

20130641397

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“ бр. 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 и 16/2013) и член 95 од Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 54/2012, 138/2012 и 164/2012), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 27 март 2013 година, донесе

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

Член 1

Во Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 133/2011, 5/12, 29/12 и 79/12), образецот на Рецептот за пропишување на лек, образецот на Рецептот за пропишување на лек за странски осигуреник, образецот на Специјалистички-субспецијалистички упат - „Образец СУ“, образецот на Интер специјалистички упат - „Образец ИСУ“, образецот на Упатот за радиодијагностика 1 - „Образец РДУ -1“, образецот на Упатот за радиодијагностика 2 - „Образец РДУ -2“, образецот на Лабораториски упат -1 „Образец ЛУ-1“, образецот на Лабораториски упат -2 „Образец ЛУ-2“, образецот на Болничкиот упат „Образец БУ“ и образецот на Упатот за сервисни услуги – за хоспитализирани пациенти „Образец УСУ“, 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“, образецот на Рецептот за пропишување на лек и образецот на Рецептот за пропишување на лек за странски осигуреник ќе се применуваат од 1.5.2013 година а образецот на Интер специјалистички упат - „Образец ИСУ“, образецот на Упатот за радиодијагностика 1 - „Образец РДУ -1“, образецот на Упатот за радиодијагностика 2 - „Образец РДУ -2“, образецот на Лабораториски упат -1 „Образец ЛУ-1“, образецот на Лабораториски упат -2 „Образец ЛУ-2“, образецот на Болничкиот упат „Образец БУ“ и образецот на Упатот за сервисни услуги – за хоспитализирани пациенти „Образец УСУ“ ќе се применуваат откако ќе се обезбедат соодветни технички услови за нивно реализирање.

Бр. 02–4523/2
1 април 2013 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
Ангел Митевски, с.р.

ФЗОМ -Образец СУ

Упат Бр. _____

	ДО	
Назив на здравствена установа		Назив на здравствена установа
Работна единица - Одделение		Специјалност
Број на лекарски дневник		Место
		Лекар
		Факсимил
		Термин

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ - СУБСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ УПАТ

Се упатува _____
Презиме, име на родител/старател и име

Адреса

Број на здравствена легитимација	Единствен матичен број на осигуреникот
Единствен здравствен број на осигуреникот	

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба _____

Осигурување _____
Број на здравствен картон

На специјалистички - субспецијалистички преглед се упатува поради _____

Наоди за извршените прегледи, дијагностички и терапевтски постапки _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар _____

Упат Бр. _____

Назив на здравствена установа _____
Број на лекарски дневник _____

ИЗВЕШТАЈ НА СПЕЦИЈАЛИСТОТ - СУБСПЕЦИЈАЛИСТОТ

На _____
Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

Број на здравствена легитимација	Единствен матичен број на осигуреникот
Единствен здравствен број на осигуреникот	

е утврден следниот наод (дијагноза) и мислење _____

Упатство за натамошното лекување на осигуреното лице _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар _____

Формат: А4

Упат Бр. _____

Назив на здравствена установа	ДО	Назив на здравствена установа
Работна единица - Одделение		Специјалност
Број на лекарски дневник		Место
		Лекар
		Факсимил
		Термин

ИНТЕР - СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ УПАТ

Се упатува _____

Презиме, име на родител/старател и име _____

Адреса _____

_____ - _____ - _____
Евентуална легитимација Единствен матичен број на осигуреникот

_____ - _____
Евентуален број на осигуреникот

Осигурено лице с пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба _____

_____ - _____
Осигурување Број на здравствен картон

На специјалистички преглед се упатува поради _____

Наоди за извршените прегледи, дијагностички и терапевтски постапки _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар специјалист

Упат Бр. _____

Назив на здравствена установа _____

Број на лекарски дневник _____

ИЗВЕШТАЈ НА СПЕЦИЈАЛИСТОТ

На _____

Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице _____

_____ - _____ - _____
Број на здравствена легитимација Единствен матичен број на осигуреникот

_____ - _____
Единствен здравствен број на осигуреникот

е утврден следниот наод (дијагноза) и мислење _____

Упатство за натамошното лекување на осигуреното лице _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар специјалист

ФЗОМ -Образец РДУ-1

Упат Бр. _____

_____ Назив на здравствена установа	ДО	_____ Назив на здравствена установа
_____ Работна единица - Одделение		_____ Организациона единица
_____ Број на лекарски дневник		_____ Назив на апстракт
		_____ Термин

УПАТ ЗА РАДИОДИЈАГНОСТИКА - 1

Се упатува _____
Презиме, име на родител/старател и име

Адреса

_____ Број на здравствена легитимација	_____ Единствен матичен број на осигуреникот
_____ Единствен здравствен број на осигуреникот	

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба _____

Оснoв на осигурување

Број на здравствен картон

За снимање на: _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар _____

Упат Бр. _____

Назив на здравствена установа

Број на лекарски дневник

ИЗВЕШТАЈ - РАДИОДИЈАГНОСТИЧКИ НАОД

На _____
Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

_____ Број на здравствена легитимација	_____ Единствен матичен број на осигуреникот
_____ Единствен здравствен број на осигуреникот	

е утврден следниот рендгенски наод _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар _____

Формат: А4

ФЗОМ -Образец РДУ-2

Упат Бр. _____

_____ Назив на здравствена установа	ДО	_____ Назив на здравствена установа
_____ Работна единица - Одделение		_____ Организациона единица
_____ Број на лекарски дневник		_____ Назив на апарат
		_____ Термин

УПАТ ЗА РАДИОДИЈАГНОСТИКА - 2

Се упатува _____
Презиме, име на родител/старател и име

Адреса

_____ Број на здравствена легитимација	_____ Единствен матичен број на осигуреникот
_____ Единствен здравствен број на осигуреникот	

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба _____
Оснoв на осигурување _____
Број на здравствен картон _____

За снимање на: _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар

Упат Бр. _____

Назив на здравствена установа
Број на лекарски дневник _____

ИЗВЕШТАЈ - РАДИОДИЈАГНОСТИЧКИ НАОД

На _____
Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

_____ Број на здравствена легитимација	_____ Единствен матичен број на осигуреникот
_____ Единствен здравствен број на осигуреникот	

е утврден следниот рендгенски наод _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар

Формат: А4

Упат Бр. _____

Назив на здравствена установа _____

Назив на здравствена установа _____

Работна единица - Одделение _____

ДО

Специјалност _____

Број на лекарски дневник _____

Место _____

Лекар _____

Факсмили _____

Термин _____

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ - 1

Се упатува: _____

Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице _____

Адреса _____

_____ - _____ - _____

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен број на осигуреникот

Р.Бр	Шифра на пакет	Шифра на услугата од статусот	Дел	Опис на статусот / лабораториската услуга
1	2	3	4	5
1	БА2			ХЕМАТОЛОПКИ СТАТУС
1.1		БА2/1		Седиментација на еритроцити
1.1		БА2/2		Крвна слика со диференцијална крвна слика
			1.	Хемоглобин
			2.	Еритроцити
			3.	Леукоцити
			4.	Тромбоцити
			5.	Хематокрит
			6.	Диференцијална крвна слика
				Неутрофили
				Линфоцити
				Еозинофили
				Моноцити
2	БА13			УРИНАРЕН СТАТУС со седимент
			1.	пХ
			2.	Специфична тежина
			3.	Белковини
			4.	Глукоза во урина
			5.	Кетони
			6.	Седимент на урина
			7.	Уробилиноген
3	БА4			ГЛУЦИДЕН СТАТУС
		БА4/1	1.	Глукоза во серум (Гликемија)
4	БА10			ЛИПИДЕН СТАТУС
		БА10/3	2.	Вкупен холестерол
		БА10/2	3.	Триглицериди
5	БА5			ДЕГРАДАЦИОНИ ПРОДУКТИ
		БА5/1	1.	Уреа во серум
		БА5/3	2.	Креатинин во серум
6	БА7			ЕНЗИМСКИ СТАТУС
		БА7/8	1.	АСТ - Аспарат амнотрансфераза
		БА7/9	2.	АЛТ Аланин амнотрансфераза
7	БА8			ЕЛЕКТРОЛИТЕН СТАТУС - во серум
		БА8/8	1.	Железо (Fe)
8	БА16			ИВ. Тест за бременост
		БА16/3	1.	Тест за бременост б-ХЦГ во серум

