Надомест на средства за искористени здравствени услуги во странство-итен случај

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

Опис: Осигурени лица кои привремено престојуваат во странство (било во земјисо кои државата има склучено дооговор за социјално осигурување, или биле во земји сокои државата нема таков договор), а се нашле во случај да користат итнамедицинска помош неопходна за отстранување на непосредна опасност поживотот и здравјето, веднаш по завршување на итноста се земјата должни да севратат во И да ГО продолжат лекувањето.Правото на надоместок на вака платените здравствени услуги се остваруваатсо користење на образец на барање Л 3, за лекување во странство (итенслучај).

Потребна документација:

- 1. медицинска документација за извршените здравствени услуги во странство преведена одовластен преведувач;
- **2.** сметки/фактури со доказ за плаќање за платените здравствени услуги преведени од овластенпреведувач;
- 3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

ВАЖНО:Кон едниот примерок од Барањето - образец Л3 во прилог се доставува документацијатанаведена во образецот.На крајот, на празните линии, се впишува местото и датумот на поднесување на барањето, ипотписот на подносителот на барањето.



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање <u>Л3</u>

БАРАЊЕ

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

Од осигуреникот						(за) од населено бр телефон			
Број на здравствена легитимација			-					-	
ЕМБГ на осигуреникот (носител)									
(или) Единствен здравствен број на осигуреникот								٦	
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство)									
(или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)									
Вработен во/осигурен преку						7	1		L
Број на трансакциска сметка									
извршени здравствени услуги за вр <i>(се наведува здравствената установа, град</i> во периодот од до година	от и др		на ата)		пр	естој	J1		во
 Кон барањето ја приложувам следната документација: медицинска документација за извршените здравствен овластен преведувач; сметки/фактури со доказ за плаќање за платените здра преведувач; Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барање Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и по користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци 	вствен то датоци	и у	слугі члено	и пр	евед	ени о	од О	власт	ген а се
Место и датум на поднесување:	Под	цнос	ител	на б	баран	ьето:			