



# ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање **MP1**

## БАРАЊЕ

за право на специјализирана медицинска рехабилитација

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																				

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на користење на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување во здравствената установа \_\_\_\_\_.

**Кон барањето ја приложувам следната документација:**

- отпусно писмо за завршено болничко лекување од здравствената установа, со која ФЗОМ има склучен договор, каде е извршено болничкото лекување, односно специјалистички извештај од соодветната болничка установа во која се наоѓале на болничко, односно амбулантско лекување, ако се работи за церебрална парализа кај деца до 14 годишна возраст;
- конзилијарно мислење од соодветна болничка здравствена установа во која се лекувало осигуреното лице;
- наод, оценка и мислење од Лекарската комисија<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> за осигурениците надвор од Скопје ФЗОМ по службена должност го обезбедува документот.

**Напомена:** Правото на специјализирана медицинска рехабилитација се остварува во рок од 1 месец по завршеното болничко лекување, односно во рок од 1 месец по неопходен контролен преглед, односно во рок од 3 месеци по прележан инфаркт на срцето, хируршка интервенција на срцето и сите хируршки зафати на градниот кош со респираторна патологија. Медицинската рехабилитација треба да започне најдоцна 2 месеци од добивањето на решението на ФЗОМ.

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: \_\_\_\_\_