
ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

**ДОКУМЕНТИ, СВЪРЗАНИ С ОКАЗВАНЕ НА
ДЕНТАЛНА ПОМОЩ
НА ЛИЦА, ОСИГУРЕНИ В ДРУГИ ДЪРЖАВИ**

Настоящото приложение съдържа документи, свързани с оказване на дентална помощ на лица, осигурени за болест в друга държава-членка на Европейския съюз, държава - страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство или Конфедерация Швейцария, или на лица от държави, с които Република България е сключила международни спогодби за социално осигуряване.

Държавите – страни по Споразумението за Европейското икономическо пространство са Норвегия, Исландия и Лихтенщайн.

Информация за валидните Удостоверителни документи, издавани от държавите-членки съгласно Регламентите за координация на системите за социална сигурност на Европейската общност и съгласно международни спогодби за социално осигуряване, сключени от Република България, (формат на документа и съдържание на полетата, написано на български език и правата, които всеки един от документите дава) да бъде ползвана от **интернет страницата на НЗОК www.nhif.bg** в раздела **“Международни въпроси”** подраздели съответно **“Европейска интеграция”** и **“Двустранни спогодби”**.

В подраздел **“Европейска интеграция”** може да бъде осъществена връзка с официалната интернет страница на Европейския съюз относно Европейската здравноосигурителна карта, където може да се провери официалния изглед на Европейската здравноосигурителна карта на всяка от държавите-членки, а именно: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=653&langId=bg>

ДЕКЛАРАЦИЯ/ DECLARATION

BG	ПРИ УПРАЖНЯВАНЕ ОТ ОСИГУРЕНИ ЛИЦА НА ПРАВА НА НЕОБХОДИМА (СПЕШНА И НЕОТЛОЖНА) ПОМОЩ ОТ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИЯ ПАКЕТ НА НЗОК СРЕЩУ ПРЕДСТАВЕНА ЕВРОПЕЙСКА ЗДРАВНА КАРТА (ЕЗОК), УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА ВРЕМЕННО ЗАМЕСТВАНЕ НА ЕЗОК ИЛИ ДВУЕЗИЧЕН ФОРМУЛЯР
EN	ON USAGE BY HEALTH INSURED PERSONS OF RIGHTS OF URGENT AND NECESSARY CARE FROM THE NHIF PACKAGE AGAINST SUBMITTED EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD (EHIC) OR A PROVISIONAL CERTIFICATE FOR REPLACEMENT OF EHIC OR BILINGUAL FORM
FR	CONCERNAT L'UTILISATION PAR LES PERSONNES ASSUREES DES DROITS DE PRESTATIONS EN NATURE IMMEDIATEMENT NECESSAIRES ET NECESSAIRES QUI FONT PARTIE DU PAQUET DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE, CONTRE LA PRESENTATION D'UNE CARTE EUROPEENNE D'ASSURANCE MALADIE (CEAM) OT D'UNE CERTIFICAT DE REMPLACEMENT PROVISOIRE DE LA CEAM OU SOUS FORME BILINGUE
DE	ERKLÄRUNG DES IM EG/EWR-AUSLAND VERSICHERTEN PATIENTEN BEI INANSPRUCHNAHME VON SACHLEISTUNGEN WÄHREND EINES VORÜBERGEHENDEN AUFENTHALTS IN BULGARIEN ODER ZWEISPRACHING FORM

