

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Филијала: _____

Испостава: _____

Број: _____

Датум: _____ 20 ____ год.

ОБРАЗАЦ УП-2

На основу члана _____ Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за _____ годину („Службени гласник РС”, број _____), а по поднетом захтеву _____ из _____, издаје се:

П О Т В Р Д А
ЗА КОРИШЋЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У ПУНОМ ИЗНОСУ
НА ТЕРЕТ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1) _____ из _____
(име и презиме) (место, улица и број)

ЈМБГ ЛБО и

2) Члановима породице *:

Рд Бр	Име и презиме	Сродство	ЈМБГ	ЛБО
1.			<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.			<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.			<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.			<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.			<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.			<input type="text"/>	<input type="text"/>

3) Потврда се издаје са роком важности до _____ године, а најкасније до ступања на снагу Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за _____ годину.

4) Потврда важи уз исправу о осигурању.

Овлашћено лице

М.П.

* Заокружити одговарајући број, односно попунити одговарајуће податке

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Филијала: _____

Испостава: _____

Број: _____

Датум: _____ 20 ____ год.

ОБРАЗАЦ УП-3

На основу члана _____ Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за _____ годину („Службени гласник РС” број _____), а по поднетом захтеву _____ из _____, издаје се:

ПОТВРДА**О ПРЕСТАНКУ ПЛАЊАЊА ПАРТИЦИПАЦИЈЕ У ТОКУ _____ ГОДИНЕ**

_____ из _____
(име и презиме) (место, улица и број)

ЈМБГ [| | | | | | | | | | | | | | |] ЛБО [| | | | | | | | | | | | |]

Има право на здравствену заштиту у пуном износу на терет средстава обавезног здравственог осигурања, без плаћања партиципације од _____ до 31. децембра _____ године, због плаћене партиципације у износу који је већи од највишег годишњег износа партиципације утврђеног за _____ годину.

Потврда важи уз исправу о осигурању.

Овлашћено лице

М.П. _____



Образац РП

(издавалац рачуна)_____
број картона/протокола
/историје болести_____
(место и датум)**РАЧУН** _____

(серијски број)

о наплаћеној партиципацији

Осигураном лицу _____
(име и презиме)из _____
(место)

број исправе о осигурању _____, на име партиципације за

(назив здравствене услуге, медицинско - техничког помагала,
имплантата или другог вида здравствене заштите)

наплаћено је _____ дин. (словима: _____).

М. П.

(потпис лица које је издало рачун)

Попунити у два примерка:

1. Један примерак осигураном лицу
2. Један примерак задржава давалац здравствене услуге