



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање P3
Formulari i kërkesës R3

БАРАЊЕ/КËРКЕСË

за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци
e kompensimit (rimbursimit të mjeteve) të shpenzimeve të udhëtimit

Од осигуреникот _____ (за член на семејство) _____
Nga i siguruari _____ (për anëtarin e familjes) _____
од населено место _____ ул. _____ бр. _____
me vendbanim në _____ rr. _____ nr. _____
телефон/telefoni _____.

Број на здравствена легитимација Numri i librezës shëndetësore				-																		
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот NVAQ i të siguruarit (bartësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit																						
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) NVAQ i të siguruarit (i anëtar i familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (i anëtarit)																						
Вработен во/осигурен преку I punësuar në/I siguruar nëpërmjet																						
Број на трансакциска сметка Numri i llogarisë së transaksionit																						

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна 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.

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal _____, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, me aktvendim të më përcaktojë të drejtën e kompensimit të shpenzimeve të udhëtimit për shfrytëzimin e shërbimeve të hemodializës, gjegjësisht ushtrime me shikimin, дëgjimin ose të folurit të cilët janë kryer në institucionin shëndetësor _____, në _____, jashtë vendbanimit në periudhën prej _____ deri më _____.



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

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

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

Kërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues (të rrethohet):

1. Vërtetim i numrit të shërbimeve të kryera shëndetësore në periudhën e mëparshme, i lëshuar nga institucioni shëndetësor, i cili ka nënshkruar marrëveshje me FSSHRMV-në, ku janë kryer shërbimet shëndetësore;
2. Vërtetim nga institucioni shëndetësor ku është kryer hemodializa se nuk kanë transport të organizuar;
3. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

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

Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.

Место и датум на поднесување:
Vendi dhe data e parashtrimi:

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës: