NN 110/2019 (15.11.2019.), Odluka o izmjenama i dopunama Odluke o utvrđivanju oblika i sadržaja potvrda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za ortopedska i druga pomagala

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

2225

Na osnovi članka 25. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine«, broj 80/13. i 137/13.) i članka 26. točke 22. Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (»Narodne novine«, broj 18/09., 33/10., 8/11., 18/13., 1/14. i 83/15.) Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 48. sjednici održanoj 13. studenoga 2019. godine donijelo je

ODLUKU

O IZMJENAMA I DOPUNAMA ODLUKE O UTVRĐIVANJU OBLIKA I SADRŽAJA POTVRDA HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA ORTOPEDSKA I DRUGA POMAGALA

Članak 1.

(1) U Odluci o utvrđivanju oblika i sadržaja potvrda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za ortopedska i druga pomagala (»Narodne novine«, broj 51/19.) tiskanice potvrda iz članka 1. stavka 2. mijenjaju se, tiskane uz ovu Odluku i čine njezin sastavni dio.

(2) Tiskanice potvrda iz stavka 1. ovoga članka dostupne su i mogu se preuzeti na mrežnim stranicama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, putem Centralnog zdravstvenog informatičkog sustava Hrvatske (CEZIH) te aplikacije za komunikaciju i podršku procesima propisivanja, odobravanja i izdavanja pomagala ugovornih isporučitelja pomagala.

Članak 2.

Ova Odluka objavljuje se u »Narodnom novinama« i stupa na snagu 1. prosinca 2019. godine.

Klasa: 025-04/19-01/273
Urbroj: 338-01-01-19-01
Zagreb, 13. studenoga 2019.

Predsjednik Upravnog vijeća
Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje
prof. dr. sc. Drago Prgomet, dr. med. spec., v. r.

Regionalni ured | Područna služba

MBO .....

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. osobe

Grad/naselje | Ulica i broj

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse ili šifra ugovorne maloprodajne lokacije

Šifra ugovornog doktora

Naziv adresa i broj telefona zdravstvene ustanove / ordinacije privatne prakse / isporučitelja koji propisuje pomagalo

Kat. osig. | Spol | U djelokrug poslova obveznog zdravstvenog osiguranja šifra | Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja

Broj evidencije prijava tr. bolesti/bolesti *

PNTJO /

Drž. osig. | Broj boles. lista i HO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata

OIR PB | Evidencijski broj prizn. odjela na radu / profesion. bolesti *

POTVRDA o oblogama za rane

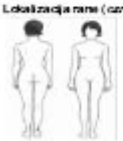
I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

Broj potvrde

Dijagnoza: .....

Šifra po MKB .....

Lokalizacija rane (označiti na slici)



OPIS RANE	DUBINA***	DNO***	SEKRECIJA***	SEKRET***
Veličina**	površinska ___	nekroza ___	bez sekrecije ___	serozan ___
1-5 cm ___	srednje duboka ___	fibrinske naslage ___	slaba ___	sukrvav ___
5-10 cm ___	duboka ___	granulacija ___	srednja ___	gnojan ___
10 cm i više ___		epitelizacija ___	jaka ___	
			obilna ___	

Inficirana rana: *DA** - *NE**

Početak primjene terapije oblogama: ...../20.... g.
datum

Znakovi cijeljenja rane: DA* - NE*

Ime, prezime i šifra specijalista koji je predložio pomagalo

NAPOMENA: .....

**upisati broj rana u pojedinom rasponu veličine (obvezan podatak)

***nije obvezan podatak

Redni broj	Šifra/ barkod pomagala	Naziv pomagala ili tip pomagala	Veličina obloge zarane cm x cm	Šifra veličine obloge	Količina	Potrebno odobrenje liječničkog povjerenstva Zavoda
1.						DA* - NE*
2.						DA* - NE*
3.						DA* - NE*
4.						DA* - NE*

M.P.

U ....., ... 20 ..... g.

Šifra, potpis, faksimil i pečat doktora koji je propisao pomagalo ili šifra ugovornog isporučitelja

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

Odobrenje broj ...../.....

Nalaz, mišljenje i ocjena*

Šifra i potpis članaLP-a | Šifra i potpis članaLP-a | Šifra i potpis članaLP-a

KLASA: .....

M.P.

URBROJ: .....

U ....., ... 20 ..... g.

HZZO-Direkcija, Zagreb
PotOblogRane, V7, 30/10/2019

* - označiti odgovarajuće (obvezan podatak)

* Uputa osiguranoj osobi: osigurana osoba nezadovoljna nalazom, mišljenjem i ocjenom liječničkog povjerenstva ima pravo zatražiti ostvarenje svojeg prava u prvostupanjskom upravnom postupku, putem nadležnog regionalnog ureda odnosno područne službe Zavoda prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osiguranе osobe.

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Broj potvrde

Redni broj	Šifra pomagala iz liste pomagala	Naziv pomagala iz liste pomagala	Količina
1.			
2.			
3.			
4.			

U ....., ... 20 ..... g.

M.P.

Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

IV. IZDAVANJE (ispunjava ugovorni isporučitelj)

Ugovorni isporučitelj:

Matični broj HZZO: 03580261
OIB: 02958272670

Naziv: ..... Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj): .....

R1

Adresa maloprodajne lokacije (mjesto, ulica i broj): .....

Broj računa isporučitelja: .....

Šifra maloprodajne lokacije: .....

Matični broj isporučitelja: .....

Broj žiro-računa: .....

OIB isporučitelja: .....

Poziv na broj: ....

Broj maloprodajnog računa: .....

Redni broj	Šifra isporučenog pomagala	Naziv isporučenog pomagala	Šifra veličine obloge	Količina	Jedinično cijenovno iz PDV-om pomagala iz Cenovne liste pomagala	Iznos u kn (s PDV-om)	Jedinična razlika u cijeni u kn s PDV-om	Ukupni iznos razlike
1.								
2.								
3.								
4.								
					Ukupno:			

1. Ukupan iznos za pomagala (s PDV-om) ..... kn
2. Iznos sudjelovanja ..... kn
3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja ..... kn
4. Iznos razlike u cijeni ..... kn
5. Iznos obračunatog PDV-a u točki 3. ..... kn

Datum narudžbe ..... /20 ..... g.

Datum izdavanja pomagala ..... /20 ..... g.

Mjesto i datum izdavanja računa: ..... , ... 20 ..... g.

Potvrđujem primitak pomagala -SA* jamstvenim listom

-BEZ* jamstvenog lista

M.P.

Potpis osigurane osobe

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe koja je izdala pomagalo

V. IZJAVA O SIGURANE OSOBE*

1. Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku istovrsnog pomagala iz liste pomagala, u odnosu na propisano pomagalo.
2. Od strane ugovornog isporučitelja informiran sam da pomagalo koje je propisano na potvrdi Zavoda (standardno pomagalo), imam pravo ostvariti na teret Zavoda, bez obveze podmirenja dodatnih troškova, osim sudjelovanja u cijeni pomagala, ako isto ne ostvarujem u djelatnosti na teret Zavoda sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.
3. Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku pomagala veće vrijednosti od vrijednosti pomagala utvrđene listama pomagala za pomagala odgovarajućeg standarda i kvalitete koje osigurava Zavod. Na taj način pristajem da za popravak pomagala uključujući i rezervne dijelove za to pomagalo Zavod snosi troškove u visini troškova standardnog pomagala, a troškove rezervnog dijela za pomagalo veće vrijednosti koje ne sadržava standardno pomagalo kao i troškove zamjene tog dijela snosim osobno.
4. Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku pomagala s **Dodatnelliste pomagala** te da sam upoznat s vrsti doplatnog plaćanja razlike u cijeni pomagala u odnosu na cijenu pomagala s Cenovne liste pomagala.

Potpis osigurane osobe

M.P.

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U ....., ... 20 ..... g.

* zaokruži odgovarajuće

Regionalni ured: Područna služba

MBO .....

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. osobe

Grad/mjesto: Ulica i broj

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Naziv,adresa i broj telefona zdravstvene ustanove / ordinacije privatne prakse / ljekarničke koji propisuje pomagalo

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse ili šifra ugovorne mjesne djelatnosti

Šifra ugovornog doktora

POTVRDA o očnim i tiflotehničkim pomagalima

Kat. osig. | Spol | U slučaju potrebe obvezno zdravstveno osiguranje osobe

Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja

Broj evidencije prijave o bolesti *

PNTJO /

Drž. osig. | Broj boravišne iskaznice HZO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata

OIR PB

Evidencijski broj priznate osobe na radu / profesionalne bolesti *

I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

Broj potvrde

Dijagnoza:

Šifra po MKB

Uporaba		Daph	Dcyl	Axis	Pris	Basis
za daljinu	D.o.					
	L.o.					
zabližinu	D.o.					
	L.o.					





Očitana vida s korekcijom:

VOD CC	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
VOS CC	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0

Razmak zjenica ..... mm

Redni broj	Šifra i bar kod pomagala	Naziv pomagala ili šifra pomagala	Količina	Potrebno odobrenje liječničkog povjerenstva Zavoda
1.				DA * - NE *
2.				DA * - NE *
3.				DA * - NE *
4.				DA * - NE *

Popravak pomagala: *DA* * - *NE* *

M.P.

U ....., ... 20 ..... g.

Šifra, potpis, faksimil i pečat doktora koji je propisao pomagalo ili šifra ugovornog liječnika

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

Odobrenje broj ...../.....

Nalaz, mišljenje i ocjena*

Šifra i potpis člana LP-a | Šifra i potpis člana LP-a | Šifra i potpis člana LP-a

KLASA: M.P. URBROJ:

U ....., ... 20 ..... g.

HZZO-Direkcija, Zagreb
Prilog: VT, 30/10/2019

* - označiti odgovarajuće (obavezan podatak)

* Uputa osiguranoj osobi: o stjecanju osobe na zadovoljenje nalaza, mišljenja i ocjene ljekničkog povjerenstva ima pravo zatražiti izdavanje rješenja u privatnopravnom, upravnom postupku, putem nadležnog regionalnog ureda odnosno područne službe Zavoda prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe.

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Broj potvrde

Redni broj	Šifra pomagala iz liste pomagala	Naziv pomagala iz liste pomagala	Količina
1.			
2.			
3.			
4.			

U ..... , ... 20 ..... g.

M.P.

..... Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

IV. IZDAVANJE (ispunjava ugovorni isporučitelj)

Matični broj HZZO: 03580261
OIB: 02958272670

Ugovorni isporučitelj:

Naziv: ..... Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj) .....

R1

Adresa maloprodajne lokacije (mjesto, ulica i broj) .....

Broj računa isporučitelja: .....

Šifra maloprodajne lokacije .....

Matični broj isporučitelja: .....

Broj žiro-računa: .....

OIB isporučitelja: .....

Poziv na broj: ....

Broj maloprodajnog računa .....

Redni broj	Šifra isporučenog pomagala	Naziv isporučenog pomagala	Količina	Jedinična cijena u kn s PDV-om pomagala s Osnovne liste pomagala	Iznos u kn (s PDV-om)	Jedinična razlika u cijeni u kn s PDV-om	Ukupni iznos razlike
1.							
2.							
3.							
4.							
				Ukupno:			

1. Ukupan iznos za pomagala (s PDV-om) ..... kn
2. Iznos sudjelovanja ..... kn
3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja ..... kn
4. Iznos razlike u cijeni ..... kn
5. Iznos obračunatog PDV-a u točki 3. ..... kn

Datum narudžbe ..... /20 ..... g.

Datum izdavanja pomagala ..... /20 ..... g.

Mjesto i datum izdavanja računa ..... , ... 20..... g.

Potvrđujem primitak pomagala - SA * jamstvenim listom
- BEZ * jamstvenog lista

M.P.

..... Potpis osiguране osobe

..... Ime, prezime i potpis odgovorne osobe koja je izdala pomagalo

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE *

1. Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku istovrsnog pomagala iz liste pomagala, u odnosu na propisano pomagalo.
2. Odstrane ugovornog isporučitelja informiran sam da pomagalo koje je propisano na potvrdi Zavoda (standardno pomagalo), imam pravo ostvariti na teret Zavoda, bez obveze podmirenja dodatnih troškova, osim sudjelovanja u cijeni pomagala, ako isto na ostvarujem u cijelosti na teret Zavoda sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.
3. Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku pomagala vaše vrijednosti od vrijednosti pomagala utvrđene listama pomagala za pomagala odgovarajućeg standarda i kvalitete koje osigurava Zavod. Na taj način pristajem da za popravak pomagala uključujući i rezervne dijelove za to pomagalo Zavod snosi troškove u visini troškova standardnog pomagala, a troškove rezervnog dijela za pomagalo vaše vrijednosti koja ne sadržava standardno pomagalo kao i troškove zamjene tog dijela snosim osobno.
4. Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku pomagala s Dodatne liste pomagala te da sam upoznat sa svojoj obvezi osobnog plaćanja razlike u cijeni pomagala u odnosu na cijenu pomagala s Osnovne liste pomagala.

..... Potpis osigurane osobe

M.P.

..... Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U ..... , ... 20 ..... g.

* zaokružiti odgovarajuće