

# СЛУЖБЕН ВЕСНИК

## на Република Северна Македонија

Број 83

30 март 2020, понеделник

година LXXVI

[www.slvesnik.com.mk](http://www.slvesnik.com.mk)

[contact@slvesnik.com.mk](mailto:contact@slvesnik.com.mk)



### СОДРЖИНА

|                                                                                                                    | Стр. |                                                                                                                                                                                                                  | Стр. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1280. <b>Одлука</b> за користење на повластена тарифа на електрична енергија .....                                 | 2    | 1285. <b>Одлука</b> за дополнување на Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство .....                         | 5    |
| 1281. <b>Одлука</b> за користење на повластена тарифа на електрична енергија .....                                 | 2    |                                                                                                                                                                                                                  |      |
| 1282. <b>Одлука</b> за утврдување на највисоки малопродажни цени на нафтените деривати и горива за транспорт ..... | 3    | 1286. <b>Одлука</b> за дополнување на Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување..... | 25   |
| 1283. <b>Решение</b> за стекнување на статус на повластен производител .....                                       | 4    | <b>Огласен дел</b> .....                                                                                                                                                                                         | 1-56 |
| 1284. <b>Решение</b> за стекнување на статус на повластен производител .....                                       | 4    |                                                                                                                                                                                                                  |      |

## РЕГУЛАТОРНА КОМИСИЈА ЗА ЕНЕРГЕТИКА И ВОДНИ УСЛУГИ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА 1280.

Врз основа на член 24, став (1) точка 1) алинеја 18 и член 191 став (10) од Законот за енергетика\* („Службен весник на Република Македонија“ бр.96/18 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр.96/19) и член 16 од Правилникот за повластени производители коишто користат повластена тарифа („Службен Весник на Република Северна Македонија“ бр. 116/19), Регулаторната комисија за енергетика и водни услуги на Република Северна Македонија на седницата одржана на 26 март 2020 година, донесе

### О Д Л У К А ЗА КОРИСТЕЊЕ НА ПОВЛАСТЕНА ТАРИФА НА ЕЛЕКТРИЧНА ЕНЕРГИЈА

1. На Друштвото за производство на електрична енергија АКТУЕЛ ЕНЕРЏИ ГРУП ДОО Скопје, му се одобрува користење на повластена тарифа на електрична енергија произведена од хидроелектроцентралата „МХЕЦ КРАПСКА со реф.бр.45“.

2. Податоци за носителот на оваа одлука:

- назив и седиште: Друштво за производство на електрична енергија АКТУЕЛ ЕНЕРЏИ ГРУП ДОО Скопје, со седиште на ул. Борис Трајковски бр. 198А, Скопје-Кисела Вода.

3. Податоци за електроцентралата:

- единствен регистарски број на електроцентралата: PP-SH-219,

- назив на електроцентралата: хидроелектроцентрала „МХЕЦ КРАПСКА со реф.бр.45“,

- податоци за локација на електроцентралата: на КП бр. 172 и 173, КО Крапа, општина Македонски Брод,

- инсталирана моќност на електроцентралата: 693 kW (една генераторска единица со моќност од 693 kW) и

- планирано годишно производство на електрична енергија од електроцентралата: 2.117.461 kWh.

4. Повластениот производител ќе ја користи повластена тарифа која што важела на денот на донесување на решението за стекнување на привремен статус на повластен производител на електрична енергија произведена од обновливи извори на енергија за хидроелектроцентралата „МХЕЦ КРАПСКА со реф.бр.45“, УП1 бр. 08-45/16 од 14 јули 2016 година, односно се одобрува користење на повластените тарифи за одделните блокови, според следната табела:

| Блок | Количина на испорачана електрична енергија по блокови (kWh) | Повластена тарифа за испорачаната електрична енергија по блокови (€€/kWh) |
|------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| I    | ≤ 85.000                                                    | 12,00                                                                     |
| II   | > 85.000 и ≤ 170.000                                        | 8,00                                                                      |
| III  | > 170.000 и ≤ 350.000                                       | 6,00                                                                      |
| IV   | > 350.000 и ≤ 700.000                                       | 5,00                                                                      |
| V    | > 700.000                                                   | 4,50                                                                      |

5. Користењето на повластената тарифа од точка 4 на оваа одлука ќе трае 20 години започнувајќи со денот на влегувањето во сила на оваа одлука.

6. Оваа одлука да се достави до барателот, Министерството за економија, Министерството за животна средина и просторно планирање, Агенцијата за енергетика на Република Северна Македонија, операторот на пазарот на електрична енергија и операторот на електродистрибутивниот систем.

