

Јована Мариновића бр. 2, 11040 Београд, Србија, тел: 381 11 2053-830; факс: 381 11 2645-042  
e-mail: public@rzzo.rs ПИБ бр. 101288707 мат. бр. 06042945 рач. бр. 840-26650-09  
02/5 број: 54-22/10-1  
14.01.2010. године

**РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ  
ПОКРАЈИНСКИ ЗАВОД**

- директору -  
**ФИЛИЈАЛА ЗА \_\_\_\_\_ ОКРУГ**  
- директору -

Дописом 02/5 Број:54-22/10 од 04.01.2010. године доставили смо Вам Упутство везано за Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2010. годину.

Обавештавамо Вас да се у ставу 2. тач. 2) и 3) наведеног дописа мењају и гласе:

„ 2) Потврда издата на „Обрасцу УП-2“ на основу члана 29. Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2009. годину, важи и у 2010 години до ступања на снагу Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2010. годину.

3) Уколико је сигураницима из чл. 17. и 23. Закона о здравственом осигурању и члановима њихових породица наплаћена партиципација у 2010. години, а имали су потврду на „Обрасцу УП-2“ издату у 2009. години, имају право на повраћај наплаћеног износа партиципације на терет здравствене установе, по поднетом захтеву матичној филијали.“

После тачке 3) додаје се нова тачка 4) која гласи:

„4) Осигураницима из чл. 17. и 23. Закона о здравственом осигурању који су за себе и чланове своје породице у 2010. години поднели захтев за обезбеђивање здравствене заштите у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања (нису имали потврду за 2009. годину), а за које се утврди да испуњавају услове, издаће се потврда на „Обрасцу УП-2“ на основу члана 29. Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2009. годину. Издата потврда ће важити до ступања на снагу Правилника о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2010. годину.

У наведеној ситуацији, по ступању на снагу Правилника за 2010. годину, извршиће се замена издатих потврда без подношења новог захтева“

\* \* \*

Са садржином овог дописа потребно је да упознате здравствене установе на подручју филијале као и све запослене у Покрајинском заводу односно филијали.

Копија: а/а  
52010.02/8

