



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

A.	<p>За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга имаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување)</p> <p>Për barnat që lëshohen me recetë në kujdesin shëndetësor parësor (për të siguruar të cilët gjatë shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore kanë paguar kontribut për sigurim të detyrueshëm shëndetësor)</p>
1.	<p>Рецепт, на рецептен образец утврден од страна на ФЗОPCM, за пропишан лек од избран лекар, лекар замена, дежурен лекар, рурален лекар;</p> <p>Recetë, në formular me recetë të përcaktuar nga ana e FSSHRMV-së, për barna me recetë nga mjeku амë, mjeku zëvendës, mjeku kujdestar, mjeku rural;</p>
2.	<p>Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗОPCM има склучено договор, кога лекот е препорачан за понатамошно лекување во домашни услови, односно конзилијарно мислење за лекови, согласно режимот на пропишување на лековите во Листата на лекови, ако се работи за лек утврден со <i>Одлуката за скапи лекови од Листата на лекови што се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита</i>;</p> <p>Raport nga specialisti/nënspecialisti ose fletëlëshim nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-ja ka nënshkruar marrëveshje, kur bari rekomandohet për mjekim të mëtejshëm në kushte shtëpiake, gjegjësisht mendim konsiliumi për barnat, në përputhje me regjimin e parashkrimit të barnave nga Lista e barnave, nëse bëhet fjalë për bar të përcaktuar me <i>Vendim të barnave të shtrenjta nga Lista e barnave, të cilat lëshohen me recetë në kujdesin shëndetësor parësor</i>.</p>
3.	<p>Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки со кои ФЗОPCM има склучено договор, со исклучок за оние населени места со помалку од три различни аптеки, каде бројот на потврдите може да биде помал од три;</p> <p>Tri vërtetime për mungesë të barit nga barnatore të ndryshme me të cilët FSSHRMV-ja ka nënshkruar kontratë, me përjashtim të atyre zonave të banuara me më pak se tri barnatore të ndryshme, ku numri i vërtetimeve mund të jetë më i vogël se tre;</p>
4.	<p>Фискална сметка од аптеката, со која ФЗОPCM има склучено договор, која го издала лекот во оригинал и копија;</p> <p>Kupon fiskal nga barnatorja, me të cilën FSSHRMV-ja ka nënshkruar kontratë, e cila e ka lëshuar ilaçin në origjinal dhe në kopje;</p>
5.	<p>Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.</p> <p>Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.</p>
A1.	<p>За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга немаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување)</p> <p>Për barnat që lëshohen me recetë në kujdesin shëndetësor parësor (për të siguruar të cilët gjatë shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore nuk kanë paguar kontribut për sigurim të detyrueshëm shëndetësor)</p>
1.	<p>Рецепт, на рецептен образец пропишан согласно Правилникот за начинот на пропишување и издавање на лекови на рецепт донесен од Министерството за здравство, за пропишан лек од избран лекар, лекар замена, дежурен лекар, рурален лекар;</p>



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

	Recetë, në formular me recetë të përshkruar në përputhje me Rregulloren e mënyrës së përshkrimit dhe lëshimit të barnave me recetë të miratuar nga Ministria e Shëndetësisë, për barna të përshkruar nga mjeku амë, zëvendës mjeku, mjeku kujdestar, mjeku rural;
2.	Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗО РСМ има склучено договор, кога лекот е препорачан за понатамошно лекување во домашни услови, односно конзилијарно мислење за лекови, согласно режимот на пропишување на лековите во Листата на лекови, ако се работи за лек утврден со <i>Одлуката за скапи лекови од Листата на лекови што се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита</i> ; Raport nga specialisti/nënspecialisti ose fletëlëshim nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-ja ka nënshkruar marrëveshje, kur bari është rekomanduar për mjekim të mëtejshëm në kushte shtëpiake, gjegjësisht mendim konsiliumi për barna, në përputhje me regjimin për përshkrimin e barnave nga Lista e barnave, nëse bëhet fjalë për bar të përcaktuar me <i>Vendim të barnave të shtrenjta nga Lista e barnave që lëshohen me recete në kujdesin shëndetësor parësor</i> ;
3.	Фискална сметка од аптеката, со која ФЗО РСМ има склучено договор, која го издала лекот во оригинал и копија; Kupon fiskal nga barnatorja me të cilën FSSHRMV-ja ka nënshkruar marrëveshje, e cila e ka lëshuar barin në origjinal ose kopje;
4.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.
A2.	За лекови во ампуларна форма, кои се дел од задолжителната и ургентна ампуларна терапија која треба да ја поседува здравствената установа од примарна здравствена заштита со договор со ФЗО РСМ и во истата е аплицирана на осигуреното лице од страна на избраниот лекар или лекарот замена Për barna në formë ampulash, të cilat janë pjesë e terapisë ampulare të detyrueshme dhe urgjente, të cilën duhet ta zotërojë institucioni shëndetësor nga kujdesi shëndetësor parësor me marrëveshje nga FSSHRMV-ja dhe e njëjta i është aplikuar personit të siguruar nga ana e mjekut амë ose zëvendës mjekut
1.	Налог или рецепт со пропишана терапија со потврда за апликација на лекот од здравствена установа со која Фондот има склучено договор; Urdhëresë ose recetë me terapi të përshkruar me vërtetim të aplikacionit të barit nga institucioni shëndetësor me të cilin Fondi ka nënshkruar marrëveshje;
2.	Фискална сметка од аптеката која го издала лекот во оригинал и копија; Llogari fiskale nga barnatorja e cila e ka lëshuar barin në origjinal dhe në kopje;
3.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.
Б.	За лекови за болничка здравствена заштита Për barna të kujdesit shëndetësor spitalor
1.	Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗО РСМ има склучено договор, со назначена терапија, која осигуреното лице ја набавило со сопствени средства; Raport nga specialisti/nënspecialisti ose fletëlëshim nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-



