20131654021

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Врз основа на член 56 став 1 точка 14 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 16/2013 и 91/2013), и член 95 од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 54/2012, 138/2012, 164/2012, 57/2013, 64/2013, 88/2013, 119/2013 и 145/2013), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 21 ноември 2013 година, донесе

ОДЛУКА ЗА ИЗМЕНУВАЊЕ И ДОПОЛНУВАЊЕ НА ОДЛУКАТА ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ОБРАСЦИТЕ ПРЕДВИДЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 1

Во Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 133/2011, 5/12, 29/12, 79/12, 57/2013, 64/2013, 88/2013, 105/2013, 119/2013, 138/2013 и 145/2013), во членот 1 обрасците: Рецепт за пропишување на лек и Рецепт за пропишување на лек за странски осигуреник, се заменуваат со нови обрасци кои се составен дел на оваа одлука.

Член 2

Оваа одлука влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 02-17337/1
28 ноември 2013 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
Ангел Митевски, с.р.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Место за потврда за платен придонес

РЕЦЕПТ Бр. ________

ЗА ПРОПИШУВАЊЕ НА ЛЕК

Подрачна служба ____________________

Презиме и име ____________________

Адреса ____________________

ЕМБГ ____________ ЕЗБО ____________

Број на здравствен картон ____________

Број на здравствена легитимација ____-__________-___

Податоци за носителот на осигурување

Презиме и име ____________________

ЕМБГ ____________ ЕЗБО ____________

Алергии/состојби ____________________

Препорака од специјалист / субспецијалист / конзилиум ________ ________ ________

Н ☐ А ☐ Х ☐ ________ дијагноза

Rp.

датум на пропишување

датум на важност од (за хронична терапија)

М.П.

факсимил и потпис на лекар

Шифра на лекот ________

Шифра на аптека ________

Количина на лек по единица фамацевтска форма ____

Број на спецификација ________

Пакување ___

Реден број на рецептот во спецификација ________

М.П.

датум на издавање на лекот

шифра и потпис на фармацевтскиот техничар

факсимил и потпис на фармацевтот

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Место за потврда за платен придонес

РЕЦЕПТ Бр. ________

ЗА ПРОПИШУВАЊЕ НА ЛЕК ЗА СТРАНСКИ ОСИГУРЕНИК

Подрачна служба ____________________

Презиме и име ____________________

Адреса ____________________

Број на здравствено осигур. / идентификација ____________

Број на ЕНIC картица ____________

Држава ____________________

Број на пасош ____________ Датум на раѓање ____________

Податоци за носителот на осигурување

Презиме и име ____________________

Број на здравствено осигур. / идентификација ____________

Алергии/состојби ____________________

Препорака од специјалист / субспецијалист / конзилиум ________ ________ ________

Н ☐ А ☐ Х ☐ ________ дијагноза

Rp.

датум на пропишување

датум на важност од (за хронична терапија)

М.П.

факсимил и потпис на лекар

Шифра на лекот ________

Шифра на аптека ________

Количина на лек по единица фамацевтска форма ____

Број на спецификација ________

Пакување ___

Реден број на рецептот во спецификација ________

М.П.

датум на издавање на лекот

шифра и потпис на фармацевтскиот техничар

факсимил и потпис на фармацевтот