7. Оваа одлука влегува во сила седмиот ден од денот на донесувањето и се објавува во „Службен весник на Република Северна Македонија“ и на веб страницата на Регулаторната комисија за енергетика и водни услуги на Република Северна Македонија.

УП1 бр. 08-23/20  
26 март 2020 година  
Скопје

Претседател,  
Марко Бислимоски, с.р.

### 1281.

Врз основа на член 24, став (1) точка 1) алинеја 18 и член 191 став (10) од Законот за енергетика\* („Службен весник на Република Македонија“ бр.96/18 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр.96/19) и член 16 од Правилникот за повластени производители коишто користат повластена тарифа („Службен Весник на Република Северна Македонија“ бр. 116/19), Регулаторната комисија за енергетика и водни услуги на Република Северна Македонија на седницата одржана на 26 март 2020 година, донесе

### О Д Л У К А ЗА КОРИСТЕЊЕ НА ПОВЛАСТЕНА ТАРИФА НА ЕЛЕКТРИЧНА ЕНЕРГИЈА

1. На Друштвото за производство, трговија и услуги МХЕ ТОПОЛКИ ДОО Скопје, му се одобрува користење на повластена тарифа на електрична енергија произведена од хидроелектроцентралата „МХЕЦ Тополка со реф. бр. 316“.

2. Податоци за носителот на оваа одлука:

- назив и седиште: Друштво за производство, трговија и услуги МХЕ ТОПОЛКИ ДОО Скопје, со седиште на бул. Свети Климент Охридски бр.30, Скопје-Центар.

3. Податоци за електроцентралата:

- единствен регистарски број на електроцентралата: PP-SH-207,

- назив на електроцентралата: хидроелектроцентрала „МХЕЦ Тополка со реф. бр. 316“,

- податоци за локација на електроцентралата: на КП бр.590/4, КО Дреново, општина Чашка,

- инсталирана моќност на електроцентралата: 2880 kW (една генераторска единица со моќност од 2880 kW),

- планирано годишно производство на електрична енергија од електроцентралата: 8.424.000 kWh.

4. Повластениот производител ќе ја користи повластена тарифа која што важела на денот на донесување на решението за стекнување на привремен статус на повластен производител на електрична енергија произведена од обновливи извори на енергија за хидроелектроцентралата „МХЕЦ Тополка со реф. бр. 316“, УП1 бр. 08-136/15 од 20.10.2015 година, односно се одобрува користење на повластените тарифи за одделните блокови, според следната табела:

| Блок | Количина на испорачана електрична енергија по блокови (kWh) | Повластена тарифа за испорачаната електрична енергија по блокови (€€/kWh) |
|------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| I    | ≤ 85.000                                                    | 12,00                                                                     |
| II   | > 85.000 и ≤ 170.000                                        | 8,00                                                                      |
| III  | > 170.000 и ≤ 350.000                                       | 6,00                                                                      |
| IV   | > 350.000 и ≤ 700.000                                       | 5,00                                                                      |
| V    | > 700.000                                                   | 4,50                                                                      |

5. Користењето на повластената тарифа од точка 4 на оваа одлука ќе трае 20 години започнувајќи со денот на влегувањето во сила на оваа одлука.

6. Оваа одлука да се достави до барателот, Министерството за економија, Министерството за животна средина и просторно планирање, Агенцијата за енергетика на Република Северна Македонија, операторот на пазарот на електрична енергија и операторот на електродистрибутивниот систем.

7. Оваа одлука влегува во сила седмиот ден од денот на донесувањето и се објавува во „Службен весник на Република Северна Македонија“ и на веб страницата на Регулаторната комисија за енергетика и водни услуги на Република Северна Македонија.

УПІ бр. 08-27/20  
26 март 2020 година  
Скопје

Претседател,  
Марко Бислимоски, с.р.

## 1282.

Врз основа на член 24, став (1), точка 1), алинеја 16 и член 149 од Законот за енергетика\* („Службен весник на Република Македонија“ бр. 96/2018 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 96/2019) и член 8 од Правилникот за формирање на највисоки малопродажни цени на одделни нафтени деривати и горива за транспорт („Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 103/2019 и 212/2019), Регулаторната комисија за енергетика и водни услуги на Република Северна Македонија, на седницата одржана на 30.3.2020 година, донесе

### ОДЛУКА ЗА УТВРДУВАЊЕ НА НАЈВИСОКИ МАЛОПРОДАЖНИ ЦЕНИ НА НАФТЕНИТЕ ДЕРИВАТИ И ГОРИВА ЗА ТРАНСПОРТ

#### Член 1

(1) Највисоките малопродажни цени на нафтените деривати и горива за транспорт, изнесуваат:

|                                           |   |                          |
|-------------------------------------------|---|--------------------------|
| - Моторен бензин – ЕУРОСУПЕР БС - 95      | - | 48,50 (денари/литар)     |
| - Моторен бензин – ЕУРОСУПЕР БС - 98      | - | 50,50 (денари/литар)     |
| - Дизел гориво – ЕУРОДИЗЕЛ БС (Д-Е V)     | - | 46,00 (денари/литар)     |
| - Масло за горење – Екстра лесно 1 (ЕЛ-1) | - | 35,00 (денари/литар)     |
| - Мазут М-1 НС                            | - | 18,891 (денари/килограм) |

(2) Трговците на големо и трговците на мало со нафтени деривати и горива за транспорт можат да ги формираат цените на одделни нафтени деривати и горива за транспорт и пониско од највисоките цени утврдени од став (1) од овој член.

(3) Највисоките малопродажни цени формирани согласно став (1) на овој член, освен цената за мазутот М-1 НС, важат франко пумпна станица, а цената на мазутот М-1 НС важи франко склад на трговец на големо со нафтени деривати и горива за транспорт во земјата.

(4) Во највисоките малопродажни цени формирани согласно овој член содржан е данокот на додадена вредност согласно Законот за данокот за додадена вредност.

#### Член 2

(1) Во највисоките малопродажни цени на нафтените деривати и горива за транспорт утврдени со членот 1 од оваа одлука, содржани се и највисоките набавни цени, кои изнесуваат:

|                                      |   |                       |
|--------------------------------------|---|-----------------------|
| - Моторен бензин – ЕУРОСУПЕР БС - 95 | - | 11,820 (денари/литар) |
| - Моторен бензин – ЕУРОСУПЕР БС - 98 | - | 13,627 (денари/литар) |

|                                           |   |                          |
|-------------------------------------------|---|--------------------------|
| - Дизел гориво – ЕУРОДИЗЕЛ БС (Д-Е V)     | - | 17,028 (денари/литар)    |
| - Масло за горење – Екстра лесно 1 (ЕЛ-1) | - | 16,590 (денари/литар)    |
| - Мазут М-1 НС                            | - | 14,119 (денари/килограм) |

#### Член 3

Во највисоките малопродажни цени утврдени со членот 1 од оваа одлука, содржан е надоместок за трошоци за работење преку склад и трговска маржа, кој за Еуросупер БС-95, Еуросупер БС-98 и за Еуродизел БС (Д-Е V) е во износ од 5,600 денари/литар, за Екстра лесно 1 (ЕЛ-1) е во износ од 5,661 денари/литар, додека за мазутот М-1 НС надоместокот е во износ од 1,00 денар/килограм.

#### Член 4

Во највисоките малопродажни цени утврдени со членот 1 од оваа одлука, со исклучок за мазутот М-1 НС, содржан е надоместокот за транспортни трошоци од склад до бензински станици во износ од 0,75 денари/литар за сите нафтени деривати.

#### Член 5

Во највисоките малопродажни цени утврдени со членот 1 од оваа одлука содржан е надоместокот за финансирање на активностите во областа на животната средина кои согласно член 184 став 2 алинеја 2 од Законот за животната средина го плаќаат обврзниците утврдени со овој закон и тоа:

|                                           |   |                         |
|-------------------------------------------|---|-------------------------|
| - Моторен бензин – ЕУРОСУПЕР БС - 95      | - | 0,080 (денари/литар)    |
| - Моторен бензин – ЕУРОСУПЕР БС - 98      | - | 0,080 (денари/литар)    |
| - Дизел гориво – ЕУРОДИЗЕЛ БС (Д-Е V)     | - | 0,030 (денари/литар)    |
| - Масло за горење – Екстра лесно 1 (ЕЛ-1) | - | 0,040 (денари/литар)    |
| - Мазут М-1 НС                            | - | 0,050 (денари/килограм) |

#### Член 6

Во највисоките малопродажните цени утврдени со членот 1 од оваа одлука содржан е надоместокот за задолжителни резерви на нафта и нафтени деривати кои согласно член 24 став (3) од Законот за задолжителни резерви на нафта и нафтени деривати го плаќаат обврзниците утврдени со овој закон при увоз и/или производство на нафтени деривати и тоа:

|                                           |   |                         |
|-------------------------------------------|---|-------------------------|
| - Моторен бензин – ЕУРОСУПЕР БС - 95      | - | 0,890 (денари/литар)    |
| - Моторен бензин – ЕУРОСУПЕР БС - 98      | - | 0,890 (денари/литар)    |
| - Дизел гориво – ЕУРОДИЗЕЛ БС (Д-Е V)     | - | 0,300 (денари/литар)    |
| - Масло за горење – Екстра лесно 1 (ЕЛ-1) | - | 0,300 (денари/литар)    |
| - Мазут М-1 НС                            | - | 0,740 (денари/килограм) |

