

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ПРОПИСИВАЊЕ, ОДРЖАВАЊЕ И РЕМОНТ ПОМАГАЛА

- НОВО ПОМАГАЛО
 СЕРВИСИРАЊЕ ПОМАГАЛА
 ПОПРАВКА ДЕЛА ПОМАГАЛА
 ПОПРАВКА ЦЕЛОГ ПОМАГАЛА
 ЗАМЕНА ДЕЛА ПОМАГАЛА
 РЕМОНТ ПОМАГАЛА

Назив здравствене установе /

Број здравственог картона/год. - протокола/год. - историја болести/год.

На основу прегледа, утврђеног здравственог стања, података о претходно коришћеним помагалима и постављене индикације за:

1. Осигурано лице		2. Датум рођења	
3. Број здравствене књижице		4. ЛБО	
5. Матична филијала	6. Основ ослобађања од партиципације	7. Држава	

На основу :

8. Мишљења број	9. Датум давања мишљења	10. Назив здравствене установе у којој је дато мишљење
11. Име и презиме лекара		12. Специјализација
13. Отпусне листе број	14. Датум отпуста	15. Назив здравствене установе која је издала отпусну листу

16. Стакла за корекцију вида	17. Стакла за корекцију вида																								
Врста стакла	Врста стакла																								
<input type="checkbox"/> минерална <input type="checkbox"/> органска (пластична)	<input type="checkbox"/> минерална <input type="checkbox"/> органска (пластична)																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SpH</th> <th>Cyl</th> <th>Ax</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OD</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		SpH	Cyl	Ax	OD				OS				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SpH</th> <th>Cyl</th> <th>Ax</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OD</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		SpH	Cyl	Ax	OD				OS			
	SpH	Cyl	Ax																						
OD																									
OS																									
	SpH	Cyl	Ax																						
OD																									
OS																									
PB _____ mm																									

18. Наочаре за близину	20. Контактна сочива												
рам за наочаре													
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DTP</th> <th>DIA</th> <th>BC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OD</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DTP	DIA	BC	OD				OS			
	DTP	DIA	BC										
OD													
OS													
19. Наочаре за даљину													
рам за наочаре													
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ													

21. Аудиолошки налаз о губитку слуха :	Губитак слуха у говорној фреквенцији (1000 - 4000 Hz)	и преко 40 dB
десно _____, _____ Hz	лево _____, _____ Hz	десно _____ dB лево _____ dB

22. Стоматолошке надокнаде	
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Опис радова: _____

23. Индикације: _____

24. Назив помагала _____

25. Шифре и подшифре из Шифарника помагала (шифра /подшифра x количина):

x	x	x	x	x	x	x	x	x
x	x	x	x	x	x	x	x	x

26. _____
ИД број лекара специјалисте / изабраног лекара

(М.П.)

27. _____
датум попуњавања обрасца

28. Потпис и факсимил лекара специјалисте / изабраног лекара

ОВЕРА У МАТИЧНОЈ ФИЛИЈАЛИ

- НОВО ПОМАГАЛО КОРИШЋЕНО ПОМАГАЛО СЕРВИСИРАЊЕ ПОМАГАЛА ПОПРАВКА ДЕЛА ПОМАГАЛА
 ПОПРАВКА ЦЕЛОГ ПОМАГАЛА ЗАМЕНА ДЕЛА ПОМАГАЛА РЕМОТ ПОМАГАЛА

Увидом у службену евиденцију утврђено је да _____
(име и презиме осигураног лица)
испуњава прописане услове за обезбеђивање помагала из средстава обавезног здравственог осигурања

1. Назив помагала _____

2. Шифре и подшифре из Шифарника помагала (шифра /подшифра x количина):

x | x | x | x | x | x | x | x |

x | x | x | x | x | x | x | x |

3. Учешће (само за нова помагала)

уз учешће од _____ без учешћа шифра _____

4. Коришћено помагало

ДА НЕ

5. Помагало издато дана (за сервисирање / поправку / замену дела помагала)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

6. Гарантни рок истекао (за поправку / замену дела помагала)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

7. Реверс број _____

саставни је део ове потврде

8. Датум:

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

9. Овера извршена на основу

оцене лекарске комисије филијале бр. _____ од _____

10. Датум овере: _____

(М.П.)

11. Потпис

ИСПОРУКА ПОМАГАЛА

12. Оверен образац примио _____, _____ датум

13. помагало издато* / _____
услуга извршена _____ датум

14. Испоручилац

15. Цена

16. Потпис осигураног лица

(М.П.)

