

20130571282

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 и 16/2013) и член 95 од Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 54/2012, 138/2012 и 164/2012), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 8 март 2013 година, донесе

О Д Л У К А

ИЗМЕНУВАЊЕ И ДОПОЛНУВАЊЕ НА ОДЛУКАТА ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ОБРАСЦИТЕ ПРЕДВИДЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕТО НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 1

Во Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 133/2011, 5/12, 29/12 и 79/12), во Образецот на барање П 1 - Барање за ослободување од партиципација:

- точката „ 6. Лична карта за осигуреници над 65 години (копија), се брише.
- точката 7 која станува точка 6 се менува и гласи:

„6.. Доказ за трансакциската сметка на подносителот на барањето“

По текстот на крајот од барањето, кој гласи: „Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото паѓаат на товар на осигуреникот“, се додава нов текст кој гласи:

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

Член 2

Во образецот на барањето Н2 - Барање за надоместок на плата поради бременост и раѓање, точката 5 се менува и гласи:

„5. Доказ за трансакциската сметка на подносителот на барањето“

По текстот на крајот од барањето кој гласи: „1..2 Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото паѓаат на товар на осигуреникот“, се додава нов текст кој гласи:

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

Член 3

Во сите останати обрасци на барањата за остварување на права од задолжително здравствено осигурување утврдени со одлуката (образец Р1, Образец Р2, образец Р3, Образец Р4 и Образец Н1) текстот во соодветната точка кој гласи: „Копие од потписен картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот“ се заменува со текстот „Доказ за трансакциската сметка на подносителот на барањето“

Изменетите обрасци: Образец П1 - Барање за ослободување од партиципација, Образец Н2 - Барање за надоместок на плата поради бременост и раѓање, Образец Р1- Барање за надомест (рефундација на средства) за вградени стандардни материјали или санитарски потрошен материјал, Образец Р2- Барање за надомест (рефундација на средства) за лекови, Образец Р3- Барање за надомест (рефундација на средства) за патни трошоци, Образец Р4-Барање за надомест (рефундација на средства) за ортопедски и други помагала и Образец Н1- Барање за надоместок на плата поради болест/повреда/нега, се дадени во прилог на оваа одлука и се нејзин составен дел.

Член 4

Оваа одлука влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а ќе се применува од 1.5 2013 година.

Бр. 02–3291/12
8 март 2013 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
Ангел Митевски, с.р.

Образец на барање **P1**

БАРАЊЕ

за надомест (рефундација на средства) за вградени стандардни материјали или
санитетски потрошен материјали

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 купени материјали за болничко лекување.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Отпусно писмо (копија) од здравствената установа со која ФЗОМ има договор за конкретната (извршената) здравствена услуга;
2. Фискална сметка или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање за набавениот материјал; и
3. Доказ за трансакциската сметка на подносителот на барањето.

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____

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 осигуреникот (на членот)															
Вработен во/осигурен преку															
Број на трансакциска сметка															

Барам Фондот за здравствено осигурување – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести средствата потрошени за купени лекови од Листата на лекови.

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

А.	За лекови на рецепт во примарната здравствена заштита	Б.	За лекови од болничката листа
1.	Рецепт за пропишан лек од избран лекар;	1.	Специјалистички извештај или отпусно писмо со назначена терапија, од здравствена установа со која ФЗОМ има склучен договор;
2.	Потврда од здравствената установа со датум на аплицирање ако се работи за лек во ампуларна форма;	2.	Конзилијарно мислење (препорака од клинички конзилиум), доколку е потребно согласно режимот на препишување на лекот утврден во Листата на лекови;
3.	Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки; ¹	3.	Потврда од здравствена установа, со која ФЗОМ има склучен договор, за апликација на лекот ако се работи за лек во ампуларна форма;
4.	Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот;	4.	Фискална сметка (во оригинал) од аптеката која го издала лекот;
5.	Доказ за трансакциската сметка на подносителот на барањето	5.	Доказ за трансакциската сметка на подносителот на барањето

¹ по исклучок во оние населени места каде има помалку од три различни аптеки, бројот на потврдите може да биде помал од три.

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____

БАРАЊЕ

за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци

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

Број на здравствена легитимација	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																
Вработен во/осигурен преку																	
Број на трансакциска сметка	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на надомест на патни трошоци за користење на здравствени услуги за хемодијализа, односно вежби за видот, слухот или говорот кои се извршени во здравствената установа _____, во _____, надвор од местото на живеење во периодот од _____ до _____ година .

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

1. Потврда за бројот на извршени здравствени услуги во претходниот период издадена од здравствената установа, која има склучен договор со ФЗОМ, каде се извршени здравствените услуги;
2. Потврда од здравствената установа каде е извршена хемодијализата дека нема организиран превоз;
3. Доказ за трансакциската сметка на подносителот на барањето.

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:

БАРАЊЕ

За надоместок на плата поради болест/повреда/нега

Од осигуреникот _____ од населено место _____
 Ул. _____ бр. _____ телефон _____

Број на здравствена легитимација	-	
ЕМБГ на осигуреникот (или) Единствен здравствен број на осигуреникот		
Вработен во		
Број на трансакциска сметка		

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на користење надоместок на плата за време ва привремена спреченост за работа поради _____.

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

1. Извештај за привремена спреченост за работа- образец - ИСР од избран лекар;
2. Наод оценка и мислење од лекарската комисија¹⁾;
3. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и состојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);
4. Доказ за трансакциската сметка на подносителот на барањето.

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

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:

Образец на барање **Н2**

БАРАЊЕ
за надоместок на плата поради бременост и раѓање

Од осигуреникот _____ (за сопруг
_____) 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 со решение да ми утврди право на користење надоместок на плата за време на одсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство (родителство).

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

1. Извештај за привремена спреченост за работа- образец - ИСП од избран лекар;
2. Извод од книгата на родените за детето (копије);¹
3. Решение за адаптација - посвојување од Центар за социјални работи за посвоено дете (само за посвоено дете);²
4. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и сотојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);
5. Доказ за трансакциската сметка на подносителот на барањето

^{1,2} 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

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:
