Образец на барање **Л2**

БАРАЊЕ

за продолжување на лекување во странство
и/или признавање на дополнителни трошоци

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, 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)

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 РМ со прилог медицинска документација или отпусно писмо[1)];

б) за признавање на дополнителни трошоци:

1.Медицински извештај од странската здравствена установа или приватната здравствена установа во РМ за текот на лекувањето[1)];

2.Фактура со доказ за лично плаќање на дополнителните трошоци[1)];

3.Фактура или сметка за купен лек набавен според предлог во отпусното писмо од странската здравствена установа неопходен за периодот до враќањето во РМ[1)];

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 РМ со прилог медицинска документација или отпусно писмо[1)];

2.Фактура со доказ за лично плаќање на дополнителните трошоци[1)];

3.Фактура или сметка за купен лек набавен според предлог во отпусното писмо од странската здравствена установа неопходен за периодот до враќањето во РМ[1)];

Документација која ФЗОМ може да ја обезбеди по службена должност:

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

[1)]***Документацијата од странската здравствена установа задолжително се доставува со превод на македонски јазик од овластен преведувач.***

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

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

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____