



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

Образец на барање P1
Formulari i kërkesës R1

БАРАЊЕ/КËРКЕСË

за надомест (рефундација на средства) за медицински потрошен материјал и/или вградени материјали за време на лекување во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита e kompensimit (rimbursimit të фондеве) të materialeve mjekësore të konsumueshme dhe/ose materiale të vendosura gjatë kohës së trajtimit në kujdesin shëndetësor specialistik-konsultativ dhe spitalor

Од осигуреникот _____ (за член на семејство) _____
 Nga i siguruari _____ (për anëtarin e familjes) _____
 од населено место _____ ул. _____ бр. _____
 ме 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 anëtarit të 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 да ми ги надомести трошоците направени за набавени со сопствени средства медицински потрошни материјали и/или вградени материјали за време на лекувањето во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита.

Кërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal _____, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, të m'i kompensojë shpenzimet e bëra me фонде personale për blerjen e materialeve mjekësore dhe/ose materialeve të vendosura gjatë kohës së trajtimit shëndetësor specialistik-konsultativ dhe spitalor.



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

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Специјалистички извештај/Отпусно писмо (копија) од здравствената установа со која ФЗО РСМ има склучено договор за извршената здравствена услуга;
2. Фискална сметка во оригинал и копија или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање за набавениот медицински потрошен материјал и/или вграден материјал и
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Кërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues:

1. Raport nga specialisti/Fletëlëshim (kopje) nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-ja ka nënshkruar marrëveshje për shërbimin e kryer shëndetësor;
2. Kupon fiskal origjinal dhe kopje ose faturë (origjinale) me vërtetim për pagesë të materialeve mjekësore të konsumueshme të blera dhe/ose materialeve të vendosura dhe
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.

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 parashtrimi:

Подносител на барањето:
Parashtruesi i kërkesës: