

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА _____

Испостава _____

ОЛК - 12

Првостепена лекарска комисија -

Број:

Дана:

На основу члана 148. став 1. тачка 13) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 25/19), члана 5. став 2. /члана 5. ст. 2 - 4. Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2020. годину („Сл. гласник РС“, бр. 13/20 и 87/20), потврде о испуњености медицинских услова и година живота за спровођење стимулисаног поступка биомедицински потпомогнутог оплођења број _____ датум _____. издате од Комисије за биомедицински потпомогнуто оплођење _____ /оцене првостепене лекарске комисије број _____

(назив здравствене установе)

од _____. године о испуњености медицинских услова и година живота за спровођење криоембриотрансфера _____ и _____ позива _____ здравствене установе _____ за започињање поступка биомедицински _____

(назив здравствене установе)

потпомогнутог оплођења, првостепена лекарска комисија

даје следећу

ОЦЕНУ

1. Сагласна да се осигураном лицу _____ ЛБО: _____

ЈМБГ: _____ тел. _____ из _____ (адреса)

на терет средстава обавезног здравственог осигурања обезбеди _____ стимулисани _____ (број поступка) поступак биомедицински потпомогнутог оплођења/криоембриотрансфер за _____ дете _____ (прво/друго дете) у здравственој установи _____, са којом је Републички _____ (назив здравствене установе) фонд за здравствено осигурање закључио уговор о пружању услуга лечења неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења.

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ:

3. Врста превоза: _____ (уписати аутобус или воз-други разред или санитет)

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____ (потпис и факсимил)

2. _____ (потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор другостепеној лекарској комисији Филијале, ул. _____ може се изјавити у року од **три радна дана** од дана саопштења оцене првостепене лекарске комисије.