

20131383364

## ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Врз основа на член 30 и 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, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012 и 91/2013), и член 43 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство („Службен весник на Република Македонија“ број 88/2013), 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 НАЧИНОТ НА КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ НА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА ВО СТРАНСТВО

#### Член 1

Во Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство („Службен весник на Република Македонија“ број 133/2011, 53/2012, 18/2013, 88/2013 и 91/2013), во членот 1 обрасците: Барање за болничко лекување во странство (образец-Л1); Барање за продолжување на лекување во странство и/или признавање на дополнителни трошоци (образец-Л2); Барање за надомест на средства за користење на здравствени услуги во странство – итен случај (образец-Л3); Барање за контролен преглед во странство по извршено болничко лекување во странство на товар на ФЗОМ (образец-Л4); Барање за надомест на средства за пренос на починато лице при болничко лекување во странство на товар на ФЗОМ (образец-Л5); Барање за издавање на двојазичен образец за работници упатени на привремена работа во држава со која РМ има склучено (превземено) договор за социјално осигурување (образец Д1) како и образецот Барање за издавање на двојазичен образец за остварување на право на здравствено осигурување за време на привремен престој (приватно или службено патување, студиски престој, школување, стручно условршување, престој во врска со меѓународна – техничка, научна и културна соработка и слично) во држава со која РМ има склучено (превземено) договор за социјално осигурување (образец ПП1), 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. 02–12466/5  
19 септември 2013 година  
Скопје

Управен одбор  
Претседател,  
Ангел Митевски, с.р.


**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**
Образец на барање **Л1**
**БАРАЊЕ**  
**за болничко лекување во странство**

Од \_\_\_\_\_ осигуреникот  
на семејство \_\_\_\_\_ (за член  
место \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_ од населено  
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, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ме упати на болничко лекување во \_\_\_\_\_.

(се наведува здравствената установа, градот и државата)

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

- Предлог за упатување на лекување во странство од соодветна универзитетска клиника во Скопје;
- Медицинска документација за текот на лекувањето;
- Решение од Министерството за труд и социјална политика - центар за социјални работи (доколку осигуреното лице има својство на дете со посебни потреби)<sup>1)</sup>
- Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето

<sup>1)</sup> Доколку осигуреникот не го приложи решението, ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност. 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 Л2

**БАРАЊЕ**

**за продолжување на лекување во странство  
и/ или признавање на дополнителни 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, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми одобри продолжување на лекувањето во странство и/ или да ми признае право на дополнителни трошоци за лекувањето во \_\_\_\_\_.

(се наведува здравствената установа, градот и државата)

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

**а) за продолжување на лекувањето во странство:**

- Предлог за продолжување на лекувањето во странство од странската здравствена установа со прилог медицинска документација или отпусно писмо, преведени од овластен преведувач;

**б) за признавање на дополнителни трошоци:**

- Медицински извештај од странската здравствена установа за текот на лекувањето
- Профактура од странската здравствена установа за дополнителните трошоци или фактура со доказ за лично плаќање на дополнителните трошоци, преведени од овластен преведувач;<sup>1)</sup>
- Фактура или сметка за купен лек набавен според предлог во отпусното писмо од странската здравствена установа неопходен за периодот до враќањето во РМ.

**в) за продолжување на лекувањето во странство и за признавање на дополнителни трошоци:**

- Предлог за продолжување на лекувањето во странство од странската здравствена установа со прилог медицинска документација или отпусно писмо, преведени од овластен преведувач;
- Профактура од странската здравствена установа за дополнителните трошоци или фактура со доказ за лично плаќање на дополнителните трошоци, преведени од овластен преведувач<sup>1)</sup>;
- Фактура или сметка за купен лек набавен според предлог во отпусното писмо од странската здравствена установа неопходен за периодот до враќањето во РМ.

<sup>1) Доколку осигуреникот не ја приложи профактурата ФЗОМ ќе ја обезбеди по службена должност</sup>

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 **ЛЗ**

**БАРАЊЕ**

**за надомест на средства за извршени здравствени услуги во странство - итен случај**

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 време на престојот во \_\_\_\_\_

*(се наведува здравствената установа, градопч државата)*

во периодот од \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ година.

**Кон барањето ја приложувам следната документација:**

1. медицинска документација за извршените здравствени услуги во странство преведена од овластен преведувач;
2. сметки/ фактури со доказ за плаќање за платените здравствени услуги 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: \_\_\_\_\_



**ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

Образец на барање **Л4**

**БАРАЊЕ**

**за контролен преглед во странство по извршено болничко лекување  
во странство на товар на ФЗОМ**

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, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми одобри контролен преглед во странство по извршеното болничко лекување во странство на товар на ФЗОМ во

*(се наведува здравствената установа, градот и државата)*

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- Предлог за упатување на контролен преглед во странство од соодветната универзитетска клиника во Скопје;
- Профактура за контролен преглед од странската здравствена установа, преведена од овластен преведувач <sup>1)</sup>;
- Предлог од странската здравствена установа за контролен преглед, преведен од овластен преведувач;
- Медицинска документација за текот на лекувањето

<sup>1</sup> Доколку осигуреникот не ја приложи профактурата од странската здравствена установа, ФЗОМ истава ќе ја обезбеди по службена должност

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:

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



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање **Л5**

**БАРАЊЕ**

**за надомест на средства за пренос на умрено лице при болничко лекување во странство на товар на ФЗОМ**

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

број на здравствена легитимација																			
МБГ на осигуреникот (носител) или) Единствен здравствен број на осигуреникот																			
МБГ на осигуреното лице (член на семејство) или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на лентот)																			
работен во/ осигурен преку																			
број на трансакциска сметка																			

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести наравените трошоци за пренос на умрено лице при болничко лекување во странство на товар на ФЗОМ, одобрено со решение бр. \_\_\_\_\_ од \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ година, во \_\_\_\_\_.

(се наведува здравствената установа, градот и државата)

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

1. Отпусно писмо од странската здравствена установа<sup>1)</sup>;
2. Потврда за смрт од странската здравствена установа<sup>1)</sup>;
3. Дозвола за пренос на умрено лице издадена од надлежен орган во странската земја<sup>1)</sup>;
4. Извод од матична книга на умрените од странската земја<sup>1)</sup>;
5. Извод од матична книга на умрените од Република Македонија;
6. Фактура со доказ за лично плаќање на трошоците за извршениот пренос на умрено лице<sup>1)</sup>; и
7. Доказ за трансакциската сметка на подносителот на барањето.

<sup>1)</sup> **Документацијата задолжително се доставува со превод на македонски јазик од овластен 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 **Д1**

**БАРАЊЕ**

**за издавање на двојазичен образец за работници упатени на привремена работа во држава со која РМ има склучено (преземено) Договор за социјално 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														

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон барањето да ми издаде двојазичен образец за користење на здравствени услуги во \_\_\_\_\_.  
*(се наведува државата во која се упатува на работа)*

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

1. решение, односно акт, за упатување на осигуреникот на привремена работа во странство (*оригинал*);
2. согласност за упатување на работници во странство издадена од органот на управата надлежен за работни односи (Министерството за труд и социјална политика)<sup>1</sup>;
3. лекарско мислење за здравствената состојба на осигуреникот издадено од здравствена установа која врши дејност медицина на трудот (*оригинал*).

<sup>1</sup> Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност а трошоците за истот паѓаат на товар на осигуреникот

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 ПП1

### БАРАЊЕ

за издавање на двојазичен образец за остварување на право на здравствено осигурување за време на привремен престој (приватно или службено патување, студиски престој, школување, стручно усовршување, престој во врска меѓународна – техничка, научна и културна соработка и слично) во држава со која РМ има склучено (преземено) Договор за социјално 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														

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон барањето да ми издаде двојазичен образец за право на здравствено осигурување за време на привремен престој во

(се наведува државата)

поради:

(се наведува целта на патување)

за период од \_\_\_\_\_.20 до \_\_\_\_\_.20

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

1. потврда за здравствената состојба, издадена од избраниот лекар (општ и гинеколог за жени);
2. наод, оценка и мислење на лекарската комисија на ФЗОМ<sup>1</sup>;
3. доказ за целта на патувањето во странство (потврда за упис на редовната школска година, односно упис на семестар – при редовно школување, студиски престој и слично) (*оригинал*).

<sup>1</sup> за осигурениците надвор од Скопје ФЗОМ по службена должностго 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 истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

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

Подносител на барањето: \_\_\_\_\_