

20131383363

## ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Врз основа на член 56 став 1 точка 14 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 16/2013 и 91/2013), и член 95 од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 54/2012, 138/2012, 164/2012, 57/2013, 64/2013, 88/2013 и 119/2013), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 19 септември 2013 година, донесе

### О Д Л У К А ЗА ИЗМЕНУВАЊЕ И ДОПОЛНУВАЊЕ НА ОДЛУКАТА ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ОБРАСЦИТЕ ПРЕДВИДЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

#### Член 1

Во Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 133/2011, 5/12, 29/12, 79/12, 57/2013, 64/2013, 88/2013, 105/2013 и 119/2013), во членот 1 обрасците: Пријава/одјава/промена за задолжително здравствено осигурување (образец-ЗО-1); Барање за надомест (рефундација на средства) за вградени стандардни материјали или санитарски потрошени материјали (образец-Р1); Барање за надомест (рефундација на средства) за лекови (образец-Р2); Барање за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци (образец-Р3); Барање за ослободување од партиципација (образец-П1); Барање за надоместок на плата поради болест/повреда/нега (образец-Н1); Барање за надоместок на плата поради бременост и раѓање (образец-Н2); Барање за право на специјализирана медицинска рехабилитација (образец-МР1); Барање за донесување на решение по поднесено барање за остварување на право од задолжително здравствено осигурување (образец-БД); Барање за надоместок (рефундација на средства) за ортопедски и други помагала (образец-Р4) како и образецот Барање за надоместок на средства за извршени здравствени услуги за дијализа во странство (образец-ДС), се заменуваат со нови обрасци кои се составен дел на оваа одлука.

#### Член 2

Во Одлуката за изменување и дополнување на Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 88/2013) во членот 1 став 1 бројот, „27“ се заменува со бројот, „28“.

#### Член 3

Оваа одлука влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 02–12466/4  
19 септември 2013 година  
Скопје

Управен одбор  
Претседател,  
Ангел Митевски, с.р.

**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**  
**ПРИЈАВА / ОДЈАВА / ПРОМЕНА (30-1)**  
 ЗА ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

**1. ПОДАТОЦИ ЗА ОБВРЗНИКОТ ЗА УПЛАТА НА ПРИДОНЕС**

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	3. <input type="text"/>
Регистерски број	Даночен број	Матичен број
4. <input type="text"/>		
Назив		
5. <input type="text"/>		
Адреса (улица и број)		
6. <input type="text"/>	7. e-mail: <input type="text"/>	8. Седиште <input type="text"/>
Шифра на дејност		

**2. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ**

9. <input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	0	0	10. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>
Број на здравствена легитимација						Основ на осиг.	Единствен матичен број (ЕМБГ)
12. <input type="text"/>							
Презиме, име на родител/старател и име							
13. <input type="text"/>				14. <input type="text"/>		15. <input type="text"/>	
Адреса од исправа (улица и број)				Населено место		Општина	
16. <input type="text"/>				17. <input type="text"/>		18. <input type="text"/>	
Адреса на живеење (улица и број)				Населено место		Општина	
19. <input type="text"/>				20. <input type="text"/>			
Место на раѓање				Држава на раѓање			
21. Пријавен кај повеќе работодавачи?		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не		22. <input type="text"/>		23. <input type="text"/>	
				Работни часови		Подрачна служба	
24. <input type="text"/>		25. <input type="text"/>		26. <input type="text"/>		27. <input type="text"/>	
1		2		3		4	
5		6		7		8	
Степен на стручна спрема							
25. <input type="text"/>				26. <input type="text"/>			
Датум на стапување во осиг.				Единствен здравствен број на осигуреник			
27. <input type="text"/>							
Датум на одјава од осиг.							

**3. ПОДАТОЦИ ЗА ЧЛЕНОВИТЕ НА СЕМЕЈСТВО НА ОСИГУРЕНИКОТ**

28. <input type="text"/>	29. <input type="text"/>	30. <input type="text"/>
Ред. Број	Презиме, име на родител/старател и име	Сродство
31. <input type="text"/>		
Единствен матичен број (ЕМБГ)	32. <input type="text"/>	Единствен здравствен број на осигуреник (ЕЗБО)
33. <input type="text"/>		
Место на раѓање	34. <input type="text"/>	35. <input type="text"/>
	Датум на стапување во осиг.	Датум на одјава од осиг.
36. <input type="text"/>		
Место на живеење	37. <input type="text"/>	Адреса на живеење

  

28. <input type="text"/>	29. <input type="text"/>	30. <input type="text"/>
Ред. Број	Презиме, име на родител/старател и име	Сродство
31. <input type="text"/>		
Единствен матичен број (ЕМБГ)	32. <input type="text"/>	Единствен здравствен број на осигуреник
33. <input type="text"/>		
Место на раѓање	34. <input type="text"/>	35. <input type="text"/>
	Датум на стапување во осиг.	Датум на одјава од осиг.
36. <input type="text"/>		
Место на живеење	37. <input type="text"/>	Адреса на живеење (улица и број)

СО ПОПОЛНУВАЊЕ НА ОВА БАРАЊЕ СЕ СОГЛАСУВАМ МОИТЕ ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ И ПОДАТОЦИТЕ ЗА ЧЛЕНОВИТЕ НА МОЕТО СЕМЕЈСТВО ДА СЕ КОРИСТАТ ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВА ОД ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ И КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И ИСТИТЕ ДА СЕ КОРИСТАТ СОГЛАСНО ПРОПИСИТЕ ЗА ЗАКОНОТ ЗА ЗАШТИТА НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ

Подрачна служба (примил)

Датум на поднесување

МП

Подносител на пријавата



**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

Образец на барање **P1**

**БАРАЊЕ**

**за надомест (рефундација на средства) за вградени стандардни материјали или санитарски потрошен материјали**

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ (за член на семејство \_\_\_\_\_) од населено место \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_.

Број на здравствена легитимација																											
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот																											
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)																											
Вработен во/осигурен преку																											
Број на трансакциска сметка																											

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести трошоците направени за купени материјали за болничко лекување.

**Кон барањето ја приложувам следната документација:**

1. Отпусно писмо (копија) од здравствената установа со која ФЗОМ има договор за конкретната (извршената) здравствена услуга;
2. Фискална сметка или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање за набавениот материјал; и
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Место и датум на поднесување: \_\_\_\_\_

Подносител на барањето: \_\_\_\_\_



**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

Образец на барање **P2**

**БАРАЊЕ**

**за надомест (рефундација на средства) за лекови**

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ (за член на семејство \_\_\_\_\_)  
 од населено место \_\_\_\_\_  
 Ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_.

Број на здравствена легитимација																			
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот																			
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)																			
Вработен во/ осигурен преку																			
Број на трансакциска сметка																			

Барам Фондот за здравствено осигурување – Подрачна служба \_\_\_\_\_ врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести средствата потрошени за купени лекови од Листата на лекови.

**Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):**

<b>За лекови на рецепт во примарната здравствена заштита</b>	<b>Б.</b>	<b>За лекови од болничката листа</b>
Рецепт за пропишан лек од избран лекар;	1.	Специјалистички извештај или отпусно писмо со назначена терапија, од здравствена установа со која ФЗОМ има склучен договор;
Потврда од здравствената установа со датум на аплицирање ако се работи за лек во ампуларна форма;	2.	Конзилијарно мислење (препорака од клинички конзилиум), доколку е потребно согласно режимот на препишување на лекот утврден во Листата на лекови;
Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки; <sup>1</sup>	3.	Потврда од здравствена установа, со која ФЗОМ има склучен договор, за апликација на лекот ако се работи за лек во ампуларна форма;
Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот;	4.	Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот;
Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето	5.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето

<sup>1</sup> по исклучок во оние населени места каде има помалку од три различни аптеки, бројот на потврдите може да биде помал од три.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување: \_\_\_\_\_

Подносител на барањето: \_\_\_\_\_

Македонија 66, 1000 Скопје • Тел: 080033222 • e-mail: info@fzo.org.mk



## ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање **Р3**

### БАРАЊЕ

за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ (за член на семејство \_\_\_\_\_)  
 \_\_\_\_\_) од населено место \_\_\_\_\_  
 ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_.

