
ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

**ФИНАНСОВИ ДОКУМЕНТИ
ЗА ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА ПИДП И СИДП**

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ИЗЦЯЛО ИЛИ ЧАСТИЧНО ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК, СЪГЛАСНО ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО ПО ДОГОВОР №

за лица, с право на здравно осигуряване, удостоверение от друга държава-членка на ЕС или съгласно двустранни спогодби

текуща дебитно кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: индивидуална практика групова практика
 дентален център медико-дентален център

Име Представляващ лечебното заведение ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Дентални дейности за лица над 18 години	x	x	x
10112	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист - в т.ч. допълнителен за бременни		6.44	
10312	x	- от тях допълнителен за бременни		x	x
30112	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		24.00	
50912	3	Екстракция на зъб. включително анестезия		24.00	
x		Общо по I (1+2+3):	x	x	
x	II	Дентални дейности за лица до 18 години	x	x	x
10111	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист - в т.ч. допълнителен за бременни		6.44	
10311	x	- от тях допълнителен за бременни		x	x
30111	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		28.00	
50811	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		12.00	
50911	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		28.00	
33211	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб		21.92	
33311	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб		68.93	
x		Общо по II (1+2+3+4+5+6):	x	x	
		Общо (I+II):	x	x	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:.....

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ ЗА ПЪРВИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ИЗЦЯЛО ИЛИ ЧАСТИЧНО ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК, СЪГЛАСНО ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО ПО ДОГОВОР №

текуща КЪМ ФАКТУРА No. дебитно кредитно известие №..... дата.....
ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: групова практика дентален център медико-дентален център

Име Представяващ лечебното заведение ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Дентални дейности за лица над 18 години	x	x	x
10112	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист - в т.ч. допълнителен за бременни		6.44	
10312	x	- от тях допълнителен за бременни		x	x
30112	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		24.00	
50912	3	Екстракция на зъб. включително анестезия		24.00	
x		Общо по I (1+2+3):	x	x	
x	II	Дентални дейности за лица до 18 години	x	x	x
10111	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист - в т.ч. допълнителен за бременни		6.44	
10311	x	- от тях допълнителен за бременни		x	x
30111	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		28.00	
50811	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		12.00	
50911	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		28.00	
33211	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб		21.92	
33311	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб		68.93	
x		Общо по II (1+2+3+4+5+6):	x	x	
		Общо (I+II):	x	x	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата : _____

Подпис:.....

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата: _____

Подпис: _____

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	Банка	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	BIC	<input type="text"/>
Област:	<input type="text"/>	IBAN	<input type="text"/>
Община:	<input type="text"/>	БУЛСТАТ	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ул.	<input type="text"/>		<input type="text"/>
No.	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ж.к	<input type="text"/>	бл	<input type="text"/>
		вх	<input type="text"/>
		ет	<input type="text"/>
		ап	<input type="text"/>

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ИЗЦЯЛО ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК ЗА ОПРЕДЕЛЕНИ КАТЕГОРИИ ЛИЦА, СЪГЛАСНО ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО ПО ДОГОВОР №

за лица, с право на здравно осигуряване, удостоверение от друга държава-членка на ЕС или съгласно двустранни спогодби

текуща дебитно кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: индивидуална практика групова практика
 дентален център медико-дентален център

Име	Представяващ лечебното заведение	ЛПК	<input type="text"/>
-----	----------------------------------	-----	----------------------

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Дентални дейности за лица над 18 години	x	x	x
101121	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		8.24	
301121	2	Обтурация с амалгама или химичен композит с включена анестезия		37.98	
509121	3	Екстракция на зъб. включително анестезия		28.00	
x		Общо по I (1+2+3):	x	x	
x	II	Дентални дейности за лица до 18 години	x	x	x
101111	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		8.24	
301111	2	Обтурация с амалгама или химичен композит с включена анестезия		37.98	
508111	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		12.00	
509111	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		28.00	
332111	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб с включена анестезия		36.60	
333111	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб с включена анестезия		91.21	
x		Общо по II (1+2+3+4+5+6):	x	x	
x	III	Двадесет процента завишение за работа при неблагоприятни условия	x	x	
x		Общо(I+II+III):	x	x	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата : Подпис:.....

Дата:	<input type="text"/>	Проверили:	<input type="text"/>
Дата:	<input type="text"/>	подпис	<input type="text"/>
		подпис	<input type="text"/>

Дата:	<input type="text"/>
Подпис:	<input type="text"/>
	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ ЗА ПЪРВИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ИЗЦЯЛО ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК ЗА ОПРЕДЕЛЕНИ КАТЕГОРИИ ЛИЦА, СЪГЛАСНО ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО ПО ДОГОВОР №

текуща дебитно кредитно известие №..... дата.....
 КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: групов практика дентален център медико-дентален център

Име Представляващ лечебното заведение ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Дентални дейности за лица над 18 години	x	x	x
101121	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		8.24	
301121	2	Обтурация с амалгама или химичен композит с включена анестезия		37.98	
509121	3	Екстракция на зъб. включително анестезия		28.00	
X		Общо по I (1+2+3):	x	x	
x	II	Дентални дейности за лица до 18 години	x	x	x
101111	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		8.24	
301111	2	Обтурация с амалгама или химичен композит с включена анестезия		37.98	
508111	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		12.00	
509111	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		28.00	
332111	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб с включена анестезия		36.60	
333111	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб с включена анестезия		91.21	
x		Общо по II (1+2+3+4+5+6):	x	x	
x	III	Двадесет процента завишение за работа при неблагоприятни условия	x	x	
x		Общо(I+II+III):	x	x	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата : Подпис:.....

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис
подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ИЗЦЯЛО ИЛИ ЧАСТИЧНО ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК, СЪГЛАСНО ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО ПО ДОГОВОР №

за лица, с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава-членка на ЕС или съгласно двустранни спогодби

текуща дебитно кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: индивидуална практика груповая практика
 дентален център медико-дентален център

Представляващ лечебното заведение
Име ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Дентални дейности за лица до 18 години	x	x	x
10121	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист – в т.ч. допълнителен преглед за бременни		7.30	
10321	x	от тях допълнителен преглед за бременни		x	x
30121	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		28.60	
50821	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		13.18	
50921	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		28.60	
33221	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб		24.58	
33321	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб		77.05	
X		Общо по I (1+2+3+4+5+6)	x	x	
X	II	Хирургична дентална помощ за лица над 18 години	x	x	x
102224	1	Специализиран обстоен преглед		7.30	
520224	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		11.90	
510224	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		23.10	
544224	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		3.80	
X		Общо по II (1+2+3+4):	x	x	
x	III	Хирургична дентална помощ за лица до 18 години	x	x	x
102214	1	Специализиран обстоен преглед		7.30	
520214	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		16.40	
510214	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		31.60	
544214	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		3.80	
X		Общо по III (1+2+3+4):	x	x	
X	IV	Експертна дейност	x	x	X
2631	1	Подготовка за ЛКК		2.50	
2632	2	ЛКК		2.50	
2633	3	По искане на ЛКК		2.50	
		Общо по IV (1+2+3):			
x		Общо (I+II+III+IV):	x	x	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата : ____ . ____ . _____

Подпис:

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
	подпис

Дата:	
Подпис:	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ИЗЦЯЛО ИЛИ ЧАСТИЧНО ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК, СЪГЛАСНО ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО ПО ДОГОВОР №

текуща дебитно кредитно известие №..... дата.....
 КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: групова практика дентален център медико-дентален център

Име Представляващ лечебното заведение ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Дентални дейности за лица до 18 години	x	x	x
10121	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист – в т.ч. допълнителен за преглед за бременни		7.30	
10321	x	от тях допълнителен преглед за бременни		x	x
30121	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		28.60	
50821	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		13.18	
50921	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		28.60	
33221	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб		24.58	
33321	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб		77.05	
X		Общо по I (1+2+3+4+5+6)	x	x	
X	II	Хирургична дентална помощ за лица над 18 години	x	x	x
102224	1	Специализиран обстоен преглед		7.30	
520224	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		11.90	
510224	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		23.10	
544224	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		3.80	
X		Общо по II (1+2+3+4):	x	x	
X	III	Хирургична дентална помощ за лица до 18 години	x	x	x
102214	1	Специализиран обстоен преглед		7.30	
520214	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		16.40	
510214	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		31.60	
544214	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		3.80	
X		Общо по III (1+2+3+4):	x	x	
X	IV	Експертизна дейност	x	x	x
2631	1	Подготовка за ЛКК		2.50	
2632	2	ЛКК		2.50	
2633	3	По искане на ЛКК		2.50	
		Общо по IV (1+2+3):			
X		Общо (I+II+III+IV):	x	x	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
	подпис

Дата:	
Подпис:	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ЗА ЗЗОЛ ИЗЦЯЛО ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК, СЪГЛАСНО ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО ПО ДОГОВОР №

за лица, с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава-членка на ЕС или съгласно двустранни спогодби

текуща дебитно кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: индивидуална практика групова практика
 дентален център медико-дентален център

Име Представляващ лечебното заведение ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Дентални дейности за лица до 18 години	x	x	x
101211	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		9.10	
301211	2	Обтурация с амалгама или химичен композит с включена анестезия		38.58	
508211	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		13.18	
509211	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		28.60	
332211	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб с включена анестезия		39.26	
333211	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб с включена анестезия		99.33	
X		Общо по I (1+2+3+4+5+6)	x	x	
X	II	Хирургична дентална помощ за лица над 18 години	x	x	x
1022214	1	Специализиран обстоен преглед		9.10	
5202214	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		19.40	
5102214	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		36.60	
5442214	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		4.60	
X		Общо по II (1+2+3+4):	x	x	
X	III	Хирургична дентална помощ за лица до 18 години	x	x	x
1022114	1	Специализиран обстоен преглед		9.10	
5202114	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		19.40	
5102114	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		36.60	
5442114	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		4.60	
X		Общо по III (1+2+3+4):	x	x	
X	IV	Експертизна дейност	x	x	x
26311	1	Подготовка за ЛКК		2.50	
26321	2.	ЛКК		2.50	
26331	3.	По ЛКК		2.50	
x		Общо по IV (1+2+3)	x	x	
x		Общо (I+II+III+IV):	x	x	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата : ____:____:_____

Подпис:.....

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ЗА ЗЗОЛ ИЗЦЯЛО ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК, СЪГЛАСНО ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО ПО ДОГОВОР №

текуща дебитно кредитно известие №..... дата.....
 КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: групова практика дентален център медико-дентален център

Име Представяващ лечебното заведение ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Дентални дейности за лица до 18 години	x	x	x
101211	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		9.10	
301211	2	Обтурация с амалгама или химичен композит с включена анестезия		38.58	
508211	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		13.18	
509211	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		28.60	
332211	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб с включена анестезия		39.26	
333211	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб с включена анестезия		99.33	
X		Общо по I (1+2+3+4+5+6)	x	x	
X	II	Хирургична дентална помощ за лица над 18 години	x	x	x
1022214	1	Специализиран обстоен преглед		9.10	
5202214	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		19.40	
5102214	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		36.60	
5442214	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		4.60	
X		Общо по II (1+2+3+4):	x	x	
X	III	Хирургична дентална помощ за лица до 18 години	x	x	x
1022114	1	Специализиран обстоен преглед		9.10	
5202114	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		19.40	
5102114	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия		36.60	
5442114	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		4.60	
X		Общо по III (1+2+3+4):	x	x	
X	IV	Експертна дейност	x	x	x
26311	1	Подготовка за ЛКК		2.50	
26321	2.	ЛКК		2.50	
26331	3.	По ЛКК		2.50	
X		Общо по IV (1+2+3)	x	x	
X		Общо (I+II+III+IV):	x	x	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата : ____:____:_____

Подпис:.....

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
	подпис

Дата:	
Подпис:	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к. бл. вх. ет. ап.

