

20110621670

## **ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

Врз основа на член 27 став 3 и член 56 став 1 точка 3 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 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 и 53/2011), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на ден 27 април 2011 година, донесе

### **ПРАВИЛНИК ЗА ИЗМЕНУВАЊЕ И ДОПОЛНУВАЊЕ НА ПРАВИЛНИКОТ ЗА ФОРМАТА И СОДРЖИНАТА НА КАРТИЧКАТА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ И ЗА НАЧИНОТ НА НЕЈЗИНОТО ИЗДАВАЊЕ, ВОДЕЊЕ, КОРИСТЕЊЕ И ДОКАЗОТ ЗА ПЛАТЕН ПРИДОНЕС ЗА ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ**

#### **Член 1**

Во Правилникот за формата и содржината на картичката за здравствено осигурување и за начинот на нејзиното издавање, водење, користење и доказот за платен придонес за задолжително здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ бр. 159/2010 и 24/2011), во насловот и во членот 1, зборовите: „картичката за здравствено осигурување“ се заменуваат со зборовите: „електронската картичка за здравствено осигурување“.

#### **Член 2**

Членот 6 се менува и гласи:

„Картичката се издава во подрачната служба на Фондот според местото на живеење односно местото на работа на осигуреното лице врз основа на поднесено барање за издавање на електронска картичка за здравствено осигурување(Образец-БК), во пишана форма, со приложена потребна документација за носителот на осигурувањето и членовите на семејството (копија од лична карта или пасош, односно извод од матичната книга на родените за деца).

Обврзникот за пресметка и уплата на придонесот за своите вработени поднесува групно барање за издавање на електронска картичка за здравствено осигурување (Образец-ГБК), во пишана и електронска форма, во подрачната служба на Фондот според седиштето на обврзникот, односно седиштето на работната единица. Барањето го поднесува лице овластено од обврзникот. Кон барањето ГБК се доставува примерок од подинечните барање пополнети од секој вработен кај обврзникот. Со едно барање ГБК може да се поднесат најмногу до 100 поединечни барање БК во пишана форма.

Електронскиот формат на барањето Образец-БК е даден во Техничкото упатство за електронска достава.

Обрасците БК и ГБК се составен дел на овој правилник.

Во барањето корисникот на картичката изјавува дека е согласен личните податоци што се внесуваат во картичката да се користат само во врска со остварувањето на правата од здравственото осигурување и здравствената заштита, согласно прописите за заштита на личните податоци, а кон барањето поднесува и копија од лична карта или пасош, односно извод од матичната книга на родените за деца, заради проверка на податоците.

Подрачната служба на Фондот, на барањето го евидентира единствениот здравствен број на корисникот.

Картичката за член на семејство на осигуреникот на кој не е утврдено својството на осигуреник, се издава врз основа на извод од матичната книга на родените односно венчаните, а за деца од 18 до 26 години се приложува и потврда за редовно школување.

За членовите на семејството на кои веќе им е утврдено својството на осигуреник, картичката се издава врз основа на копија од лична карта односно извод од матична книга на родени.

Копиите од личната карта, односно изводот од матичната книга на родените, се поништуваат комисијски во подрачните служби на Фондот најдоцна шест месеци од денот на поднесување на барањето за издавање на картичката.

На децата на осигуреникот по навршување на 18-годишна возраст или најдоцна по навршување на 26 години, основот на осигурување престанува да важи и истиот повторно се евидентира со доставување на потврда за редовно школување.

Со секоја промена на основот на осигурување, не се издава нова картичка.

Фондот на осигуреното лице или на обврзникот за пресметка и уплата на придонесот, ја издава картичката во рок од 30 дена од денот кога е поднесено барањето за издавање на картичката.

Фондот издава потврда на осигуреното лице кое во периодот од 30 дена до издавањето на картичката има потреба од користење на права од здравственото осигурување.

Доставување на картичките за здравствено осигурување за вработените кај обврзникот за пресметка и уплата на придонес, ќе се врши преку овластено лице на обврзникот.

За останатите категории на осигурени лица кои поднесуваат поединечно барање, картичката се подигнува во надлежната подрачна служба на Фондот.

Осигуреното лице задолжително внесува свој сигурносен број (PIN ) за да ја активира картичката.

За осигурени лица - деца до 18 години и осигурени лица неспособни за самостоен живот и работа согласно прописите за пензиско и инвалидско осигурување односно за социјална заштита, приемот на картичката и сигурносниот број (PIN) со своерачен потпис ги потврдува нивниот законски застапник или старател.

За начинот на активирање и користење на картичката и сигурносниот број (PIN) осигуреното лице добива во писмена или електронска форма упатство.“

### Член 3

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

Бр. 02-6927/5  
27 април 2011 година  
Скопје

Управен одбор  
Претседател,  
**Ирфан Хоца, с.р.**



Образец БК

Пред да започнете со пополнување на образецот Ве молиме да го прочитате упатството на крајот на образецот

БАРАЊЕ ЗА ИЗДАВАЊЕ НА ЕЛЕКТРОНСКА ЗДРАВСТВЕНА КАРТИЧКА ЗА ПОСИТЕЛ <input type="checkbox"/>	Место за баркод(број на барање)
ЗА ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ-ЧЛЕН НА СЕМЕЈСТВО <input type="checkbox"/>	
Подрачна служба	

1. Податоци за обврзникот за уплата По прв пат  Реиздавање

Назив	Шифра на дејност
Назив на дејност	
Адреса	Место
ЕМБС <input type="text"/> Деловна единица <input type="text"/>	ФЛБС <input type="text"/>
Жиро сметка <input type="text"/>	Основ на осигурување

