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

О Ц Е Н У

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.