Образец на барање **ЛЗ**

БАРАЊЕ
за надомест на средства за извршени здравствени услуги во странство - итен случај

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 направените трошоци за извршени здравствени услуги за време на престојот во _____

(се наведува здравствената установа, градот и државата)

во периодот од _____ до _____ година.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. медицинска документација за извршените здравствени услуги во странство преведена од овластен преведувач;
2. сметки/фактури со доказ за плаќање за платените здравствени услуги преведени од овластен преведувач;
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

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____