



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

Образец на барање Л2  
Formulari i kërkesës M2

**БАРАЊЕ/КËRKESË**

за продолжување на лекување во странство и/или признавање на дополнителни трошоци  
e vazhdimit të mjekimit jashtë vendit dhe/ose vlerësimin të shpenzimeve shtesë

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ (за член на семејство) \_\_\_\_\_  
Nga i siguruar \_\_\_\_\_ (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 (batësit) (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, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми одобри продолжување на лекувањето во странство и/или да ми признае право на дополнителни трошоци за лекувањето во

*(се наведува здравствената установа, градот и државата)*

Кërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, me aktvendim të më miratojë vazhdimin e mjekimit jashtë shtetit dhe/ose të më jepet e drejta e shpenzimeve shtesë për mjekim në

*(shënohet institucioni shëndetësor, qyteti dhe shteti)*



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

Документација која во прилог на барањето ја приложува осигуреното лице:

а) за продолжување на лекувањето:

1. Предлог за продолжување на лекувањето од странската здравствена установа или приватната здравствена установа во РСМ со прилог медицинска документација или отпусно писмо<sup>1)</sup>;

б) за признавање на дополнителни трошоци:

1. Медицински извештај од странската здравствена установа или приватната здравствена установа во РСМ за текот на лекувањето<sup>1)</sup>;  
3. Фактура или сметка за купен лек набавен според предлог во отпусното писмо од странската здравствена установа неопходен за периодот до враќањето во РСМ<sup>1)</sup>;

в) за продолжување на лекувањето и за признавање на дополнителни трошоци:

1. Предлог за продолжување на лекувањето од странската здравствена установа или приватната здравствена установа во РСМ со прилог медицинска документација или отпусно писмо<sup>1)</sup>;  
2. Фактура со доказ за лично плаќање на дополнителните трошоци<sup>1)</sup>;  
3. Фактура или сметка за купен лек набавен според предлог во отпусното писмо од странската здравствена установа неопходен за периодот до враќањето во РСМ<sup>1)</sup>;

Dokumentacioni të cilin i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:

а) për vazhdim të mjekimit:

1. Propozimi i vazhimit të mjekimit nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni privat i huaj në RMV me dokumentacion mjekësor ose fletëlëshim<sup>1)</sup>;

б) për vlerësim të shpenzimeve shtesë:

1. Raporti mjekësor nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni shëndetësor privat në RMV për periudhën e mjekimit<sup>1)</sup>;  
2. Faturë me dëshmi për pagesë personale të shpenzimeve shtesë<sup>1)</sup>;  
3. Faturë ose llogari për barin e furnizuar sipas propozimit në fletën e lëshimit nga institucioni i huaj shëndetësor, i domosdoshëm për periudhën deri në momentin e kthimit në RMV<sup>1)</sup>;

с) për vazhdim të mjekimit dhe për vlerësim të shpenzimeve shtesë:

1. Propozimi i vazhimit të mjekimit nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni privat shëndetësor në RMV me dokumentacion mjekësor të bashkëngjitur ose fletëlëshim<sup>1)</sup>;  
2. Faturë me dëshmi për pagesë personale të shpenzimeve shtesë<sup>1)</sup>;  
3. Faturë ose llogari për barin e furnizuar sipas propozimit në fletën e lëshimit nga institucioni i huaj shëndetësor, i domosdoshëm për periudhën deri në momentin e kthimit në RMV<sup>1)</sup>.



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

Документација која ФЗО РСМ може да ја обезбеди по службена должност:

1. Профактура за дополнителните трошоци од странска здравствена установа или приватна здравствена установа во РСМ.

Dokumentacion të cilin FSSHRMV-ja mund ta sigurojë sipas detyrës zyrtare:

1. Faturë e përkohshme e shpenzimeve shtesë nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni privat shëndetësor në RMV.

*<sup>1)</sup>Документацијата од странската здравствена установа задолжително се доставува со превод на македонски јазик од овластен преведувач.*

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

*<sup>1)</sup> Dokumentacioni nga institucioni i huaj shëndetësor detyrimisht dorëzohet me përkthim në gjuhën maqedonase nga përkthyes i autorizuar.*

*E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut t' i shfrytëzojë të dhënat e paraqitura në kërkesë dhe ta kërkojë dokumentin në emrin tim.*

*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 parashtrimt:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës: