

---

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 7**

---

**СПЕЦИФИКАЦИИ ПО § 7 ОТ ПРЕХОДНИ И  
ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ НА НРД**

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 ПО ДОГОВОР № .....

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

фактура  дебитно известие  кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА No. .... /дата..... ЗА ПЕРИОД ОТ: ..... ДО: .....

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

Представяващ лечебното заведение  
Име  ЛПК

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

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2018.

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"/>	Община:	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>	Ул.	<input type="text"/>
Ж.к.	<input type="text"/>	бл.	<input type="text"/>
		вх.	<input type="text"/>
		ет.	<input type="text"/>
		ап.	<input type="text"/>
		№	<input type="text"/>
		БУЛСТАТ	<input type="text"/>
			<input type="text"/>

### СПЕЦИФИКАЦИЯ

#### ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ИЗЦЯЛО ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК ЗА ОПРЕДЕЛЕНИ КАТЕГОРИИ ЛИЦА ПО ДОГОВОР № .....

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

фактура  дебитно известие  кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА No. .... /дата..... ЗА ПЕРИОД ОТ: ..... ДО: .....

Вид на лечебното заведение:  индивидуална практика  груповая 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.)
<b>х</b>	<b>I</b>	<b>Дентални дейности за лица над 18 години</b>	<b>х</b>	<b>х</b>	<b>х</b>
101121	1	Обстоен преглед със снемане на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист			
301121	2	Обтурация с амалгама или химичен композит с включена анестезия			
509121	3	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия			
<b>х</b>		<b>Общо по I (1+2+3):</b>	<b>х</b>		
<b>х</b>	<b>II</b>	<b>Дентални дейности за лица до 18 години</b>	<b>х</b>		<b>х</b>
101111	1	Обстоен преглед със снемане на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист			
301111	2	Обтурация с амалгама или химичен композит с включена анестезия			
508111	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия			
509111	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия			
332111	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб с включена анестезия			
333111	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб с включена анестезия			
<b>х</b>		<b>Общо по II (1+2+3+4+5+6):</b>	<b>х</b>	<b>х</b>	
<b>х</b>	<b>III</b>	<b>Двадесет процента завишение за работа при неблагоприятни условия</b>	<b>х</b>	<b>х</b>	
<b>х</b>		<b>Общо(I+II+III):</b>	<b>х</b>	<b>х</b>	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2018.

Дата : ..... Подпис:.....

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

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

### СПЕЦИФИКАЦИЯ

## ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ИЗЦЯЛО ИЛИ ЧАСТИЧНО ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК ПО ДОГОВОР № .....

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

фактура  дебитно известие  кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА No. .... /дата..... ЗА ПЕРИОД ОТ: ..... ДО: .....

Вид на лечебното заведение:  индивидуална практика  групов 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	<b>Дентални дейности за лица до 18 години</b>	x	x	x
10121	1	Обстоен преглед със снемане на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист – в т.ч. допълнителен преглед за бременни			
30121	2	Обтурация с амалгама или химичен композит			
50821	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия			
50921	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия			
33221	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб			
33321	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб			
X		<b>Общо по I (1+2+3+4+5+6)</b>	x	x	
X	II	<b>Хирургична дентална помощ за лица над 18 години</b>	x	x	x
102224	1	Специализиран обстоен преглед			
520224	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия			
510224	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия			
544224	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности			
X		<b>Общо по II (1+2+3+4):</b>	x	x	
x	III	<b>Хирургична дентална помощ за лица до 18 години</b>	x	x	x
102214	1	Специализиран обстоен преглед			
520214	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия			
510214	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия			
544214	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности			
X		<b>Общо по III (1+2+3+4):</b>	x	x	
X	IV	<b>Експертна дейност</b>	x	x	X
261	1	Подготовка за ЛКК			
262	2	ЛКК			
263	3	По искане на ЛКК			
264	4	По искане на ТЕЛК			
		<b>Общо по IV (1+2+3+4):</b>			
x		<b>Общо (I+II+III+IV):</b>	x	x	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2018

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 ЗА ЗОЛ ИЗЦЯЛО ЗАПЛАЩАНА ОТ НЗОК ПО ДОГОВОР №

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

фактура  дебитно известие  кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА No. .... /дата..... ЗА ПЕРИОД ОТ: ..... ДО: .....

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

Име  Представяващ лечебното заведение ЛПК

КОД	№.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума (лв.)
x	I	<b>Дентални дейности за лица до 18 години</b>	x	x	x
101211	1	Обстоен преглед със снемане на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист			
301211	2	Обтурация с амалгама или химичен композит с включена анестезия			
508211	3	Екстракция на временен зъб. включително анестезия			
509211	4	Екстракция на постоянен зъб. включително анестезия			
332211	5	Лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб с включена анестезия			
333211	6	Лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб с включена анестезия			
X		<b>Общо по I (1+2+3+4+5+6)</b>	x	x	
X	II	<b>Хирургична дентална помощ за лица над 18 години</b>	x	x	x
1022214	1	Специализиран обстоен преглед			
5202214	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия			
5102214	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия			
5442214	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности			
X		<b>Общо по II (1+2+3+4):</b>	x	x	
X	III	<b>Хирургична дентална помощ за лица до 18 години</b>	x	x	x
1022114	1	Специализиран обстоен преглед			
5202114	2	Инцизия в съединителнотъканни ложи. включително анестезия			
5102114	3	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб. включително анестезия			
5442114	4	Контролен преглед след някоя от горните две дейности			
X		<b>Общо по III (1+2+3+4):</b>	x	x	
X	IV	<b>Експертна дейност</b>	x	x	x
261	1	Подготовка за ЛКК			
262	2	ЛКК			
263	3	По ЛКК			
264	4	По искане на ТЕЛК			
x		<b>Общо по IV (1+2+3+4)</b>	x	x	
x		<b>Общо (I+II+III+IV):</b>	x	x	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2018.

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 ПО ДОГОВОР № .....**

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

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

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

Представляващ лечебното заведение  
 Име  ЛПК

КОД	№.	Извършени дейности	Брой	Цена, която НЗОК заплаща (лв.)	Сума(лв.)
	I	<b>Рентгенологични изследвания</b>	x	x	x
06_01	1	Секторна рентгенография			
10_62	2	Ортопантомография			
x		<b>Общо по I (1+2):</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2018.

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"/>	Община:	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>	Ул.	<input type="text"/>
Ж.к	<input type="text"/>	бл	<input type="text"/>
		вх	<input type="text"/>
		ет	<input type="text"/>
		ап	<input type="text"/>
		ИВАН	<input type="text"/>
		БУЛСТАТ	<input type="text"/>
			<input type="text"/>

### СПЕЦИФИКАЦИЯ

#### ЗА ИЗВЪРШЕНА ДЕНТАЛНА ДЕЙНОСТ ОТ ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ДЕНТАЛНА ПОМОЩ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНИ УСЛОВИЯ НА РАБОТА ПО ДОГОВОР № .....

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

фактура  дебитно известие  кредитно известие №..... дата.....

КЪМ ФАКТУРА № ..... /дата..... ЗА ПЕРИОД ОТ: ..... ДО: .....

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

Представяващ лечебното заведение	
Име	ЛПК

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

Декларирам, че горепосочената информация отговаря на извършените дейности съгласно разпоредбите на НРД 2018.

Дата: .....

Подпис: .....

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

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



**За Националната здравно-  
осигурителна каса:  
Председател на НС на НЗОК:  
Жени Начева**

**За Българския зъболекарски съюз:**

**Зам. - председател на УС на БЗС и  
председател на КРД на БЗС:  
Д-р Георги Димов  
Председател на УС на БЗС:  
Д-р Николай Шарков**

**Членове на Надзорния съвет на НЗОК:**

**Д-р Бойко Пенков  
Галя Димитрова  
Росица Велкова  
Теодор Василев  
Боян Бойчев  
Оля Василева  
Андрей Дамянов**

**Д-р Светослав Гачев  
Д-р Донка Станчева - Забуртова  
Д-р Бисер Ботев  
Д-р Борислав Миланов  
Д-р Валентин Павлов  
Д-р Нелия Михайлова  
Д-р Тодор Кукуванов**

**За Управител на НЗОК:  
Подуправител на НЗОК:**

**Д-р Йорданка Пенкова**

**Съгласувал:  
Министър на здравеопазването:  
Кирил Ананиев**