BG: Попълва се от осигуреното лице/ EN: To be filled in by the insured person/ FR: A remplir par la personne assurée/ DE: Wird vom Versicherten ausgefüllt	BG	Долуподписаният			
	EN	The undersigned			
	FR	Je soussigné			
	DE	Der Patient	BG: Имена на пациента/ EN: Patient's names/ FR: Nom et prénom du patient/ DE: Name, Vorname, Familie		
	BG	с ЕЗОК/ УВЗ или двуезичен формуляр, издаден/ао от			
	EN	bearer of EHIC/CPR or bilingual form, issued by			
	FR	avec CEAM/CPR ou sous forme bilingue, délivrée par			
	DE	mit EHIC/CPR oder zweisprachig form, ausgestellt von	BG: Институция-осигурител/ EN: Insuring institution/ FR: Institution d'assurance/ DE: Versicherungskasse		
	BG	Декларирам, че планираният ми престой на територията на Република България, от дата:			
	EN	Declare, that the envisaged stay on the Republic of Bulgaria territory since :			
FR	Je soussigné déclare que mon séjour planifié sur le territoire de la République de Bulgarie sera du date:	BG: дата/EN: date/FR:date/DE:datum			
DE	Ich bestaetige, dass mein Aufenthalt in Bulgarien von:				
BG	до дата:	не е с цел получаване на дентална помощ. is not for the purpose to dental treatment. en n'a pas dans le but de recevoir une prestation dentaire. nicht zum Zwecke einer dental Behandlung erfolgt ist.			
EN	till (date):				
FR	jusqu'au date:				
DE	bis:				
		BG: дата/EN: date/FR: date/DE: datum			
BG	Подпис:			Дата:	
EN	Signature:			Date:	
FR	Signature:			Fait le:	
DE	Unterschrift:			Datum:	
BG	Имена:				
EN	Names:				
FR	Nom et prénom:				
DE	Namen:	BG: Когато се подписва родител, настойник или попечител на пациента/ EN: When is signed by parent, guardian or trustee of the patient/ FR: Quand la déclaration est signée par un parent ou un tuteur/ DE: Unterschrift des gesaetzlichen Vertreters			

BG: Попълва се от лекуващия лекар	Декларирам, че гореподписаното лице ми представи ЕЗОК /Удостоверение за временно заместване на ЕЗОК и документ за самоличност. Към настоящата декларация прилагам: 1. Копие на ЕЗОК; Копие на Удостоверение за временно заместване на ЕЗОК; Копие от двуезичен формуляр (подчертава се документът, чието копие се прилага) 2. Копие на документ за самоличност на лицето Дата:..... Лекуващ лекар:..... <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">подпис и печат</div> Имена на лекуващия лекар:..... ЕГН..... Лечебно заведение:..... Рег. № на лечебното заведение:..... Адрес:.....
--	---



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА
NATIONAL HEALTH INSURANCE FUND

РАЙОННА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА -

Адрес:....., тел.:, факс:

Изх. №.....

УДОСТОВЕРЕНИЕ

Районна здравноосигурителна каса –

издава настоящото удостоверение в уверение на това, че осигуреното лице

Име и презиме на лицето

Фамилия на лицето

Дата на раждане на лицето

Персонален идентификационен (осигурителен) номер на лицето

с адрес в България:

е регистрирано в НЗОК въз основа на удостоверителен документ

с дати на валидност от: г. до: г., издаден от

институция с идентификационен номер:

на дата: г. от държава: ISO код .

Удостоверението се издава, за да послужи при:

1. оказване на медицинска и/или дентална помощ - пред лекаря/лекаря по дентална медицина/лечебното заведение, сключило договор с НЗОК;

2. отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели – пред магистър-фармацевта от аптеката, в която се отпускат лекарствените продукти/медицински изделия/диетичните храни за специални медицински цели, в изпълнение на договор с НЗОК,

за удостоверяване на обстоятелството, че за горепосочения период **лицето се ползва с правата на българско здравноосигурено лице с непрекъснати здравноосигурителни права.**

При ползване на гореописаните си права, лицето предоставя копие от това удостоверение на изпълнителя на медицинска и/или дентална помощ или аптеката, които го прилагат към отчетните си документи за заплащане на оказаната дейност от РЗОК, с която са сключили договор по НРД.

ДИРЕКТОР НА

РЗОК - (*подпис и печат*)
..... (*имена*)

Дата:.....

**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**