или приватна пракса

22. Назив даваоца услуга код којег је лекар запослен						23. Организациона јединица у којој је лекар запослен					
<input type="text"/>						<input type="text"/>					
24. Матични број даваоца услуга				25. ПИБ даваоца услуга				26. Датум попуњавања			
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			
27. Одговорно лице даваоца услуга											
Потпис <input type="text"/>											
*потпис не сме прелазити оквир											
(М.П.)											

В Попуњава Републички фонд за здравствено осигурање

28. Назив филијале											
<input type="text"/>											
29. Захтев одбачен - разлог				30. Захтев одобрен				31. Датум одбацивања/одобравања/одбијања			
непотпун				ДА				НЕ			
нејасан								<input type="text"/>			
нечитак											
32. Одговорно лице филијале РФЗО						33. Одговорно лице дирекције РФЗО					
Потпис <input type="text"/>						Потпис <input type="text"/>					
*потпис не сме прелазити оквир						*потпис не сме прелазити оквир					
(М.П.)						(М.П.)					

I

- Поље број 1: попуњава се само ако лекар већ има ИД број;
- Поље број 2: попуњава се обавезно у зависности од захтева;
- Поље број 3: датум се односи на датум подношења пријаве, промене или одјаве ИД броја;
- Поље број 7: број телефона лекара може да буде фиксни или мобилни;
- Поље број 8: адреса лекара на којој прима пошту не мора да буде адреса из личне карте, већ адреса на којој ће лекар примити обавештења везана за ИД број (то може да буде адреса на којој станује или адреса здравствене установе);
- Поље број 9: Е-маил лекара је опционо поље и може се оставити празно. Е-маил ће лекару служити за пријем обавештења од Републичког фонда која се односе на промене везане за Листу лекова или промене у начину прописивања лекова. Иста обавештења достављају се и здравственим установама;
- Поље број 14: датум престанка радног односа попуњава се ако се ИД број одјављује због престанка радног односа и у случају да је у пољу број 13 означено да је лекар засновао радни однос на одређено време;
- Поље број 16: тип ИД броја означава се у зависности од овлашћења која лекар добија додељивањем ИД броја;
- Поља 18 и 19 су опциона и попуњавају се само уколико назив специјализације, стручни, научни и академски назив који има лекар, по броју словних места и величини слова може да стане у један и то трећи ред на штампилу ИД броја; Ако није могуће да се сви наведени подаци унесу у трећи ред штампилу тако да буду читљиви, лекар има могућност да изабере које од наведених звања и назива жели да унесе у штампилу ИД броја;
- Поље број 20: обавезно ставити отисак штампилу ИД броја (осим за лекара који први пут подноси захтев);
- Поље 29: попуњава филијала односно дирекција Републичког фонда уколико Образац ИД броја садржи неки недостатак; Лекар/здравствена установа, у том случају, морају да попуне нови образац и да отклоне недостатке;
- Поље 30: попуњава филијала, односно дирекција Републичког фонда када доноси одлуку о додели ИД броја; Ако лекар/здравствена установа после „опомене“ из поља 29 доставе поново неисправан образац, такав захтев ће бити одбијен;
- Поље 31: уписује се датум одбацивања захтева из поља 29., односно датум доношења одлуке о ИД броју из поља 30.

II

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

III

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

IV

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

V

Захтев се попуњава у 3 (три) примерка.

VI

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.

VII

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 штампилу, лекар је дужан да одјаву штампилу изврши одмах.