



# 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)<br>(или) Единствен здравствен број на осигуреникот                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство)<br>(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)

### Документација која во прилог кон барањето ја приложува осигуреното лице:

1. Предлог за упатување на контролен преглед во странство од соодветната универзитетска клиника во Скопје;
2. Медицинска документација за текот на лекувањето во странската здравствена установа<sup>1)</sup>;
3. Медицинска документација за текот на лекувањето во здравствените установи во РМ и
4. Предлог од странската здравствена установа за контролен преглед<sup>1)</sup>

### Документација која ФЗОМ може да ја обезбеди по службена должност:

1. Профактура за контролен преглед од странската здравствена установа или приватна здравствена установа во РМ

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

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: \_\_\_\_\_