

# ПРАВО НА СПЕЦИЈАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

**Институција што го издава документот:** Фонд за здравствено осигурување на РМ.

**Опис:** 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.

## **Потребна документација:**

1. Образец на барање МР1 (на шалтер);
2. 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;
3. Конзилијарно мислење од соодветна болничка здравствена установа во која се лекувало осигуреното лице;
4. Наод, оценка и мислење од Лекарската комисија - *(за осигурениците надвор од Скопје ФЗОМ по службена должност го обезбедува документот).*

**Барањето – Образецот МР1** се пополнува во два идентични примерока, на кои се втиснува приемен штембил со број и датум од страна на архиварот. Едниот примерок со документите во прилог го задржува Архивата на Подрачната служба на ФЗОМ, а другиот примерок го задржува подносителот на барањето.

**ВАЖНО:**Кон едниот примерок од Барањето - **Образец** МР1 во прилог се доставува дел од или целодокументација наведена во образецот, и тоа задолжително се означува документацијата која се доставува со заокружување на редниот број пред називот на документацијата. Какодокументацијата под реден број 1 се доставува една од наведените алтернативи задокументација (отпусно писмо или специјалистички извештај). На крајот, на празните линии, се впишува местото и датумот на поднесување на барањето и потписот на подносителот на барањето



## БАРАЊЕ

**за право на специјализирана медицинска рехабилитација**

[illegible]

**Кон барањето ја приложувам следната документација:**

- 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: