## 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 болничколекување, 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 MP1** се пополнува во два идентични примерока, на кои се втиснуваприемен штембил со број и датум од страна на архиварот. Едниот примерок со документите воприлог го задржува Архивата на Подрачната служба на ФЗОМ, а другиот примерок го задржуваподносителот на барањето.

**ВАЖНО:**Кон едниот примерок од Барањето - **Образец** MP1 во прилог се доставува дел од или целадокументација наведена во образецот, и тоа задолжително се означува документацијатакоја 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



# ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање MP1

# БАРАЊЕ

### за право на специјализирана медицинска рехабилитација

Од осигуреникот			_				семејство
							•
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		1				١	
основа на приложената документација кон барањето со решен специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено бол  Кон барањето ја приложувам следната документација:  1. отпусно писмо за завршено болничко лекување од здравсти договор, каде е извршено болничкото лекување, односно болничка установа во која се наоѓале на болничко, однос церебрална парализа кај деца до 14 годишна возраст;  2. конзилијарно мислење од соодветна болничка здравствена лице;  3. наод, оценка и мислење од Лекарската комисија <sup>1)</sup> .  13 за осигурениците надвор од Скопје ФЗОМ по службена должност го обезбедува	пничко вената о специ но амб	леку устан іјалис улант	вање пова, стички тско ј	во з со ко и из пеку	оја Ф вешта вање,	3ОМ ај од ако	ата установа  има склучен  соодветната се работи за
Напомена: Правото на специјализирана медицинска рехабилитација се оство лекување, односно во рок од 1 месец по неопходен контролен преглед, односно в хируршка интервенција на срцето и сите хируршки зафати на градниот кош со медицинската рехабилитација треба да започне најдоцна 2 месеци од добивање 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	го рок од респира то на ре	3 мес торна шение те за	еци по патол то на членог	прел 10гија <b>Ф3О</b> л вите	п <b>ежан</b> а. <b>М.</b> на мо	<i>инфар</i> рето се	окт на срцето, емејство да се
Место и датум на поднесување: ————————————————————————————————————	По,	цноси	ител і	на б	арањ	ето:	_/