Во _____ 20__ година

МП

Потпис и факсмили на лекар _____

Формат: А4

ФЗОМ -Образец - ЛУ2

Упат Бр. _____

Назив на здравствена установа

Работна единица - Одделение

Број на лекарски дневник _____

ДО

Назив на здравствена установа

Специјалност

Место

Лекар

Факсимил

Термин

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ - 2

Се упатува _____
Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

Адреса

Број на здравствена легитимација

Единствен здравствен број на осигуреникот

Единствен матичен број на осигуреникот

Основа на осигување

Број на здравствен картон

Вид на здравствена услуга - лабораториска анализа _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар

Упат Бр. _____

Назив на здравствена установа

Број на лекарски дневник _____

ИЗВЕШТАЈ - ЛАБОРАТОРИСКИ НАОД

На _____
Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

Број на здравствена легитимација

Единствен здравствен број на осигуреникот

Единствен матичен број на осигуреникот

е утврден следниот лабораториски наод _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар

Формат: А4

Образец БУ

ФЗОМ -Образец БУ

Упат Бр. _____

_____ Назив на здравствена установа	ДО	_____ Назив на Болничката здравствена установа
_____ Работна единица - Одделение		_____ Работна единица - Одделение
_____ Број на лекарски дневник		_____ Место
		_____ Лекар
		_____ Факсимил
		_____ Термин

БОЛНИЧКИ УПАТ

Се упатува на болничко лекување _____
Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

Адреса

_____ Број на здравствена легитимација	_____ Единствен матичен број
_____ Единствен здравствен број на осигуреникот	

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба _____

Осигурување

Број на здравствен картон

Задолжително да се заокружи доколку упатува избраниот лекар:

1. Дијагностицирано хронично заболување _____
2. Итен случај по проценка на избраниот лекар (да се наведе образложение) _____
3. Итен случај (да се наведе број на потврда за прием на осигурено лице хоспитализирано во болничка установа) _____

Дијагноза _____ Шифра _____

Со придружник - придружник не е потребен _____

Во _____ 20__ година МП _____
Потпис и факсимил на лекар

Формат: А4

ФЗОМ -Образец УСУ

Упат Бр. _____

_____ Назив на здравствена установа	ДО	_____ Назив на клиничка болничка здравствена установа
_____ Работна единица - Одделение		_____ Место
_____ Место		_____ Лекар
Број на лекарски дневник _____		_____ Факсимил
		_____ Термин

УПАТ ЗА СЕРВИСНИ УСЛУГИ
(за хоспитализирани пациенти)

Се упатува на болничко лекување _____
Презиме, татково име и име на осигуреното лице

Адреса

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број

Единствен здравствен број на осигуреникот

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба _____

Оснoв на осигурување

Број на здравствен картон

Сервисна услуга _____ Шифра _____

Со придружник - придружник не е потребен _____

Упат Бр. _____

Назив на здравствена установа
Број на лекарски дневник _____

ИЗВЕШТАЈ НА СПЕЦИЈАЛИСТОТ - СУБСПЕЦИЈАЛИСТОТ

На _____
Презиме, татково име и име на осигуреното лице

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен број на осигуреникот

е утврден следниот наод (дијагноза) и мислење _____

Упатство за натамошното лекување на осигуреното лице _____

Во _____ 20__ година

МП _____
Потпис и факсимил на лекар специјалист