Образец на барање **НП**

БАРАЊЕ

за надомест (рефундација на средства) за пружени здравствени услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита врз основа на платен придонес за здравствено осигурување

Од осигуреникот _____ (за член на семејство _____) од населено место_____ ул._____бр._____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација	- -
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести трошоците направени за пружени здравствени услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита, платени со сопствени средства поради неплатен придонес за здравствено осигурување во периодот на нивното користење.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Извештај од специјалист/субспецијалист или Отпусно писмо (копија) од здравствената установа со која ФЗОМ има склучено договор за извршената здравствена услуга;
2. Пресметка од здравствената установа која ја пружила здравствената услуга;
3. 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

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.
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.

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____