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ПОД ОБЩА АНЕСТЕЗИЯ ЗА ЗЗОЛ ДО 18 ГОДИНИ С ПСИХИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ИЗЦЯЛО ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК, СЪГЛАСНО ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО

ПО ДОГОВОР №

за лица, с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава-членка на ЕС или съгласно двустранни спогодби

текуща дебитно кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: индивидуална практика груповая практика
 дентален център медико-дентален център

Представяващ лечебното заведение
Име ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
х	I	Дентални дейности за лица до 18 години	х	х	х
903212	1	24 часово активно наблюдение при необходимост след общата анестезия		25.30	
101212	2	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		17.30	
301212	3	Обтурация с амалгама или химичен композит		38.60	
508212	4	Екстракция на временен зъб		19.95	
509212	5	Екстракция на постоянен зъб		38.60	
332212	6	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб		42.60	
333212	7	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб		139.70	
520212	8	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		30.60	
510212	9	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб		55.90	
544212	10	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		8.05	
х		Общо по I (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10):	х	х	
х	II	Обща анестезия	Брой минути	Цена за 60 мин.	Сума
901212	1	Обща анестезия в извънболнично лечебно заведение		41.25	
902212	2	Обща анестезия в болнично лечебно заведение		41.25	
Х		Общо по II (1+2):	х	х	
		Общо (I+II)	х	х	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата: Подпис:

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ПОД ОБЩА АНЕСТЕЗИЯ ЗА ЗЗОЛ ДО 18 ГОДИНИ С ПСИХИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ИЗЦЯЛО ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК, СЪГЛАСНО ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО

ПО ДОГОВОР №

текуща дебитно кредитно известие №..... дата.....
 КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: групов практика дентален център медико-дентален център

Представяващ лечебното заведение
 Име ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	Дентални дейности за лица до 18 години	x	x	x
903212	1	24 часово активно наблюдение при необходимост след общата анестезия		25.30	
101212	2	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		17.30	
301212	3	Обтурация с амалгама или химичен композит		38.60	
508212	4	Екстракция на временен зъб		19.95	
509212	5	Екстракция на постоянен зъб		38.60	
332212	6	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб		42.60	
333212	7	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб		139.70	
520212	8	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия		30.60	
510212	9	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб		55.90	
544212	10	Контролен преглед след някоя от горните две дейности		8.05	
x		Общо по I (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10):	x	x	
x	II	Обща анестезия	Брой минути	Цена за 60 мин.	Сума
901212	1	Обща анестезия в извънболнично лечебно завдение		41.25	
902212	2	Обща анестезия в болнично лечебно завдение		41.25	
X		Общо по II (1+2) :	x	x	
		Общо (I+II)	x	x	

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата : Подпис:

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис
подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. Заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ СЪГЛАСНО, ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО ПО ДОГОВОР №

за лица, с право на здравно осигуряване, удостоверение от друга държава-членка на ЕС или съгласно двустранни спогодби

текуща дебитно кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: индивидуална практика груповая практика
 дентален център медико-дентален център

Представляващ лечебното заведение
Име ЛПК

КОД	№.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума(лв.)
	I	Рентгенологични изследвания	x	x	x
06_01	1	Секторна рентгенография		1.28	
06_27	2	Ортопантомография		11.89	
x		Общо по I (1+2):	x	x	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата : _____

Подпис:.....

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. Заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ, СЪГЛАСНО ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО ПО ДОГОВОР №

текуща дебитно кредитно известие №..... дата.....
 КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: групова практика дентален център медико-дентален център

Име Представляващ лечебното заведение ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума(лв.)
	I	Рентгенологични изследвания	x	x	x
06_01	1	Секторна рентгенография		1.28	
06_27	2	Ортопантомография		11.89	
x		Общо по I (1+2):	x	x	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата : ____ . ____ . ____

Подпис:.....

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

СПЕЦИФИКАЦИЯ

ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНИ УСЛОВИЯ НА РАБОТА, СЪГЛАСНО ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО ПО ДОГОВОР №

за лица, с право на здравно осигуряване, удостоверено от друга държава-членка на ЕС или съгласно двустранни спогодби

текуща дебитно кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: индивидуална практика груповая практика
 дентален център медико-дентален център

Име Представяващ лечебното заведение ЛПК

КОД	No.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
х	I	Дентални дейности за лица над 18 години	х	х	х
10112	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист – в т.ч. допълнителен преглед за бременни		6.44	
10312	х	- от тях допълнителен преглед за бременни		х	х
30112	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		24.00	
50912	3	Екстракция на зъб. включително анестезия		24.00	
Х		Общо по I (1+2+3):	х	х	
Х	II	Дентални дейности за лица до 18 години	х	х	х
10111	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		6.44	
10311	х	- от тях допълнителен преглед за бременни		х	х
30111	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		28.00	
50811	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		12.00	
50911	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		28.00	
33211	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб		21.92	
33311	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб		68.93	
х		Общо по II (1+2+3+4+5+6):	х	х	
х		Общо (I+II):	х	х	
Х	III	Двадесет процента завишение за работа при неблагоприятни условия	х	х	
		Общо (I+II+III)			

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.

