

20090220470

## ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Врз основа на член 9 став 2, член 17 став 1, член 24 став 1, член 25 став 6, член 27 став 2, член 28 став 5, член 31 став 3 и 4 и член 56 став 1 точка 3 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 и 6/2009), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, на седницата одржана на 11.02.2009 година, донесе

### ПРАВИЛНИК ЗА ИЗМЕНУВАЊЕ И ДОПОЛНУВАЊЕ НА ПРАВИЛНИКОТ ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕТО НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

#### Член 1

Во Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување ("Службен весник на Република Македонија" број 111/2000, 4/2001, 71/2001, 23/2002, 55/2004, 30/2006, 137/2006, 26/2007, 59/2008, 64/2008, 128/2008 и 164/2008) по членот 97 се додаваат два нови члена 97-а и 97-б со нов наслов, кои гласат:

#### **„Постапка за остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување.**

#### Член 97-а

Осигурените лица правата од задолжителното здравствено осигурување утврдени со овој правилник ги остваруваат во управна постапка во согласност со одредбите на член 31 од Законот за здравственото осигурување, врз основа на уредно поднесено барање комплетирано со потребна документација.

#### Член 97-б

Обрасците на барањата за остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување, со пропишана потребна документација (прилози кон барањето) се составен дел на овој правилник.“

#### Член 2

Овој правилник влегува во сила осмиот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а ќе се објави по добивање на согласност од министерот за здравство.

Бр. 02-2220/11  
11 февруари 2009 година  
Скопје

Управен одбор  
Претседател,  
**Фисник Ибраими, с.р.**

Образец на барање Бр-1  
(спец. мед. рехабилитација)

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ  
НА МАКЕДОНИЈА  
ПОДРАЧНА СЛУЖБА \_\_\_\_\_

**БАРАЊЕ**

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ (за дете, сопруг,  
сопруга \_\_\_\_\_) лично за себе од населено место

Ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_.

Број на здравствена легитимација \_\_\_\_\_.  
Матичен број на осигуреникот \_\_\_\_\_.  
Матичен број на осигуреното лице \_\_\_\_\_.  
На работа во ( осигурен преку): \_\_\_\_\_.

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна  
служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон  
барањето со решение да ми утврди право на користење на специјализирана  
медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување во  
здравствената установа \_\_\_\_\_.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- отпусно писмо за завршено болничко лекување од здравствената  
установа каде е извршено болничкото лекување;
- конзилијарно мислење од соодветна болничка здравствена установа  
во која се лекувало осигуреното лице;
- наод, оценка и мислење од Лекарската комисија;
- потврда за платен придонес за задолжително здравствено  
осигурување;
- здравствена легитимација на увид.

Напомена: Правото на специјализирана медицинска рехабилитација се  
остварува во рок од еден месец по завршеното болничко лекување, односно  
во рок од шест месеци по прележан инфаркт на срцето.

Подносител на барањето:

\_\_\_\_\_

Образец на барање Бр-2  
(надоместок на плата –болест/повреда/нега)

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ  
НА МАКЕДОНИЈА  
ПОДРАЧНА СЛУЖБА \_\_\_\_\_

**БАРАЊЕ**

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ од населено место  
\_\_\_\_\_ Ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_ телефон  
Бр. \_\_\_\_\_ .

Број на здравствена легитимација \_\_\_\_\_.  
Матичен број на осигуреникот \_\_\_\_\_.  
На работа во: \_\_\_\_\_.  
Број на трансакциона сметка \_\_\_\_\_.

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна  
служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон  
барањето со решение да ми утврди право на користење надоместок на плата  
за време ва привремена спреченост за работа поради

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ .

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- М-1 пријава (копија),
- извештај за привремена спреченост за работа- образец - ИСР од избран лекар;
- наод оценка и мислење од лекарската комисија;
- отпусно писмо за болничко лекување;
- потврда за висината на исплатената нето плата на осигуреникот- образец -НП - 1;
- потврда за висината на исплатената нето плата кај работодавецот- образец -НП - 2, со платен список на увид;
- потврда за движењето на платата кај работодавецот за месец \_\_\_\_\_ 20\_\_ година - образец -НП - 3;
- потврда за платен придонес за задолжително здравствено осигурување.

Подносител на барањето:  
\_\_\_\_\_

Образец на барање Бр-3  
(надоместок на плата –бременост и раѓање)

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ  
НА МАКЕДОНИЈА

БАРАЊЕ

Од осигуреникот лично за себе (за сопругот \_\_\_\_\_)  
од \_\_\_\_\_ населено место \_\_\_\_\_ Ул.  
\_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_ телефон Бр. \_\_\_\_\_ .

Број на здравствена легитимација \_\_\_\_\_.  
Матичен број на осигуреникот \_\_\_\_\_.  
Матичен број на сопругот \_\_\_\_\_  
На работа во: \_\_\_\_\_.  
Број на трансакциона сметка \_\_\_\_\_.

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на користење надоместок на плата за време на одсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство (родителство).

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- М-1 пријава (копија);
- извештај за привремена спреченост за работа- образец - ИСР од избран лекар;
- потврда за висината на исплатената нето плата на осигуреникот- образец -НП - 1;
- потврда за висината на исплатената нето плата кај работодавецот- образец -НП - 2, со платен список на увид;
- потврда за движењето на платата кај работодавецот за месец \_\_\_\_\_ 20\_\_ година - образец -НП - 3;
- потврда за платен придонес за задолжително здравствено осигурување;
- извод од книгата на родените за детето (копија);
- Решение за посвојување од Центар за социјални работи за посвоено дете.

Подносител на барањето:

\_\_\_\_\_

Образец на барање Бр - 4  
(патни трошоци)

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ  
НА МАКЕДОНИЈА  
ПОДРАЧНА СЛУЖБА \_\_\_\_\_

**БАРАЊЕ**

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ (за дете  
\_\_\_\_\_) од населено место \_\_\_\_\_  
Ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_.

Број на здравствена легитимација \_\_\_\_\_.  
Матичен број на осигуреникот \_\_\_\_\_.  
Матичен број на осигуреното лице \_\_\_\_\_.  
На работа во (осигурен преку): \_\_\_\_\_.  
Број на трансакциона 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 Здравствената установа, \_\_\_\_\_ надвор од местото на живеење во периодот од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ година .

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- медицинска документација дека хемодијализата, односно вежбите за видот, слухот или говорот се извршени во здравствена установа надвор од местото на живеење во периодот од \_\_\_\_ до \_\_\_\_ 20\_\_ година;
- патни карти за јавен превоз;
- потврда за платен придонес за задолжително здравствено осигурување;
- здравствена легитимација на увид.

Подносител на барањето:  
\_\_\_\_\_

Образец на барање Бр-5  
(надомест на лекови)

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ  
НА МАКЕДОНИЈА  
ПОДРАЧНА СЛУЖБА \_\_\_\_\_

**БАРАЊЕ**

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ за (дете, сопруг,  
сопруга \_\_\_\_\_) лично за себе од населено место  
\_\_\_\_\_ Ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_ телефон  
\_\_\_\_\_.

Број на здравствена легитимација \_\_\_\_\_.  
Матичен број на осигуреникот \_\_\_\_\_.  
Матичен број на осигуреното лице \_\_\_\_\_.  
На работа во ( осигурен преку): \_\_\_\_\_.  
Број на трансакциона 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 лекови од  
Листата на лекови.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- рецепт за пропишаниот лек( од матичен лекар или лекар специјалист од соодветната болница);
- потврда од амбулантата или болницата за дефицитарност на ампулите и датумот кога се аплицирани;
- извештај од лекар специјалист или отпусно писмо со назначена месечна терапија( доколку лекот се препишува по предлог од лекар специјалист);
- фискална сметка од аптеката која го издала лекот;
- три потврди од различни аптеки или потврда од клиничка аптека ( за лек од болничката листа) за дефицитарност на лекот;
- потврда за платен придонес за задолжително здравствено осигурување;
- здравствена легитимација на увид.

Подносител на барањето:  
\_\_\_\_\_

Образец на барање Бр-6  
(надомест на вградени материјали)

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ  
НА МАКЕДОНИЈА  
ПОДРАЧНА СЛУЖБА \_\_\_\_\_

**БАРАЊЕ**

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ (за дете, сопруг,  
сопруга) \_\_\_\_\_ лично за себе од населено  
место \_\_\_\_\_ Ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_ телефон  
\_\_\_\_\_.

Број на здравствена легитимација \_\_\_\_\_.  
Матичен број на осигуреникот \_\_\_\_\_.  
Матичен број на осигуреното лице \_\_\_\_\_.  
На работа во (осигурен преку): \_\_\_\_\_.  
Број на трансакциона 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:

- конзилијарно мислење за потребата од вградување на наведениот материјал;
- потврда од здравствената установа дека во моментот на укажувањето на здравствената услуга го нема на располагање наведениот материјал;
- отпусно писмо( копија);
- спецификација (пресметка) за извршени здравствени услуги за време на болничкото лекување;
- сметкопотврда (фактура) за набавениот материјал со фискална сметка;
- потврда за платен придонес за задолжително здравствено осигурување;
- здравствена легитимација на увид.

Подносител на барањето:  
\_\_\_\_\_

Образец на барање Бр-7  
(ослободување од партиципација)

ДО ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ  
НА МАКЕДОНИЈА  
ПОДРАЧНА СЛУЖБА \_\_\_\_\_

**БАРАЊЕ**

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ (за дете, сопруг,  
сопруга \_\_\_\_\_) лично за себе од населено место  
\_\_\_\_\_ Ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_ телефон  
\_\_\_\_\_.

Број на здравствена легитимација \_\_\_\_\_.  
Матичен број на осигуреникот \_\_\_\_\_.  
Матичен број на осигуреното лице \_\_\_\_\_.  
На работа во ( осигурен преку): \_\_\_\_\_  
Број на трансакциона сметка \_\_\_\_\_.

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна  
служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон  
барањето да ме ослободи од натамошно учество во трошоците на  
здравствени услуги ( односно да ми се врати повеќе платеното учество).

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- потврда за платен износ на партиципација во здравствената установа;
- отпусно писмо;
- спецификација(пресметка) за извршени здравствени услуги од соодветната здравствена установа;
- доказ за вкупните примања во семејството на осигуреникот (примања од плати, пензии, вршење на дејност и сл.);
- извод на родени за деца од 1-5 години (копија);
- лична карта за осигуреници над 65 години (копија),
- потврда за платен придонес за задолжително здравствено осигурување;
- здравствена легитимација на увид.

Подносител на барањето:  
\_\_\_\_\_