2. Податоци за осигуреникот - физичко лице Националност \_\_\_\_\_ Двојазичност

ЕМБГ <input type="text"/>	ЕЗБО <input type="text"/>	М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
Име, име на родител/старател и презиме		
Име, име на родител и презиме (LAT за двојазична картичка)		
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката <input type="text"/>		
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката(LAT) <input type="text"/>		
Податоци од лична карта	Адреса на живеење	Податоци за држава и место на раѓање
Улица и број _____ Држава _____ Место _____	Улица и број _____ Држава _____ Место _____	Држава _____ Место _____
Контакт телефон _____		E mail _____

3. Податоци за осигуреното лице - (член на семејство) Сродство \_\_\_\_\_ Националност \_\_\_\_\_ Двојазичност

ЕМБГ <input type="text"/>	ЕЗБО <input type="text"/>	М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
Име, име на родител и презиме		
Име, име на родител и презиме (LAT за двојазична картичка)		
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката <input type="text"/>		
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката(LAT) <input type="text"/>		
Адреса (ако е различна од носителот)		Држава и место на раѓање
Улица и број _____ Држава _____ Место _____		Држава _____ Место _____

Сродство \_\_\_\_\_ Националност \_\_\_\_\_ Двојазичност

ЕМБГ	<input type="text"/>	ЕЗБО	<input type="text"/>	М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
Име, име на родител и презиме				
Име, име на родител и презиме (LAT за двојазична картичка)				
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката		<input type="text"/>		
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката(LAT)		<input type="text"/>		
Адреса (ако е различна од носителот) Улица и број _____ Држава _____ Место _____			Држава и место на раѓање Држава _____ Место _____	

Сродство \_\_\_\_\_ Националност \_\_\_\_\_ Двојазичност

ЕМБГ	<input type="text"/>	ЕЗБО	<input type="text"/>	М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
Име, име на родител и презиме				
Име, име на родител и презиме (LAT за двојазична картичка)				
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката		<input type="text"/>		
Име и презиме на осигуреникот што ќе стојат на картичката(LAT)		<input type="text"/>		
Адреса (ако е различна од носителот) Улица и број _____ Држава _____ Место _____			Држава и место на раѓање Држава _____ Место _____	

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 ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ И КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И ИСТИТЕ ДА СЕ КОРИСТАТ СОГЛАСНО ПРОПИСИТЕ ЗА ЗАКОНОТ ЗА ЗАШТИТА НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ

Во прилог - копија од лична карта или извод од матична книга на родените (за деца).

**Упатство/Укажување**

Врз основа на ова барање се издава картичка за здравствено осигурување како исправа со која се остваруваат правата од задолжителното здравствено осигурување. Заради избегнување на грешки, пополнувањето на овој образец треба да се врши со најголемо внимание особено со внесување на податоците за личните имиња на албански јазик кои треба да бидат внесени на македонски и албански јазик идентично со документите за лична идентификација. Одговорноста за точноста на податоците и за последиците што може да произлезат од погрешно внесени податоци е на овластените лица или на барателот кој го потпишува образецот. Фондот за здравствено осигурување на Македонија не одговара за евентуалните грешки во картичките, вклучувајќи ги и материјалните последици од издавањето на картичката со погрешни податоци, кога податоците се точно превземени од овој образец

Примерок за ФЗОМ

Датум \_\_\_\_\_ 20\_\_ год.

м.п.

Барател/Овластено лице

\_\_\_\_\_



Образец за ГБК

Пред да започнете со пополнување на образецот Ве молиме да го прочитате упатството на крајот на образецот	
БАРАЊЕ ЗА ГРУПНО ИЗДАВАЊЕ НА ЕЛЕКТРОНСКА ЗДРАВСТВЕНА КАРТИЧКА	Место за баркод(број на барање)
Подрачна служба	

1. Податоци за обврзникот за уплата

Назив	Шифра на дејност								
Назив на дејност									
Адреса							Место		
ЕМБС							Деловна единица		ЕДБС
Жиро сметка							Оснoв на осигурување		

2. Податоци од електронскиот фајл

Во електронскиот фајл има поднесени барања за :	
Вкупно носители еднојазични	
Вкупно осигурени лица-членови на семејството еднојазични	
Вкупно носители двојазични	
Вкупно осигурени лица-членови на семејството двојазични	

3. Во прилог на ова барање е доставен електронски фајл да  не

Во прилог - копија од лична карта или извод од матична книга на родените (за деца).

<b>Упатство/Укажување</b>
Врз основа на ова барање се издава картичка за здравствено осигурување како исправа со која се остваруваат правата од задолжителното здравствено осигурување. Заради избегнување на грешки, пополнувањето на овој образец треба да се врши со најголемо внимание особено со внесување на податоците за личните имиња на албански јазик кои треба да бидат внесени на македонски и албански јазик идентично со документите за лична идентификација. Одговорноста за точноста на податоците и за последиците што може да произлезат од погрешно внесени податоци е на овластените лица или на барателот кој го потпишува образецот. Фондот за здравствено осигурување на Македонија не одговара за евентуалните грешки во картичките, вклучувајќи ги и материјалните последици од издавањето на картичката со погрешни податоци, кога податоците се точно превземени од овој образец

Контакт телефон \_\_\_\_\_

По овластување Бр: \_\_\_\_\_

1. примерок за ФЗОМ

м.п.

Барател/Овластено лице

Датум \_\_\_\_\_ 20\_\_ год.