

Na osnovu člana 15. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, br. 108/08 i 49/09) i člana 221. stav 1. tačka 1) Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, br. 107/05 i 109/05-ispavka),
Upravni odbor Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje na sednici održanoj 29. jula 2009. godine, donosi akt

POSEBNI USLOVI ZA OSIGURANJE STOMATOLOŠKIH USLUGA

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi za osiguranje stomatoloških usluga (u daljem tekstu: Posebni uslovi) sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju stomatoloških usluga koji ugovarač zaključuje sa Republičkim zavodom za zdravstveno osiguranje kao osiguravačem.

Član 2.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju stomatoloških usluga zaključuje se na osnovu prethodne pismene ponude koju na obrascu osiguravača, lice koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju podnosi osiguravaču.
Prilikom ugovaranja, pored prethodne pismene ponude, osiguranik je dužan da dostavi stomatološki nalaz sa stanjem usta i zuba (status).

RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM

Član 3.

Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju stomatoloških usluga, odnosno polisom, ugovoreno je osiguravajuće pokriće i visina obaveze osiguravača za sledeće stomatološke usluge:

- stomatološki pregled;
- kontrolni stomatološki pregled, nakon šest meseci od prvog stomatološkog pregleda;
- uklanjanje mekih naslaga i poliranje zuba;
- uklanjanje supragingivalnog kamenca;
- obrada parodontalnog džepa;
- intralezijska i perilezijska aplikacija leka;
- kiretaža oralne sluzokože;
- kauterizacija tkiva;
- eliminacija iritacije oralne sluzokože;
- terapija dubokog karijesa bez ispuna;
- vitalna amputacija;
- endodonska terapija neinficirane pulpe;
- endodonska terapija inficirane pulpe;
- amalgamske plombe;
- kompozitne plombe (helio bele);
- vađenje zuba;
- plastika plika i frenuluma;
- usluge anestezije i rendgenografije intraoralne, ako prate druge usluge.

PRAVA I OBAVEZE OSIGURANIKA

Član 4.

Osiguravajuće pokriće važi na teritoriji Republike Srbije.

Član 5.

Osiguranik ima pravo na stomatološke usluge iz člana 3. ovih posebnih uslova, shodno ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju stomatoloških usluga, odnosno polisi.

Član 6.

Osiguravač pokriva troškove stomatoloških usluga u visini od 80 %, dok osiguranik učestvuje u troškovima sa 20 %.

OBAVEZE NAKON NASTANKA OSIGURANOG RIZIKA

Član 7.

Osiguranik sam plaća troškove stomatoloških usluga, a osiguravač mu refundira nastale troškove do ugovorenog iznosa.

Član 8.

Nakon obavljenih stomatoloških usluga koje su pokrivene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju stomatoloških usluga, osiguranik podnosi osiguravaču zahtev za refundaciju troškova.

Uz zahtev osiguranik prilaže original fiskalnog računa sa specifikacijom o izvršenim stomatološkim uslugama i iznosima troškova za svaku pojedinačnu obavljenu uslugu.

Osiguravač je dužan da nastale troškove, shodno ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju stomatoloških usluga, odnosno polisi, refundira osiguraniku u roku od 14 dana od dana prijema potpune dokumentacije.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 9.

Ovi posebni uslovi važe uz zaključeni ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju stomatoloških usluga, odnosno polisu.

Za sve što nije regulisano ovim posebnim uslovima primenjuju se odredbe opštih uslova.

Ovi posebni uslovi, po dobijanju mišljenja Ministarstva zdravlja, stupaju na snagu i počinju da se primenjuju narednog dana od dana postavljanja na zvaničnu internet stranicu osiguravača.

UPRAVNI ODBOR

REPUBLIČKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

01/2 broj: 180-4/09-1
U Beogradu, 29. juli 2009. godine

**PRESEDNIK
UPRAVNOG ODBORA
dr Rajko Kosanović, s.r.**