

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ ВАЖИ

Филијала за _____

ОД 20

Испостава _____

ДО..... 20

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ПО ОСНОВУ СПОРАЗУМА/

КОНВЕНЦИЈЕ СА _____

Број:

ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ

за иностраног осигураника и чланове његове породице

Презиме и име иностраног осигураника _____

име оца _____, рођен-а _____ године у _____,

број пасоша и датум издавања _____

стална адреса у иностранству _____,

привремена адреса у Републици Србији _____

запослен-а код _____

има право коришћења здравствене заштите по основу потврде број _____

од _____ 20__ коју је издао инострани носилац социјалног осигурања

(назив издаваоца-иностраног носиоца)

а која се налази код Филијале _____ Испоставе _____

Републичког завода за здравствено осигурање.

Право коришћења здравствене заштите имају и чланови породице иностраног осигураника:

Презиме и име	Датум рођења	Број осигурања	Сродство

у _____

Дана _____ 20__ године

М.П.

_____ (потпис овлашћеног лица)

ОБЈАШЊЕЊЕ

Здравствени лист издаје филијала/испостава РЗЗО на чијем подручју инострани осигураник има привремени боравак, и то на основу потврде иностраног носиоца социјалног осигурања о праву на коришћење здравствене заштите (давања у натури), на одговарајућем обрасцу, који се задржава код филијале/испоставе, издаваоца здравственог листа.

Здравствена установа пружа иностраном осигуранику или члану његове породице здравствену заштиту на основу ове исправе, која обухвата лечење у здравственим установама на примарном, секундарном и терцијарном нивоу под условима, на начин и у обиму као и осигуранику РЗЗО, само у случају пружања хитне медицинске помоћи и у случају привремене неспособности за рад, док трају такве околности по мишљењу надлежног органа за остваривање права из здравственог осигурања.

На основу здравственог листа може се користити здравствена заштита и ван подручја филијале/испоставе РЗЗО која је исти издала под условима, на начин и у обиму као и осигураник РЗЗО.

Образац ИНО- 2

Назив здравствене установе

Филијала/испостава РЗЗО

Бр.здрав.картона/историја болести

Образац по Споразуму

(Број осигурања или други идентификациони број)

ОБАВЕШТЕЊЕ О БОЛНИЧКОМ ЛЕЧЕЊУ ИНОСТРАНОГ ОСИГУРАНИКА

(име и презиме иностраног осигураника или члана породице)

(сродство)

рођ. _____ у _____

(име и презиме иностраног осигураника) (датум) (место рођења)

налази се на лечењу у _____

(назив здравствене установе)

због (дијагнозе) _____

у _____ 20__ _____

(потпис лекара)

М. П.

Назив здравствене установе

Мат.бр.

ФИЛИЈАЛА / ИСПОСТАВА РЕПУБЛИЧКОГ ЗАВОДА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

(име и презиме иностраног осигураника или члана породице)

примљен-а је на лечење дана ____ 20__ са предвиђеним трајањем лечења од _____

(дана, недеља, месеци)

у _____, _____ 20__ М.П. _____

(потпис овлашћеног лица)

Подаци о иностраном осигуранику када не поседује доказ о праву из здравственог осигурања

1. Запослен код _____

2. Здравствено осигуран код _____

3. Привремена адреса у Републици Србији _____

4. Стална адреса у иностранству _____

ИЗЈАВА - DECLARATION - ERKLARUNG - DECLARATION

Пошто немам доказа о праву из здравственог осигурања за време привременог боравка у Републици Србији, изјављујем да ћу сносити трошкове здравствене заштите коју користим у

I declare that I shall pay all costs of health protection which I use in

Ich erkläre hiemit, dass ich sämtliche Kosten des Gesundheitsschutzes, den ich bei

Je declare par cela que je payerai tous les frais de la protection de ma sante, usee chez

_____ (назив здравствене установе)

(name of health care institution)

(Benennung der gesundheitlichen Organisation)

(nom de l'organisation sanitaire)

ако надлежни носилац социјалног осигурања у земљи у којој сам здравствено осигуран не преузме обавезу плаћања тих трошкова.

if competent authority of social insurance in a country where I am entitled to the health insurance, do not undertake payment of those costs

geniesse, selbst tragen sverde, falls der zuständige Trager der Sozial versicherung in meine Land die Bezahlung dieser Kosten, nicht auf sich nimmt.

si le porteur legal de l'assurance sociale dans le pays ou j'ai l'assurance maladie ne prendra pas l'obligation du payement de ces frais.

У _____, 20__

In

A

_____ (потпис иностраног осигураника)

(foreign insured person's signature)

(Unterschrift des Versicherten)

(signature de l'assure)

бр. пасоша, passport No., passnummer, pro. du passport

Потврђује се да је ову изјаву својеручно потписао _____

We confirm that this declaration is undersigned by

Es wird bestätigt, dass diese Erklärung eigenhändig unterschrieben wurde von

Nous confirmons que cette declaration est signee par la propre main de

У _____, _____ 20__

In

A

In

ПЕЧАТ-STAMP-SIEGEL-SCEAU

_____ (потпис овлашћеног лица - authorised person's signature-

unterschrift ferantvortlichen person – signature du person autorise)

- Податке о иностраном осигуранику уписује овлашћено лице које издаје Обавештење о болничком лечењу иностраног осигураника.
- Изјава се даје само у случају када лице не поседује доказ о праву из здравственог осигурања (образац по закљученом међународном споразуму) а оверава је овлашћено лице здравствене установе