



БАРАЊЕ

за ослободување од партиципација

Од осигуреникот _____
(за член на семејство _____) од населено
место _____ Ул. _____ бр. _____
телефон _____.

[illegible]

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ме ослободи од натамошно учество во трошоците на здравствени услуги (односно да ми се врати повеќе платеното учество).

Кон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи):

1. Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и;
2. Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата;
3. Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и;
4. Доказ за вкупните **месечни** примања на осигуреникот-носител на здравствено осигурување и членовите на семејството (примања од плати, пензии, вршење на дејност и сл.);
5. Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)¹;
6. **Лична карта за осигуреници над 65 години (копија);**
7. Копие од потписан картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот.

¹ Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото паѓаат на товар на осигуреникот.

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето: