

12.05.2015 9:22



Републички фонд за здравствено осигурање

Јована Мариновића бр. 2, 11040 Београд, Србија, тел: 381 11 2053-830; факс: 381 11 2645-042
e-mail: public@rfzo.rs ПИБ бр. 101288707 мат. бр. 06042945 рач. бр. 840-26650-09
02 број: 180-687/15
11.05.2015.године

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ПОКРАЈИНСКИ ФОНД
-директору-

ФИЛИЈАЛА ЗА _____ ОКРУГ

-директору-

Предмет: Остваривање здравствене заштите на основу
потврде за коришћење здравствене заштите
издате на Обрасцу ПЗК

Како што вам је познато у свим филијалама Републичког фонда за здравствено осигурање у току је замена здравствених књижица картицама здравственог осигурања.

До издавања здравствене картице матична филијала је дужна да осигураном лицу изда потврду за коришћење здравствене заштите на Обрасцу ПЗК, која има ограничен рок важности до издавања картице, а најдуже 30 дана од издавања потврде. У случају да у року 30 дана од дана издавања потврде, картица здравственог осигурања није издата, матична филијала је дужна да осигураном лицу изда нову потврду на Обрасцу ПЗК са новим роком важења од 30 дана од дана издавања нове потврде. Образац ПЗК прописан је Правилником о исправи о здравственом осигурању и посебној исправи за коришћење здравствене заштите („Сл.гл.РС“, бр. 68/06, 49/07, 50/07-испр.,..., 17/15-одлука УС).

Са наведеном потврдом осигурана лица остварују права из обавезног здравственог осигурања (право на здравствену заштиту...) под истим условима, на начин и по поступку као и осигурана лица којима је издата здравствена књижица или картица здравственог осигурања.

Са садржајем овог дописа потребно је да упознате све здравствене установе на подручју ваше филијале ради несметаног остваривања права из обавезно здравственог осигурања осигураних лица Републичког фонда за здравствено осигурање којима је издата потврда за коришћење здравствене заштите на Обрасцу ПЗК.

Копија: 1) а/а

51015.08/112