#### Член 7

Во највисоките малопродажните цени утврдени со членот 1 од оваа одлука акцизите кои ги плаќаат обврзниците согласно член 92 ставови (3) и (7) од Законот за акцизите, изнесуваат и тоа:

|                                       |   |                       |
|---------------------------------------|---|-----------------------|
| - Моторен бензин – ЕУРОСУПЕР БС - 95  | - | 21,962 (денари/литар) |
| - Моторен бензин – ЕУРОСУПЕР БС - 98  | - | 21,850 (денари/литар) |
| - Дизел гориво – ЕУРОДИЗЕЛ БС (Д-Е V) | - | 15,275 (денари/литар) |

- Масло за горење -  
 Екстра лесно 1 (ЕЛ-1) - 6,320 (денари/литар)  
 - Мазут М-1 НС - 0,100 (денари/килограм)

## Член 8

Оваа одлука влегува во сила со денот на донесувањето, а ќе отпочне да се применува од 00:01 часот на 31.03.2020 година и истата ќе се објави во „Службен весник на Република Северна Македонија“ и на веб-страницата на Регулаторната комисија за енергетика и водни услуги на Република Северна Македонија.

Бр. 02-897/1  
 30 март 2020 година  
 Скопје

Претседател,  
**Марко Бислимоски, с.р.**

## 1283.

Врз основа на член 24, став (1) точка 1) алинеја 21 и член 191 став (10) од Законот за енергетика („Службен весник на Република Македонија“ бр.96/18 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр.96/19) и член 16 од Правилникот за повластени производители коишто користат повластена тарифа („Службен Весник на Република Северна Македонија“ бр. 116/19), Регулаторната комисија за енергетика и водни услуги на Република Северна Македонија на седницата одржана на 26 март 2020 година, донесе

### РЕШЕНИЕ ЗА СТЕКНУВАЊЕ НА СТАТУС НА ПОВЛАСТЕН ПРОИЗВОДИТЕЛ

1. На Друштвото за производство на електрична енергија АКТУЕЛ ЕНЕРГИ ГРУП ДОО Скопје, му се издава решение за стекнување на статус на повластен производител за хидроелектроцентралата „МХЕЦ КРАПСКА со реф.бр.45“.

2. Податоци за носителот на решението:

- назив и седиште: Друштво за производство на електрична енергија АКТУЕЛ ЕНЕРГИ ГРУП ДОО Скопје, со седиште на ул. Борис Трајковски бр. 198А, Скопје-Кисела Вода.

3. Податоци за хидроцентралата:

- единствен регистарски број на електроцентралата: PP-SH-219,

- назив на електроцентралата: хидроелектроцентра-  
 ла „МХЕЦ КРАПСКА со реф.бр.45“,

- податоци за локација на електроцентралата: на КП бр. 172 и 173, КО Крапа, општина Македонски Брод.

- инсталирана моќност на електроцентралата: 693 kW (една генераторска единица со моќност од 693 kW),

- планирано годишно производство на електрична енергија од електроцентралата: 2.117.461 kWh.

4. Ова решение престанува да важи на 2 април 2040 година.

5. Ова решение да се достави до барателот, Министерството за економија, Министерството за животна средина и просторно планирање, Агенцијата за енергетика на Република Северна Македонија, Операторот на пазарот на електрична енергија и Операторот на електродистрибутивниот систем.

6. Ова решение влегува во сила седмиот ден од денот на донесувањето и се објавува во „Службен весник на Република Северна Македонија“ и на веб-страницата на Регулаторната комисија за енергетика и водни услуги на Република Северна Македонија.

УП1 бр. 08-22/20  
 26 март 2020 година  
 Скопје

Претседател,  
**Марко Бислимоски, с.р.**

## 1284.

Врз основа на член 24, став (1) точка 1) алинеја 21 и член 191 став (10) од Законот за енергетика\* („Службен весник на Република Македонија“ бр.96/18 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр.96/19) и член 16 од Правилникот за повластени производители коишто користат повластена тарифа („Службен Весник на Република Северна Македонија“ бр. 116/19), Регулаторната комисија за енергетика и водни услуги на Република Северна Македонија на седницата одржана на 26 март 2020 година, донесе

### РЕШЕНИЕ ЗА СТЕКНУВАЊЕ НА СТАТУС НА ПОВЛАСТЕН ПРОИЗВОДИТЕЛ

1. На Друштвото за производство, трговија и услуги МХЕ ТОПОЛКИ ДОО Скопје, му се издава решение за стекнување на статус на повластен производител за хидроелектроцентралата „МХЕЦ Тополка со реф. бр. 316“.

2. Податоци за носителот на решението:

- назив и седиште: Друштво за производство, трговија и услуги МХЕ ТОПОЛКИ ДОО Скопје, со седиште на бул. Свети Климент Охридски бр.30, Скопје-Центар.

3. Податоци за електроцентралата:

- единствен регистарски број на електроцентралата: PP-SH-207,

- назив на електроцентралата: хидроелектроцентра-  
 ла „МХЕЦ Тополка со реф. бр. 316“,

- податоци за локација на електроцентралата: на КП бр.590/4, КО Дреново, општина Чашка,

- инсталирана моќност на електроцентралата: 2880 kW (една генераторска единица со моќност од 2880 kW) и

- планирано годишно производство на електрична енергија од електроцентралата: 8.424.000 kWh.

4. Ова решение престанува да важи на 2 април 2040 година.

5. Ова решение да се достави до барателот, Министерството за економија, Министерството за животна средина и просторно планирање, Агенцијата за енергетика на Република Северна Македонија, Операторот на пазарот на електрична енергија и операторот на електродистрибутивниот систем.

6. Ова решение влегува во сила седмиот ден од денот на донесувањето и се објавува во „Службен весник на Република Северна Македонија“ и на веб-страницата на Регулаторната комисија за енергетика и водни услуги на Република Северна Македонија.

УП1 бр. 08-28/20  
 26 март 2020 година  
 Скопје

Претседател,  
**Марко Бислимоски, с.р.**



## ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

### 1285.

Врз основа на член 30 и член 56 став 1 точка 3 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 91/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 97/2014, 112/2014, 113/2014, 188/2014, 20/2015, 61/2015, 98/2015, 129/2015, 150/2015, 154/2015, 192/2015, 217/2015, 27/2016, 37/2016, 120/2016, 142/2016 и 171/2017 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ број 275/2019), член 1 став 3, член 2 став 2 и член 6 став 1 и 2 од Законот за употреба на јазиците („Службен весник на Република С. Македонија“ број 7/2019) и член 43 од Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство („Службен весник на Република Македонија“ број 88/2013, 48/2015, 68/2015, 211/2015, 107/2016 и 158/2016), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија на седницата одржана на 31 јануари 2020 година, донесе

### О Д Л У К А

#### ЗА ДОПОЛНУВАЊЕ НА ОДЛУКАТА ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ОБРАСЦИТЕ ПРЕДВИДЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА НАЧИНОТ НА КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ НА ОСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА ВО СТРАНСТВО

##### Член 1

Во Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за начинот на користење на здравствени услуги на осигурените лица во странство („Службен весник на Република Македонија“ број 133/2011, 53/2012, 18/2013, 88/2013, 91/2013 и 138/2013, 186/2013, 89/2014 и 145/2014, 48/2015, 139/2016 и 158/2016), по членот 2 се додава нов член 2-а кој гласи:

„Со оваа Одлука се утврдуваат и обрасци согласно одредбите од Законот за употреба на јазиците и тоа:“

1. Образец на барање Л1 – за болничко лекување во странство/Formulari i kërkesës M1– e mjekimit spitalor në shtet të huaj;

2. Образец на барање Л2 – за продолжување на лекување во странство и /или признавање на дополнителни трошоци/Formulari i kërkesës M2– e vazhdimet të mjekimit jashtë vendit dhe/ose vlerësimit të shpenzimeve shtesë;

3. Образец на барање Л3 – за надомест на средства за извршени здравствени услуги во странство – итен случај/Formulari i kërkesës M3 – e kompensimit të mjeteve të shërbimeve mjekësore të kyera në shtet të huaj – rast urgent;

4. Образец на барање Л4 – за контролен преглед во странство по извршено болничко лекување во странство на товар на ФЗОМ/ Formulari i kërkesës M4– e ekzhaminimit jashtë shtetit pas mjekimit të kryer shëndetësor jashtë shtetit, që i heq FSSHRMV-ja;

5. Образец на барање Л5 – за надомест на средства за пренос на умрено лице при болничко лекување во странство на товар на ФЗОМ/ Formulari i kërkesës M5– e kompensimit të mjeteve për bartjen e të ndjerit gjatë shërimit mjekësor jashtë vendit, që i heq FSSHRMV-ja;

6. Образец на барање Д1 – за издавање на двојазичен образец за работници упатени на привремена работа во држава со која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување/ Formulari i kërkesës D1 – e lëshimit të formularit dygjuhësh për punëtorët e dërguar në punë të përkohshme në shtetin me të cilin Republika e Maqedonisë së Veriut ka nënshkruar (marrë përsipër) marrëveshje sigurimi social;