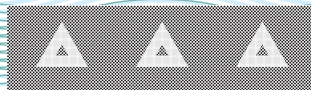
17. Маркица помагала / серијски бројо маркице

Напомена:

* уписати датум издавања помагала односно сервисирања, поправке, замене или ремонта помагала

Осигурано лице дужно је да оверен образац у року од 90 дана од дана издавања преда на реализацију испоручиоцу према истакнутом списку у матичној филијали - испостави.

РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ



ФИЛИЈАЛА _____

ИСПОСТАВА _____

АДРЕСА _____

РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ОБРАЗАЦ РЕВЕРСА

РФЗО

РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

На основу члана 7. став 2. Правилника о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања обавезујем се овом изјавом, под материјалном и кривичном одговорношћу да ћу одобрено помагало

_____ оверено у матичној филијали - _____

(назив помагала - шифра)

преузето код овлашћеног испоручиоца, по престанку потребе за коришћењем, ово помагало вратити матичној филијали.

ОВЕРА матичне филијале

(М.П.)

ИЗЈАВУ ДАО

(презиме и име)

Број: _____

ЈМБГ _____

Датум: _____

Адреса: _____

Лична карта бр. _____, МУП _____

(одговорни радник)

Помагало _____ издато је дана _____ осигураном лицу _____.

Испоручилац:

(М.П.)

Пријем помагала потврђује:

(одговорни радник)

(презиме и име)

1) Реверс се попуњава у три примерка када је помагало ново. Један остаје филијали при овери обрасца, а два примерка се дају осигураном лицу које их предаје испоручиоцу помагала. Испоручилац оверава оба примерка, један примерак враћа осигураном лицу, а други доставља филијали уз рачун за помагало.

2) Реверс се попуњава у два примерка када је помагало коришћено и то један примерак за осигурано лице, а други примерак остаје филијали.

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____

ОЛК-СП1

Првостепена лекарска комисија

Број: _____

Дана: ____ . ____ . 20 ____ . године

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. Гласник РС“, бр. 107/05, 109/05 - исправка, 57/11, 110/12 - одлука УС и 119/12), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. _____, из _____
(име и презиме осигураног лица) (адреса)

ЛБО: I _ _ _ _ _ I _ _ _ _ _ I, СА ИНДИКАЦИЈОМ: _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

ОПРАВДАНО ЈЕ прописивање помагала.

ОПРАВДАНО ЈЕ СЕРВИСИРАЊЕ помагала – провера функционалности извршена је дана I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I.

ОПРАВДАНА ЈЕ ПОПРАВКА помагала – провера функционалности извршена је дана I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I.

ОПРАВДАНА ЈЕ ЗАМЕНА дела помагала – провера функционалности извршена је дана I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I.

ОПРАВДАН ЈЕ РЕМОТ помагала – провера функционалности извршена је дана I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I.

(означити одговарајућу опцију)

2. Оцена лекарске комисије дата на основу обрасца за прописивање помагала број _____ од I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I.

3. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. матичној филијали

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

(потпис и факсимил)

(потпис и факсимил)

М.П.

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

ОБАВЕШТЕЊЕ: Осигурано лице коме је лекарска комисија одобрила помагало дужно је да се у року од 30 дана од дана преузимања помагала од испоручиоца јави лекару специјалсти ради провере функционалности преузетог помагала.

51014.20/21

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____

ОЛК-СП2

Првостепена лекарска комисија

Број: _____

Дана: ____ . ____ . 20 ____ . године

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. Гласник РС“, бр. 107/05, 109/05-исправка, 57/11, 110/12 одлука УС и 119/12), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. _____, из _____
(име и презиме осигураног лица) (адреса)

ЛБО: I _ _ _ _ _ I, СА ИНДИКАЦИЈОМ: _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

НИЈЕ ОПРАВДАНО прописивање помагала.

НИЈЕ ОПРАВДАНО СЕРВИСИРАЊЕ помагала.

НИЈЕ ОПРАВДАНА ПОПРАВКА помагала.

НИЈЕ ОПРАВДАНА ЗАМЕНА дела помагала.

НИЈЕ ОПРАВДАН РЕМОТ помагала.

(означити одговарајућу опцију)

2. Оцена лекарске комисије дата на основу обрасца за прописивање помагала број _____ од I _ _ _ _ _ I.

3. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу

2. матичној филијали

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

(потпис и факсимил)

(потпис и факсимил)

М.П.

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.
51014.20/22

ОБРАЗАЦ ИПФ

(здравствена установа)

(место)

(број и датум)

ИЗВЕШТАЈ
О ПРОВЕРИ ФУНКЦИОНАЛНОСТИ

1. ПОТВРЂУЈЕМ ДА ЈЕ осигураном лицу

_____,
(име и презиме)

из _____, ЛБО

_____,
(место и адреса)

матична филијала осигураног лица

_____,
(назив матичне филијале)

1.1. ИСПОРУЧЕНО МЕДИЦИНСКО-ТЕХНИЧКО ПОМАГАЛО ПРОПИСАНОГ СТАНДАРДА, КОЈЕ ЈЕ ФУНКЦИОНАЛНО

(назив и шифра помагала)

1.2. ИСПОРУЧЕНО МЕДИЦИНСКО-ТЕХНИЧКО ПОМАГАЛО ВЕЋЕГ СТАНДАРДА ОД ПРОПИСАНОГ, КОЈЕ ЈЕ ФУНКЦИОНАЛНО

(назив помагала)

*заокружити одговарајући број

2. ИСПОРУЧЕНО МЕДИЦИНСКО-ТЕХНИЧКО ПОМАГАЛО НИЈЕ ФУНКЦИОНАЛНО ИЗ СЛЕДЕЋИХ РАЗЛОГА:

3. ПРОВЕРА ФУНКЦИОНАЛНОСТИ ИЗВРШЕНА ДАНА _____.

Овај извештај попуњава се у три примерка. Један примерак здравствена установа доставља матичној филијали у року од три дана од дана извршене провере функционалности, а два примерка се дају осигураном лицу од чега један за испоручиоца а један примерак остаје осигураном лицу.

М.П.

(потпис и факсимил лекара специјалисте)

НАПОМЕНА: Помагало је функционално јер:

- служи за функционалну и естетску замену изгубљених делова тела, односно за омогућавање ослонца, који спречава настанак деформитета и коригује постојећи деформитет;
- олакшава вршење основних животних функција;
- одговарајућег је стандарда у складу са Правилником о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и исправно је, односно испоручено је помагало већег стандарда од прописаног и исправно је;
- осигурано лице је корисник помагала.

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
_____ **лекарска комисија**

Образац ЗМ

Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

На основу члана 61. став 1. Правилника о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 52/12, 63/13-испр. и 73/12-испр.), лекарска комисија у поступку доношења оцене о оправданости прописивања слушног апарата

ЗАХТЕВА

ОД КОМИСИЈЕ ЗА ВОКАЛНО И ТОНАЛНО АУДИОЛОШКО ИСПИТИВАЊЕ ПРИ ФИЛИЈАЛИ _____

СТРУЧНО МИШЉЕЊЕ О ОПРАВДАНОСТИ ПРОПИСИВАЊА СЛУШНОГ АПАРАТА за

_____, из _____
(име и презиме осигураног лица) (назив филијале РФЗО)

ЛБО | | | | | | | | | |

Осигурано лице дужно је да се са медицинском документацијом одмах јави комисији за вокално и тонално аудиолошко испитивање у Филијали _____

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

М.П.

ИЗЈАВА
ЗА ОБЕЗБЕЂИВАЊЕ ПОМАГАЛА ВЕЋЕГ СТАНДАРДА ОД ПРОПИСАНОГ

1. ПОПУЊАВА ОСИГУРАНО ЛИЦЕ

Изјављујем да желим да набавим помагало _____
(назив помагала)

већег стандарда од прописаног Правилником о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања.

Упознат сам да разлику у цени помагала и разлику у цени сервиса, поправке и замене делова помагала који су прописани правилником и који се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, плаћам из својих средстава, односно средстава добровољног здравственог осигурања.

Такође, упознат сам да трошкове делова помагала, које не садржи стандардно помагало и који нису прописани Правилником, плаћам у целости из својих средстава односно средстава добровољног здравственог осигурања.

Изјаву дајем под пуном материјалном и кривичном одговорношћу.

У _____, дана, _____ год.

ИЗЈАВУ ДАЈЕ

(име и презиме)

(ЈМБГ или ЛБО)

(адреса становања)

2. ПОПУЊАВА ИСПОРУЧИЛАЦ

Потврђујем да је наведена изјаву дао/ла _____, у сврху набавке
(име и презиме)
помагала _____
(назив помагала)

веће вредности од прописане Правилником о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања.

М.П.

Овлашћено лице
испоручиоца

НАПОМЕНА: Образац ВС попуњава се у четири примерка, од чега два примерка за испоручиоца помагала од којих један примерак доставља матичној филијали осигураног лица, а два примерка за осигурано лице од којих један примерак доставља здравственој установи у којој је запослен лекар који је прописао помагало.