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

	ja ka nënshkruar marrëveshje, me terapi të caktuar, të cilën personi i siguruar e ka blerë me mjete personale;
2.	Конзилијарно мислење, од здравствена установа со која ФЗОPCM има склучено договор, доколку е потребно согласно режимот на препишување на лекот утврден во Листата на лекови; Mendim konsiliumi, nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-ja ka nënshkruar marrëveshje, nëse është e nevojshme në përputhje me regjimin e përshkrimit të barit të përcaktuar nga Lista e barnave;
3.	Потврда за апликација на лекот ако се работи за лек во ампуларна форма, од здравствена установа со која ФЗОPCM има склучено договор, кој треба да содржи: -во периодот на хоспитализација-датум/период на паликација, факсимил и потпис на лекарот и печат на здравствената установа; -вон периодот на хоспитализација-датум/период на апликација, потпис на осигуреното лице, потпис и факсимил на лекарот и печат на здравствената установа. Vërtetim i aplikimit të barit nëse bëhet fjalë për bar në formë ampulash, nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-ja ka nënshkruar marrëveshje, i cili duhet të përmbajë: -gjatë periudhës së shtrimit në spital – data/periudha e aplikimit, faksimil dhe nënshkrim të mjekut dhe vulë e institucionit shëndetësor; -jashtë periudhës së shtrimit në spital – data/periudha e aplikimit, nënshkrim i të siguarit, nënshkrim dhe faksimil i mjekut dhe vulë e institucionit shëndetësor;
4.	Фискална сметка од аптеката која го издала лекот во оригинал и копија или фактура (оригинал) со доказ за плаќање; Kupon fiskal nga barnatorja e cila e ka lëshuar barin në origjinal dhe kopje ose faturë (origjinal) me dëshmi të pagesës;
5.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.
B.	За лекови набавени со сопствени средства на осигуреното лице од странски земји Për barna të furnizuara me mjete personale të personit të siguruar nga vendet e huaja
1.	Документација наведена во точка А.-За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга имаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување). Dokumentacioni i përmendur në pikën A. – Për barna të cilat lëshohen me recetë në kujdesin shëndetësor parësor (për të siguruar të cilët në periudhën e shfrytëzimit të shërbimit shëndetësor kanë
2.	Документација наведена во точка А1.-За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга немаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување). Dokumentacioni i përmendur në pikën A1. -Për barna të cilat lëshohen me recetë në kujdesin shëndetësor parësor (për të siguruar të cilët, në periudhën e shfrytëzimit të shërbimit shëndetësor, nuk
3.	Документација наведена во точка А2.-За лекови во ампуларна форма, кои се дел од задолжителната и ургентна ампуларна терапија која треба да ја поседува здравствената установа од примарна здравствена заштита со договор со ФЗОPCM и во истата е аплицирана на



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

	осигуреното лице од страна на избраниот лекар или лекарот замена. Dokumentacioni i përmendur në pikën A2.- Për barna në formë ampulash, të cilat janë pjesë e terapisë ampulare të detyrueshme dhe urgjente, të cilën duhet ta zotërojë institucioni shëndetësor i kujdesit shëndetësor parësor me marrëveshje me FSSHRMV-në dhe e njëjta i është aplikuar personit të siguruar nga ana e mjekut amë ose zëvendës mjekut.
4.	Документација наведена во точка Б.-За лекови за болничка здравствена заштита Dokumentacioni i përmendur në pikën B. – Për barna të kujdesit shëndetësor spitalor
5.	За точките 1, 2, 3 и 4 фискалната сметка или фактурата со доказот за плаќање, треба да бидат преведени на македонски јазик од овластен судски преведувач. Për pikat 1, 2, 3 dhe 4, kuponi fiskal ose fatura me dëshmi të pagesës duhet të jenë të përkthyer në gjuhën maqedonase nga përkthyes i autorizuar.

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.

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Shënim: Kjo kërkesë së bashku me dokumentacionin e nevojshëm mund të dorëzohet nga i siguruari edhe nëpërmjet ueb portalit të Fondit dhe i njëjti garanton për vërtetësinë e të dhënave.

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

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës: