

20150110215

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, 91/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 97/2014, 112/2014 и 113/2014), 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, 119/2013, 145/2013, 172/2013 и 34/2014, 120/2014 и 141/2014), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 4 декември 2014 година, донесе

**ОДЛУКА 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, 119/2013, 138/2013, 165/2013, 34/2014, 138/2014 и 141/2014), во членот 1 обрасците: Барање за ослободување од партиципација (образец-П1) Барање за надомест (рефундација на средства) за медицински потрошен материјал и/или вградени материјали за време на лекување во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита (образец-Р1); Барање за надомест (рефундација на средства) за лекови (образец-Р2); Барање за надоместок (рефундација на средства) за ортопедски и други помагала (образец-Р4), Лабораториски упат- 1(Образец ЛУ 1) и Лабораториски упат- 1(Образец ЛУ 2) се заменуваат со нови обрасци кои е составен дел на оваа одлука.

Во членот 1 се додаваат обрасците: Барање за право на надомест (рефундација на средства) за извршена специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување (образец-ИСМР) и Барање за право на надомест (рефундација на средства) за пружени здравствени услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита врз основа на платен придонес за здравствено осигурување (образец-НП)

Член 2

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

Бр. 02-20500/6
9 декември 2014 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
Елена Трпковска, с.р.



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање III

БАРАЊЕ за ослободување од партиципација

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 ме ослободи од натамошно учество во трошоците на здравствени услуги (односно да ми се врати повеќе платеното учество).

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

1. Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и;
2. Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата;
3. Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и;
4. Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход – образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи;
5. Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)¹;
6. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето

¹ Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото паѓаат на товар на осигуреникот.

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот

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 **P1**

БАРАЊЕ

за надомест (рефундација на средства) за медицински потрошен материјал и/или вградени материјали за време на лекување во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита

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 набавени со сопствени средства медицински потрошни материјали и/или вградени материјали за време на лекувањето во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Специјалистички извештај/Отпусно писмо (копија) од здравствената установа со која ФЗОМ има склучено договор за извршената здравствена услуга;
2. Фискална сметка во оригинал и копија или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање за набавениот медицински потрошен материјал и/или вграден 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 _____)
ул. _____ од населено место _____ 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 осигуреното лице (член на семејство)	_____
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 средствата потрошени за набавени лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот.

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

A.	За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга имаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување)
1.	Рецепт, на рецептен образец утврден од страна на ФЗОМ, за пропишан лек од избран лекар, лекар замена, дежурен лекар, рурален лекар;
2.	Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор, кога лекот е препорачан за понатамошно лекување во домашни услови, односно конзилцијарно мислење за лекови, согласно режимот на пропишување на лековите во Листата на лекови, ако се работи за лек утврден со <i>Одлуката за скати лекови од Листата на лекови што се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита</i> ;
3.	Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки со кои ФЗОМ има склучено договор, со исклучок за оние населени места со помалку од три различни аптеки, каде бројот на потврдите може да биде помал од три;
4.	Фискална сметка од аптеката, со која ФЗОМ има склучено договор, која го издала лекот во оригинал и копија;
5.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.
A1.	За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга немаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување)
1.	Рецепт, на рецептен образец пропишан согласно Правилникот за начинот на пропишување и издавање на лекови на рецепт донесен од Министерството за здравство, за пропишан лек од избран лекар, лекар замена, дежурен лекар, рурален лекар;
2.	Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор, кога лекот е препорачан за понатамошно лекување во домашни услови, односно конзилцијарно мислење за лекови, согласно режимот на пропишување на лековите во Листата на лекови, ако се работи за лек утврден со <i>Одлуката за скати лекови од Листата на лекови што се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита</i> ;
3.	Фискална сметка од аптеката, со која ФЗОМ има склучено договор, која го издала лекот во оригинал и копија;
4.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

A2.	За лекови во ампуларна форма, кои се дел од задолжителната и ургентна ампуларна терапија која треба да ја поседува здравствената установа од примарна здравствена заштита со договор со ФЗОМ и во истата е аплицирана на осигуреното лице од страна на избраниот лекар или лекарот замена
1.	Налог или рецепт со пропишана терапија со потврда за апликација на лекот од здравствена установа со која Фондот има склучено договор;
2.	Фискална сметка од аптеката која го издала лекот во оригинал и копија;
3.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.
Б.	За лекови за болничка здравствена заштита
1.	Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор, со назначена терапија, која осигуреното лице ја набавило со сопствени средства;
2.	Конзипијарно мислење, од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор, доколку е потребно согласно режимот на препишување на лекот утврден во Листата на лекови;
3.	Потврда за апликација на лекот ако се работи за лек во ампуларна форма, од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор, кој треба да содржи: -во периодот на хоспитализација-датум/период на паликација, факсимил и потпис на лекарот и печат на здравствената установа -во периодот на хоспитализација-датум/период на апликација, потпис на осигуреното лице, потпис и факсимил на лекарот и печат на здравствената установа;
4.	Фискална сметка од аптеката која го издала лекот во оригинал и копија или фактура (оригинал) со доказ за плаќање;
5.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.
В.	За лекови набавени со сопствени средства на осигуреното лице од странски земји
1.	Документација наведена во точка А.-За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга имаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување)
2.	Документација наведена во точка А1.-За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга немаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување)
3.	Документација наведена во точка А2.-За лекови во ампуларна форма, кои се дел од задолжителната и ургентна ампуларна терапија која треба да ја поседува здравствената установа од примарна здравствена заштита со договор со ФЗОМ и во истата е аплицирана на осигуреното лице од страна на избраниот лекар или лекарот замена
4.	Документација наведена во точка Б.-За лекови за болничка здравствена заштита
5.	За точките 1, 2, 3 и 4 фискалната сметка или фактурата со доказот за плаќање, треба да бидат преведени на македонски јазик од овластен судски преведувач.

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 Р4

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																
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 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 во оригинал и копија или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање на ортопедското или друго помагало 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: _____

Упат Бр. _____

Назив на здравствена установа _____
 Работна единица - Одделение _____
 Број на лекарски дневник _____

ДО

Назив на здравствена установа _____
 Специјалност _____
 Место _____
 Лекар _____
 Факсимил _____
 Термин _____

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ - 1

Се упатува: _____
 Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

Адреса _____

_____ - _____ - _____
 Број на здравствена легитимација _____
 Единствен здравствен број на осигуреникот _____

_____ _____
 Единствен матичен број на осигуреникот _____
 Шифра по МКВ-10 _____

Р.бр	Шифра на пакет	Шифра на услугата од статусот	Дел	Опис на статусот / лабораториската услуга
1	2	3	4	5
1	БА2			ХЕМАТОЛОШКИ СТАТУС
1.1		БА2/1		Седиментација на еритроцити
1.1		БА2/2		Крвна слика со диференцијална крвна слика
			1.	Хемоглобин
			2.	Еритроцити
			3.	Леукоцити
			4.	Тромбоцити
			5.	Хематокрит
			6.	Диференцијална крвна слика
				Неутрофили
				Линфоцити
				Еозинофили
				Моноцити
2	БА13			УРИНАРЕН СТАТУС со седимент
			1.	рН
			2.	Специфична тежина
			3.	Белковини
			4.	Глукоза во урина
			5.	Кетони
			6.	Седимент на урина
			7.	Уробилиноген
3	БА4			ГЛУЦИДЕН СТАТУС
		БА4/1	1.	Глукоза во серум (Гликемија)
		БА4/2	2.	Глукоза толеранс тест (OGTT)
		БА4/3	3.	Гликозиран хемоглобин (HbA1C)
4	БА10			ЛИПИДЕН СТАТУС
		БА10/3	2.	Вкупен холестерол
		БА10/2	3.	Триглицериди
5	БА5			ДЕГРАДАЦИОНИ ПРОДУКТИ
		БА5/1	1	Уреа во серум
		БА5/3	2	Креатинин во серум
6	БА7			ЕНЗИМСКИ СТАТУС
		БА7/8	1	AST - Аспартат аминотрансфераза
		БА7/9	2	ALT Аланин аминотрансфераза
7	БА8			ЕЛЕКТРОЛИТЕН СТАТУС - во серум
		БА8/8	1	Железо (Fe)
8	БА11			ХОРМОНСКИ СТАТУС
		БА11/16	1	Тиреостимулирачки хормон (TSH)
9	БА16			IV. Тест за бременост
		БА16/3	1.	Тест за бременост б-HCG во serum

Во _____ 20__ година **МП** _____ Потпис и факсимил на лекар

НАПОМЕНА

-За испитување на гликозиран хемоглобин (HbA1C) со шифра на услугата БА 4/3 се упатуваат само пациенти со воспоставена дијагноза dijabetus mellitus,
 -За испитување на тиреостимулативен хормон (TSH) со шифра на услугата БА 11/16 се упатуваат пациенти со воспоставена дијагноза на хипотиреоза

	Упат Бр. _____	ФЗОМ -Образец - ЛУ2
_____ Назив на здравствена установа		_____ Назив на здравствена установа
_____ Работна единица - Одделение	ДО	_____ Место
		_____ Лекар
Број на лекарски дневник _____		_____ Факсимил
		_____ Термин

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ - 2

Се упатува _____
Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

Адреса

_____ Број на здравствена легитимација	_____ Единствен матичен број на осигуреникот
_____ Единствен здравствен број на осигуреникот	_____ Шифра по МКВ-10
_____ Основ на осигурување	_____ Број на здравствен картон

Вид на здравствена услуга - лабораториска анал _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар _____

Упат Бр. _____

Назив на здравствена установа

Број на лекарски дневник _____

ИЗВЕШТАЈ - ЛАБОРАТОРИСКИ НАОД

На _____
Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

_____ Број на здравствена легитимација	_____ Единствен матичен број на осигуреникот
_____ Единствен здравствен број на осигуреникот	

е утврден следниот лабораториски наод _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар _____



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање ИСМР

БАРАЊЕ

за право на надомест (рефундација на средства) за извршена специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување

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																				

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести средствата за завршена специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување во здравствената установа _____.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. отпусно писмо за завршено болничко лекување;
2. конзилијарно мислење на пропишан образец, со шифра на дијагноза по МКБ-10 или МКБ-10 АМ и латински назив на дијагнозата согласно Листата на индикации, издадено од ЈЗУ/ПЗУ од болничка здравствена заштита со склучен договор со Фондот, а каде осигуреното лице било на болничко лекување;
3. наод, оценка и мислење од Лекарската комисија¹⁾;
4. потврда за болничко лекување (образец ПБЛ пропишан од Фондот како составен дел на Правилникот за остварување на право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување), која го заменува отпусното писмо, во случај кога не е изготвено отпусно писмо, како и при незавршено болничко лекување;
5. отпусно писмо за завршена специјализирана медицинска рехабилитација;
6. пресметка за извршени здравствени услуги и
7. фискална сметка во оригинал и копија или фактура (оригинал) со доказ за плаќање за пружената здравствена услуга.

¹⁾ За осигурениците надвор од Скопје ФЗОМ по службена должност го обезбедува документот.

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 испите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____