Дата : _____ Подпис:

Проверили:

Дата: _____

Дата: _____

подпис _____

подпис _____

Дата: _____

Подпис: _____

печат _____

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к. бл. вх. ет. ап.

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНИ УСЛОВИЯ НА РАБОТА СЪГЛАСНО ЦЕНИ ОПРЕДЕЛЕНИ ПО РЕДА НА ЧЛ.55Д ОТ ЗЗО

ПО ДОГОВОР №

текуща дебитно кредитно известие №..... дата.....
 КЪМ ФАКТУРА No. ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

Вид на лечебното заведение: индивидуална практика групова практика
 дентален център медико-дентален център

Име Представяващ лечебното заведение ЛПК

КОД	№.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
х	I	Дентални дейности за лица над 18 години	х	х	х
10112	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист – в т.ч. допълнителен преглед за бременни		6.44	
10312	х	- от тях допълнителен преглед за бременни		х	х
30112	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		24.00	
50912	3	Екстракция на зъб. включително анестезия		24.00	
Х		Общо по I (1+2+3):	х	х	
Х	II	Дентални дейности за лица до 18 години	х	х	х
10111	1	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист		6.44	
10311	х	- от тях допълнителен преглед за бременни		х	х
30111	2	Обтурация с амалгама или химичен композит		28.00	
50811	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия		12.00	
50911	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия		28.00	
33211	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб		21.92	
33311	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб		68.93	
х		Общо по II (1+2+3+4+5+6):	х	х	
х		Общо (I+II):	х	х	
Х	III	Двадесет процента завишение за работа при неблагоприятни условия	х	х	
		Общо (I+II+III)			

I	Отчет за издадени направления	Брой назначени направления	
		За месец	С натрупване за тримесечие
1	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3А		
2	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №3		
3	Назначени медицински направления бл. МЗ-НЗОК №4		
4	Назначени направления за ЛКК бл. МЗ-НЗОК №6		

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2012.
 Дата : Подпис:

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис
подпис

Дата:

Подпис:

печат

Регистрационен номер на лечебното заведение

Име на леч. заведение

Област: Община:

Гр. (с.) Ул. No.

Ж.к бл вх ет ап

Банка

BIC

IBAN

БУЛСТАТ

ПРИЛОЖЕНИЕ към СПЕЦИФИКАЦИЯ
ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ
ЗА ЛИЦА, С ПРАВО НА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ, УДОСТОВЕРЕНО ОТ ДРУГА ДЪРЖАВА-ЧЛЕНКА НА ЕС/ЕИП
ИЛИ СЪГЛАСНО ДВУСТРАННИ СПОГОДБИ

