

20150963019

ФОНД ЗА ПЕНЗИСКО И ИНВАЛИДСКО 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, 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, 113/2014, 188/2014, 20/2015 и 61/2015), и член 114 став 2 од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 18/2015 и 64/2015), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 28 мај 2015 година, донесе

**ОДЛУКА ЗА ИЗМЕНУВАЊЕ 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, 5/2012, 29/2012, 79/2012, 57/2013, 64/2013, 88/2013, 105/2013, 119/2013, 138/2013, 145/2013, 165/2013, 34/2014, 138/2014, 141/2014, 11/2015 и 76/2015), во членот 1 обрасците: 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), 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), се заменуваат со нови обрасци кои се составен дел на оваа одлука.

Член 2

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

Бр. 02-9923/1
1 јуни 2015 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
Ангел Митевски, с.р.



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 _____)
ул. _____ бр. _____ телефон _____ од населено место _____

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

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

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 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 конзилијарно 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 конзилијарно 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.	Конзилијарно 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 -вон 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.

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

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																				
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.

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____



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.

Со пополнување на ова барање се согласувам монте 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.

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Место и датум на поднесување: _____ Подносител на барањето: _____



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање **НИ**

БАРАЊЕ

за надомест (рефундација на средства) за пружени здравствени услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита врз основа на платен придонес за здравствено осигурување

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 пружени здравствени услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита, платени со сопствени средства поради неплатен придонес за здравствено осигурување во периодот на нивното користење.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Извештај од специјалист/субспецијалист или Отпусно писмо (копија) од здравствената установа со која ФЗОМ има склучено договор за извршената здравствена услуга;
2. Пресметка од здравствената установа која ја пружила здравствената услуга;
3. 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.

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____