



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

Образец на барање P4
Formulari i kërkesës R4

БАРАЊЕ/КËРКЕСË

за надомест (рефундација на средства) за ортопедски и други помагала
e kompensimit (rimbursimit të mjeteve) të pajisjeve ortopedike dhe të pajisjeve të tjera

Од осигуреникот _____ (за член на семејство) _____
Nga i siguruarit _____ (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 sigurvearit (bartësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të sigurvearit																					
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот) NVAQ i të sigurvearit (i anëtarit të familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të sigurvearit (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 ги надомести средствата потрошени за набавени ортопедски и други помагала од Списокот на ортопедски и други помагала.

Кërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal _____, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, me aktvendim të m'i kompensojë shpenzimet e bëra për блерjen e pajisjeve ортопедике dhe të pajisjeve të tjera nga Lista e pajisjeve ортопедике dhe e pajisjeve të tjera.



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. Потврда за потреба од ортопедско помагало (соодветна за помагалото), заверена во Подрачната служба во која е осигурен осигуреникот носител на осигурувањето;
2. Фискална сметка во оригинал и копија или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање на ортопедското или друго помагало и
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Kërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues:

1. Vërtetim i nevojës për pajisje ortopedike (i përshtatshëm për pajisjen) i verifikuar në Shërbimin rajonal ku është siguruar personi;
2. Kupon tatimor në origjinal dhe kopje ose faturë (në origjinal) me dëshmi të pagesës së pajisjes ortopedike ose pajisjeve të tjera;
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: