



Direkcija, Margaretska 3, P.P. 157, 10002 Zagreb, telefon ++385/01 48 06 333, fax ++385/01 48 12 606, 48 06 345
www.hzzo-net.hr

KLASA: 502-01/13-01/210
URBROJ:338-01-04-13-1
Zagreb, 10. srpnja 2013. godine

Ordinacije opće/ obiteljske medicine
Ordinacije dentalne zdravstvene zaštite
Ordinacije zdravstvene zaštite žena
Ljekarne
-svima-

PREDMET: Naputak za postupanje s osiguranicima CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d.

- *dostavlja se*

Poštovani,

U skladu s odredbama članka 19. stavka 4. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ broj 80/13, u daljnjem tekstu: Zakon), osigurane osobe obvezne su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite pružene kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite, te za izdavanje lijeka po receptu u iznosu od 0,30% proračunske osnovice (10,00 kn). Sudjelovanje iz članka 19. stavka 4. Zakona predstavlja prihod obveznog osiguranja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod)

Ukoliko su osigurane osobe osigurane u dopunskom zdravstvenom osiguranju, sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti u iznosu od 10,00 kn preuzima osiguravatelj ili Zavod. U ovom trenutku su stečeni preduvjeti da se uz iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja Zavoda za pokriće sudjelovanja na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti može prihvatiti i iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja CROATIA zdravstvenog osiguranja d.d. (u daljnjem tekstu: CZO).

Ukoliko je osoba osigurana u dopunskom osiguranju CZO-a upućujemo Vas na postupanje kako je uređeno Zakonom i Općim uvjetima ugovora na način da sudjelovanje u iznosu od 10,00 kn ne naplaćujete neposredno od osigurane osobe, već da o preuzetoj obvezi plaćanja sudjelovanja od strane osiguravatelja putem mjesečnog izvješća izvijestite Zavod.

DOKAZIVANJE STATUSA OSIGURANIKA

Osigurane osobe prilikom korištenja zdravstvene zaštite uz iskaznicu obveznog zdravstvenog osiguranja, obvezne su pokazati i iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja. Osigurane osobe u dopunskom zdravstvenom osiguranju CZO-a identificiraju se iskaznicom narančaste ili bijele boje.

Naziv vrste osiguranja naveden je na svakoj iskaznici. Izgled iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja CZO-a dostupni su na web stranici <http://www.croatia-zdravstveno.hr> (Upute za postupanje s iskaznicom dopunskog zdravstvenog osiguranja)

ROK VAŽENJA ISKAZNICE

Iskaznica se smatra važećom ukoliko je zdravstvena zaštita pružena u roku naznačenom na iskaznici. Ukoliko je zdravstvena zaštita pružena izvan roka naznačenog na iskaznici, iskaznica se smatra nevažećom, te se sudjelovanje naplaćuje neposredno od osigurane osobe. Ukoliko je na iskaznici naznačen rok važenja od 01/07/13 do 30/06/14, osiguranje pokriva oba datuma i cijeli period između ta dva datuma.

IZVJEŠTAVANJE O NAPLATI SUDJELOVANJA

Ugovorni subjekti Zavoda obvezni su izvijestiti Zavod o naplati sudjelovanja u PZZ putem mjesečnog Izvješća. Ugovorni subjekti dostavljaju Zavodu Izvješće o naplati sudjelovanja jednom mjesečno do 5-og u mjesecu za prethodni mjesec. Izvješće treba sadržavati svaku pojedinu stavku naplaćenog sudjelovanja, bez obzira da li je sudjelovanje naplaćeno neposredno od osigurane osobe ili je sudjelovanje pokrilo dopunsko zdravstveno osiguranje.

Ukoliko je osoba osigurana u dopunskom zdravstvenom osiguranju u CZO-u, te se identificirala važećom iskaznicom dopunskog osiguranja, u Izvješću se navodi šifra osiguravatelja CZO od 8 znamenki 01808435. Pod rubrikom „Broj iskaznice DZO“ upisuje se PAN broj iskaznice od 19 znamenki koji je naznačen na svakoj iskaznici dopunskog osiguranja CZO-a.

Uputa o načinu korištenja i slog Izvješće o naplati sudjelovanja u PZZ dostupni su na web stranici [http://www.cezih.hr/infog2/Izvjesce o naplacenom sudjelovanju u PZZ.pdf](http://www.cezih.hr/infog2/Izvjesce%20o%20naplacenom%20sudjelovanju%20u%20PZZ.pdf)

ZAKLJUČAK

Uz iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja Zavoda za pokriće sudjelovanja na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti prihvaća se i iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja CZO-a.

Za osiguranike CZO-a koji se identificiraju važećom iskaznicom dopunskog zdravstvenog osiguranja (narančasta ili bijela iskaznica u roku trajanja osiguranja), sudjelovanje od 10,00 kn se ne naplaćuje neposredno od osiguranika, već se o preuzetoj obvezi plaćanja izvještava Zavod putem mjesečnog Izvješća.

Navedeni način postupanja primjenjuje se od 15. srpnja 2013. godine

S poštovanjem,



Pomoćnica ravnatelja za zdravstvenu zaštitu

mr. Dubravka Pezelj Duliba, dr.med.