ДАННИ ЗА ОСИГУРЕНОТО ЛИЦЕ		ДАННИ ЗА ОКАЗАНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ					
ISO <input type="text"/> Държава <input type="text"/>	ЛПК на денталния лекар <input type="text"/>					Код специалност <input type="text"/>	
Идентификационен номер на институцията-осигурител <input type="text"/>	Дата <input type="text"/>	Код <input type="text"/>	Вид дейност <input type="text"/>	Цена <input type="text"/>	Брой <input type="text"/>	Сума <input type="text"/>	
Удостоверителен документ <input type="text"/> Номер на Европейската здравна карта <input type="text"/>							
Дати на валидност <input type="text"/> Дата на издаване <input type="text"/>							
От: <input type="text"/> До: <input type="text"/>							
Персонален идентификационен (осигурителен) номер на лицето <input type="text"/>	ЛПК на денталния лекар <input type="text"/>					Код специалност <input type="text"/>	
Име и презиме на лицето <input type="text"/>	Дата <input type="text"/>	Код <input type="text"/>	Вид дейност <input type="text"/>	Цена <input type="text"/>	Брой <input type="text"/>	Сума <input type="text"/>	
Фамилия на лицето <input type="text"/> Дата на раждане <input type="text"/>							
				Общо за лицето:			
ISO <input type="text"/> Държава <input type="text"/>	ЛПК на денталния лекар <input type="text"/>					Код специалност <input type="text"/>	
Идентификационен номер на институцията-осигурител <input type="text"/>	Дата <input type="text"/>	Код <input type="text"/>	Вид дейност <input type="text"/>	Цена <input type="text"/>	Брой <input type="text"/>	Сума <input type="text"/>	
Удостоверителен документ <input type="text"/> Номер на Европейската здравна карта <input type="text"/>							
Дати на валидност <input type="text"/> Дата на издаване <input type="text"/>							
От: <input type="text"/> До: <input type="text"/>							
Персонален идентификационен (осигурителен) номер на лицето <input type="text"/>	ЛПК на денталния лекар <input type="text"/>					Код специалност <input type="text"/>	
Име и презиме на лицето <input type="text"/>	Дата <input type="text"/>	Код <input type="text"/>	Вид дейност <input type="text"/>	Цена <input type="text"/>	Брой <input type="text"/>	Сума <input type="text"/>	
Фамилия на лицето <input type="text"/> Дата на раждане <input type="text"/>							
				Общо за лицето:			
Общо за лица с осигурителни права съгласно Регламенти на ЕС или двустранни спогодби							

Проверили:

Дата:

Дата:

подпис

подпис

Дата:

Подпис:

печат

УКАЗАНИЕ ЗА ПОПЪЛВАНЕ НА ПРИЛОЖЕНИЕ ЗА ЛИЦА, С ПРАВО НА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ, УДОСТОВЕРЕНО ОТ ДРУГА ДЪРЖАВА-ЧЛЕНКА НА ЕС ИЛИ СЪГЛАСНО ДВУСТРАННИ СПОГОДБИ

Общи положения:

“Приложение за лица, с право на здравно осигуряване, удостоверявано от друга държава-членка на ЕС или съгласно двустранни спогодби” е неразделна част от спецификацията за отчитане на дейността на изпълнителите на медицинска и дентална помощ, ако имат такава извършена дейност. Към приложението се прилагат и ксерокопия на удостоверителните документи на лицата получили медицинска и дентална помощ и Декларация при ползване от осигурени лица на права на спешна и неотложна помощ от пакета на НЗОК срещу представена Европейска здравна карта (ЕЗОК) или Удостоверение временно заместващо ЕЗОК. При представяне на удостоверителния документ изпълнителят на медицинска и дентална помощ сверява данните на лицето с документ за самоличност.

Удостоверителните документи:

- (1) за осигурени лица от държави-членки на ЕС, ЕИП и Швейцария са: (а) Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК-ЕНІС), (б) Удостоверение временно заместващо ЕЗОК (ще се отбелязва с Е111 при попълване на приложението), (в) Е106, (г) Е109, (д) Е112, (е) Е120, (ж) Е121, (з) Е123, (и) Е303, (к) S1, (л) S072, (м) S2, (н) S010, (о) S3, (п) S008, (р) S045, (с) DA1, (т) U2, (у) U008 (за официалната форма на тези документи може да се обърнете към съответната РЗОК или на интернет страницата на НЗОК в раздел “Международно сътрудничество”/“Европейска интеграция”);
- (2) за граждани, ползващи права по двустранна спогодба с Република Македония, са аналогични на Европейските документи, като при тях означението символът “Е” е заменен с “PM/PB”. (за официалната форма на тези документи може да се обърнете към съответната РЗОК или на интернет страницата на НЗОК в раздел “Международно сътрудничество”/“Двустранни спогодби”/“Република Македония”);
- (3) за граждани, ползващи права по двустранна спогодба с Република Хърватия (дипломатически лица, членове на семействата на дипломатическите лица и пенсионери) е документ за самоличност (напр. задграничен паспорт);
- (4) за граждани, ползващи права по други двустранни спогодби – при влизането в сила на други двустранни спогодби своевременно ще получите информация от съответната РЗОК или на интернет страницата на НЗОК в раздел “Международно сътрудничество”/“Двустранни спогодби”.

Начин на попълване:

I. Данни за осигуреното лице

- 1.1. “ISO код на държава-осигурител” попълва се съгласно приложената таблица 1 към това указание.
- 1.2. “Държава-осигурител” попълва се името на държавата-осигурител на кирилица съгласно приложената таблица към това указание.
- 1.3. “Идентификационен номер на осигурителната институция” попълва се от удостоверителния документ на лицата от държави-членки на ЕС, ЕИП и Швейцария. За лицата по двустранни спогодби това поле не се попълва.
- 1.4. “Вид удостоверителен документ” за лицата с право на здравно осигуряване, удостоверявано от държави-членки на ЕС, ЕИП, Швейцария и Македония, се попълва вида на удостоверителния документ (виж (1) от „Удостоверителни документи” по-горе). За лицата, попадащи в полето на действие на двустранните спогодби с Хърватия и Сърбия се попълва “pass”.
- 1.5. “Дата на валидност – От: До:” попълва се срока на валидност фиксиран в удостоверителния документ за лицата от държави-членки на ЕС, ЕИП, Швейцария и Македония. Това поле не се попълва за лицата, попадащи в полето на действие на двустранните спогодби с Хърватия и Сърбия.
- 1.6. “Дата на издаване” попълва се датана на издаване на удостоверителния документ за лицата от държави-членки на ЕС, ЕИП, Швейцария и Македония. Това поле не се попълва за лицата, попадащи в полето на действие на двустранните спогодби с Хърватия и Сърбия.
- 1.7. “Номер на Европейската здравна карта” попълва се номера на картата, когато удостоверителният документ на лицето, получило медицинска и дентална помощ, е Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК).

- I.8. “Персонален идентификационен номер” попълва се номера на осигуреното лице записано в удостоверителният документ за лицата от държави-членки на ЕС, ЕИП, Швейцария и Македония. Това поле не се попълва за лицата, попадащи в полето на действие на двустранните спогодби с Хърватия и Сърбия.
- I.9 “Дата на раждане” попълва се рождената дата на лицето потърсило медицинска и дентална помощ.
- I.10. “Фамилия на лицето” попълва се с латински букви без въвеждане на допълнителни символи – точки, ударения и др.
- I.11. “Име и презиме на лицето” попълва се с латински букви без въвеждане на допълнителни символи – точки, ударения и др.

II. Данни за оказаната медицинска помощ

- II.1. “Код на дейността” попълва се кода на извършената дейност.
- II.2. “Вид дейност” попълва се пълното наименование на извършената дейност от елементите по спецификацията.
- II.3. “Брой” попълва се броя на извършените дейности за лицето.
- II.4. “Единична цена (в лв.)” попълва се единичната цена на дейността.
- II.5. “Дата” попълва се датата на извършване на дейността. За изпълнителите на болнична помощ съответно дата на приемане и дата на изписване от лечебното заведение.

Таблица 1: ISO-кодове на държавите от ЕС, ЕИП, Конфедерация Швейцария и други европейски държави

Държава	Държава-членка	Код
Австрия	ЕС	AT
Белгия	ЕС	BE
Швейцария		CH
Кипър	ЕС	CY
Чехия	ЕС	CZ
Германия	ЕС	DE
Дания	ЕС	DK
Естония	ЕС	EE
Испания	ЕС	ES
Финландия	ЕС	FI
Франция	ЕС	FR
Великобритания	ЕС	GB
Гърция	ЕС	GR
Унгария	ЕС	HU
Ирландия	ЕС	IE
Исландия	ЕИП	IS
Италия	ЕС	IT
Лихтенщайн	ЕИП	LI
Литва	ЕС	LT
Люксембург	ЕС	LU
Латвия	ЕС	LV
Малта	ЕС	MT
Холандия	ЕС	NL
Норвегия	ЕИП	NO
Полша	ЕС	PL
Португалия	ЕС	PT
Румъния	ЕС	RO
Швеция	ЕС	SE
Словения	ЕС	SI
Словакия	ЕС	SK
Хърватия		HR
Македония		MK
Сърбия		RS