Број на здравствена легитимација	_____ - _____ - _____
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	_____
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	_____
Вработен во/ осигурен преку	_____
Број на трансакциска сметка	_____

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на надомест на патни трошоци за користење на здравствени услуги за хемодијализа, односно вежби за видот, слухот или говорот кои се извршени во здравствената установа \_\_\_\_\_, во \_\_\_\_\_, надвор од местото на живеење во периодот од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ година.

**Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):**

1. Потврда за бројот на извршени здравствени услуги во претходниот период издадена од здравствената установа, која има склучен договор со ФЗОМ, каде се извршени здравствените услуги;
2. Потврда од здравствената установа каде е извршена хемодијализата дека нема организиран превоз;
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето \_\_\_\_\_

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување: \_\_\_\_\_

Подносител на барањето: \_\_\_\_\_



**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

Образец на барање **P4**

**БАРАЊЕ**

**за надомест (рефундација на средства) за ортопедски и други помагала**

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ (за член на семејство  
 \_\_\_\_\_) од населено место \_\_\_\_\_  
 ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_.

Број на здравствена легитимација	<input type="text"/>
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	<input type="text"/>
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	<input type="text"/>
Вработен во/ осигурен преку	<input type="text"/>
Број на трансакциска сметка	<input type="text"/>

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон барањето, да ми ги надомести средствата потрошени за набавени ортопедски и други помагала од Списокот на ортопедски и други помагала.

**Кон барањето ја приложувам следната документација:**

1. Потврда за потреба од ортопедско помагало (соодветна за помагалото), заверена во Подрачната служба во која е осигурен осигуреникот носител на осигурувањето
2. Фискална сметка или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање за набавениот материјал; и
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување: \_\_\_\_\_

Подносител на барањето: \_\_\_\_\_













**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

Образец на барање - **БД**

До  
Директорот на Фондот за здравствено  
осигурување на Македонија  
Ул. „Македонија“ бб  
Скопје

**БАРАЊЕ**

**за донесување на решение по поднесено барање за остварување  
право од задолжително здравствено осигурување**

На ден \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ година, до Фондот за здравствено осигурување на  
Македонија, Подрачна служба \_\_\_\_\_ поднесов барање за  
остварување право на \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Бидејќи од страна на Фондот за здравствено осигурување на Македонија -  
Подрачна служба \_\_\_\_\_ се уште не е донесено решението и  
покрај тоа што измина законскиот рок за негово донесување, согласно одредбите  
на член 31-а од Законот за здравственото осигурување поднесувам барање до  
директорот на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во  
пропишаниот законски рок за уважување односно одбивање на барањето.

Кон барањето доставувам и копија од барањето доставено до Фондот за  
здравствено осигурување на Македонија - Подрачна служба \_\_\_\_\_,  
бр. \_\_\_\_\_ од \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ година.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето  
семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена  
заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување,  
\_\_\_\_\_

Подносител на барањето,  
\_\_\_\_\_

Македонија бб, 1000 Скопје • Тел: 080033222 • e-mail: info@fzo.org.mk



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање ДС

**БАРАЊЕ**

**за надомест на средства за извршени здравствени услуги за дијализа во странство**

Од осигуреникот \_\_\_\_\_  
 (за член на семејство \_\_\_\_\_) од населено место \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_.

Број на здравствена легитимација	_____ - _____ - _____
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	_____
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	_____
Вработен во/ осигурен преку	_____
Број на трансакциска сметка	_____

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести направените трошоци за извршени здравствени услуги за дијализа за време на престојот \_\_\_\_\_ во \_\_\_\_\_

(се наведува здравствената установа, градопи државата)  
 во периодот \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ година.

**Кон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи):**

1. Медицинска документација за извршените здравствени услуги за дијализа во странство преведена од овластен преведувач;
2. Сметки/ фактури со доказ за плаќање за платените здравствени услуги за дијализа преведени од овластен преведувач
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето \_\_\_\_\_

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување:  
 \_\_\_\_\_

Подносител на барањето:  
 \_\_\_\_\_