7. Образец на барање ПП1 – за издавање на двојазичен образец за осигурување на право на здравствено осигурување за време на привремен престој (приватно или службено патување, студентски престој, школување, стручно усовршување, престој во врска меѓународна – техничка, научна и културна соработка и слично) во држава со која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување/ Formulari i kërkesës QP1 e dhënies së formularit dygjuhësh për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përkohshëm (udhëtim privat ose udhëtim pune, qëndrim studentor, arsimim, trajnim profesional, qëndrim në lidhje me bashkëpunimin ndërkombëtar - teknik, shkencor dhe kulturor etj.) në shtetin me të cilin RMV-ja ka nënshkruar (marrë përsipër) marrëveshje sigurimi shëndetësor;

8. Образец на барањеПП4/1 – за издавање на двојазичен образец за престанок на претходно дадено право на здравствено осигурување за време на постојан престој(живеење) во држава во која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување/ Formulari i kërkesës QP4/1- e lëshimit të formularit dygjuhësh për ndërprerjen e së drejtës së mëparshme të sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në shtetin me të cilin RMV-ja ka lidhur marrëveshje sigurimi social;

9. Образец на барање ПП4 – за издавање на двојазичен образец за остварување на право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во држава со која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување/ Formulari i kërkesës QP4- e lëshimit të formularit dygjuhësh për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në shtetin me të cilin RMV-ja ka nënshkruar (marrë përsipër) Kontratë sigurimi social.

Обрасците од ставот 1 се составен дел на оваа одлука.

##### Член 2

Оваа одлука влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Северна Македонија“.

Бр.02-5833/5  
25 март 2020 година  
Скопје

Претседател  
на Управен одбор,  
Дејан Николовски, с.р.

Në bazë të nenit 30 dhe 56, paragrafi 1 pika 3 e Ligjit për Sigurim Shëndetësor ("Gazeta Zyrtare e Republikës së Maqedonisë" numër 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 91/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 97/2014, 112/2014, 113/2014, 188/2014, 20/2015, 61/2015, 98/2015, 129/2015, 150/2015, 154/2015, 192/2015, 217/2015, 27/2016, 37/2016, 120/2016, 142/2016 dhe 171/2017 dhe "Gazeta Zyrtare e Republikës së Maqedonisë së Veriut numër 275/2019), nenit 1 paragrafit 3, nenit 2 paragrafit 2 dhe nenit 6 paragrafit 1 dhe 2 te Ligjit për përdorimin e gjuhëve "Gazeta Zyrtare e Republikës së Maqedonisë së Veriut numër 7/2019) dhe neni 43 nga Rregullorja për mënyrën e përdorimit të shërbimeve shëndetësore të personave të siguruar jashtë vendit ("Gazeta Zyrtare e Republikës së Maqedonisë së Veriut" numër 88/2013, 48/2015, 68/2015, 211/2015, 107/2016 dhe 158/2016), Këshilli Drejtues i Fondit për Sigurim Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut në seancën e mbajtur më 31 janar 2020, solli (miratoi)

### V E N D I M

#### **PËR PLOTËSIMIN E VENDIMIT PËR PËRCAKTIMIN E FORMULARËVE TË PARASHIKUAR NË RREGULLOREN PËR MËNYRËN E PËRDORIMIT TË SHËRBIMEVE SHËNDETËSORE JASHTË VENDIT TË PERSONAVE TË SIGURUAR**

##### Neni 1

Në Vendimin për përcaktimin e formularëve të parashikuar në Rregulloren për mënyrën e përdorimit të shërbimeve shëndetësore të personave të siguruar jashtë vendit ("Gazeta Zyrtare e Republikës së Maqedonisë" numër 133/2011, 53/2012, 18/2013, 88/2013, 91/2013 dhe 138/2013, 186/2013, 89/2014 dhe 145/2014, 48/2015, 139/2016 dhe 158/2016), pas nenit 2 shtohet neni i ri 2-a si në vazhdim:

„Me këtë vendim percaktohen formularët në bazë të dispozitave të Ligjit për përdorimin e gjuhëve si që janë:“

1. Образец на барање Л1 – за болничко лекување во странство/Formulari i kërkesës M1– e mjekimit spitalor në shtet të huaj;

2. Образец на барање Л2 – за продолжување на лекување во странство и /или признавање на дополнителни трошоци/Formulari i kërkesës M2– e vazhdimet të mjekimit jashtë vendit dhe/ose vlerësimit të shpenzimeve shtesë;

3. Образец на барање Л3 – за надомест на средства за извршени здравствени услуги во странство – итен случај/Formulari i kërkesës M3 – e kompensimit të mjeteve të shërbimeve mjekësore të kyera në shtet të huaj – rast urgjent;

4. Образец на барање Л4 - за контролен преглед во странство по извршено болничко лекување во странство на товар на ФЗОМ/ Formulari i kërkesës M4– e ekzaminimit jashtë shtetit pas mjekimit të kryer shëndetësor jashtë shtetit, që i heq FSSHRMV-ja;

5. Образец на барање Л5 – за надомест на средства за пренос на умрено лице при болничко лекување во странство на товар на ФЗОМ/ Formulari i kërkesës M5– e kompensimit të mjeteve për bartjen e të ndjerit gjatë shërimit mjekësor jashtë vendit, që i heq FSSHRMV-ja;

6. Образец на барање Д1 – за издавање на двојазичен образец за работници упатени на привремена работа во држава со која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување/ Formulari i kërkesës D1 – e lëshimit të formularit dygjuhësh për punëtorët e dërguar në punë të përkohshme në shtetin me të cilin Republika e Maqedonisë së Veriut ka nënshkruar (marrë përsipër) marrëveshje sigurimi social;

7. Образец на барање ПП1 – за издавање на двојазичен образец за осигурување на право на здравствено осигурување за време на привремен престој (приватно или службено патување, студентски престој, школување, стручно усовршување, престој во врска меѓународна – техничка, научна и културна соработка и слично) во држава со која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување/ Formulari i kërkesës QP1 e dhënies së formularit dygjuhësh për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përkohshëm (udhëtim privat ose udhëtim pune, qëndrim studentor, arsimim, trajnim profesional, qëndrim në lidhje me bashkëpunimin ndërkombëtar - teknik, shkencor dhe kulturor etj.) në shtetin me të cilin RMV-ja ka nënshkruar (marrë përsipër) marrëveshje sigurimi shëndetësor;

8. Образец на барање ПП4/1 – за издавање на двојазичен образец за престанок на претходно дадено право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во држава во која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување/ Formulari i kërkesës QP4/1- e lëshimit të formularit dygjuhësh për ndërprerjen e së drejtës së mëparshme të sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në shtetin me të cilin RMV-ja ka lidhur marrëveshje sigurimi social;

9. Образец на барање ПП4 – за издавање на двојазичен образец за остварување на право на здравствено осигурување за време на постојан престој (живеење) во држава со која РСМ има склучено (преземено) Договор за социјално осигурување/ Formulari i kërkesës QP4- e lëshimit të formularit dygjuhësh për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në shtetin me të cilin RMV-ja ka nënshkruar (marrë përsipër) Kontratë sigurimi social.

Formularët e paragrafit 1 janë pjesë përbërëse e këtij vendimi.

##### Neni 2

Ky vendim hyn në fuqi nga dita e publikimit në "Gazetën Zyrtare të Republikës së Maqedonisë së Veriut".

Nr.02-5833/5

25 mars 2020

Shkup

Këshilli drejtues

Kryetar,

**Dejan Nikolovski, d.v.**



· Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија  
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së  
Veriut

Образец на барање Л1  
Formulari i kërkesës M1

## БАРАЊЕ/КËRKESË

za bolничко lekuвање vo странство  
e mjekimit spitalor në shtet të huaj

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ (за член на семејство) \_\_\_\_\_  
 Nga i siguruar \_\_\_\_\_ (për anëtarin e familjes) \_\_\_\_\_  
 од населено место \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_  
 me vendbanim në \_\_\_\_\_ rr. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
 телефон/telefoni \_\_\_\_\_

[illegible]

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ме упати на болничко лекување во

(се наведува здравствената установа, градот и државата)

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, me aktvendim të më dërgojë për mjekim spitalor në

(shënohet institucioni shëndetësor, qyteti dhe shteti)



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

**Документација која во прилог кон барањето ја приложува осигуреното лице:**

1. Предлог за упатување на лекување во странство од соодветна универзитетска клиника во Скопје;
2. Медицинска документација за текот на лекувањето;
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

**Документација која ФЗО РСМ може да ја обезбеди по службена должност:**

1. Решение од Министерството за труд и социјална политика - центар за социјални работи (доколку осигуреното лице има својство на дете со посебни потреби);
2. Профактура од странска здравствена установа или приватна здравствена установа во РСМ.

**Dokumentacioni të cilin i siguruari ia bashkëngjijt kërkesës:**

1. Propozimi i dërgimit në mjekim në shtet të huaj nga Klinika përkatëse universitare në Shkup;
2. Dokumentacioni mjekësor i periudhës së mjekimit;
3. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

**Dokumentacioni të cilin mund ta sigurojë FSSHRMV-ja sipas detyrës zyrtare:**

1. Vendimi i Ministrisë së Punës dhe Politikës Sociale – Qendra e Punës Sociale (nëse personi i siguruar ka cilësinë e një fëmije me nevoja të veçanta);
2. Fatura e përkohshme nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni privat shëndetësor në RMV.

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.

*E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut t' i shfrytëzojë të dhënat e paraqitura në kërkesë dhe ta kërkojë dokumentin në emrin tim.*

*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.*

*Duke plotësuar kësaj kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

**Место и датум на поднесување:**  
**Vendi dhe data e parashtrimit:**

**Подносител на барањето:**  
**Parashtruesi i kërkesës:**



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

Образец на барање Л2  
Formulari i kërkesës M2

## БАРАЊЕ/КËRKESË

za prodolzhuвање na lekuвање vo stranstvo и/или priznavawe na dopolnitelni troshoci  
e vazhdimit të mjekimit jashtë vendit dhe/ose vlerësimit të shpenzimeve shtesë

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ (за член на семејство) \_\_\_\_\_  
 Nga i siguruar \_\_\_\_\_ (për anëtarin e familjes) \_\_\_\_\_  
 од населено место \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_  
 me vendbanim në \_\_\_\_\_ rr. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
 телефон/telefoni \_\_\_\_\_.

[illegible]

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми одобри продолжување на лекувањето во странство и/или да ми признае право на дополнителни трошоци за лекувањето во

(се наведува здравствената установа, градот и државата)

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, me aktvendim të më miratojë vazhdimin e mjekimit jashtë shtetit dhe/ose të më jepet e drejta e shpenzimeve shtesë për mjekim në

(shënohet institucioni shëndetësor, qyteti dhe shteti)



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

Документација која во прилог на барањето ја приложува осигуреното лице:

а) за продолжување на лекувањето:

1. Предлог за продолжување на лекувањето од странската здравствена установа или приватната здравствена установа во РСМ со прилог медицинска документација или отпусно писмо<sup>1)</sup>;

б) за признавање на дополнителни трошоци:

1. Медицински извештај од странската здравствена установа или приватната здравствена установа во РСМ за текот на лекувањето<sup>1)</sup>;

3. Фактура или сметка за купен лек набавен според предлог во отпусното писмо од странската здравствена установа неопходен за периодот до враќањето во РСМ<sup>1)</sup>;

в) за продолжување на лекувањето и за признавање на дополнителни трошоци:

1. Предлог за продолжување на лекувањето од странската здравствена установа или приватната здравствена установа во РСМ со прилог медицинска документација или отпусно писмо<sup>1)</sup>;

2. Фактура со доказ за лично плаќање на дополнителните трошоци<sup>1)</sup>;

3. Фактура или сметка за купен лек набавен според предлог во отпусното писмо од странската здравствена установа неопходен за периодот до враќањето во РСМ<sup>1)</sup>;

Dokumentacioni të cilin i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:

а) për vazhdim të mjekimit:

1. Propozimi i vazhimit të mjekimit nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni privat i huaj në RMV me dokumentacion mjekësor ose fletëlëshim<sup>1)</sup>;

б) për vlerësim të shpenzimeve shtesë:

1. Raporti mjekësor nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni shëndetësor privat në RMV për periudhën e mjekimit<sup>1)</sup>;

2. Faturë me dëshmi për pagesë personale të shpenzimeve shtesë<sup>1)</sup>;

3. Faturë ose llogari për barin e furnizuar sipas propozimit në fletën e lëshimit nga institucioni i huaj shëndetësor, i domosdoshëm për periudhën deri në momentin e kthimit në RMV<sup>1)</sup>;

с) për vazhdim të mjekimit dhe për vlerësim të shpenzimeve shtesë:

1. Propozimi i vazhimit të mjekimit nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni privat shëndetësor në RMV me dokumentacion mjekësor të bashkëngjitur ose fletëlëshim<sup>1)</sup>;

2. Faturë me dëshmi për pagesë personale të shpenzimeve shtesë<sup>1)</sup>;

3. Faturë ose llogari për barin e furnizuar sipas propozimit në fletën e lëshimit nga institucioni i huaj shëndetësor, i domosdoshëm për periudhën deri në momentin e kthimit në RMV<sup>1)</sup>;



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

Документација која ФЗО РСМ може да ја обезбеди по службена должност:

Dokumentacion të cilin FSSHRMV-ja mund ta sigurojë sipas detyrës zyrtare:

1. Профактура за дополнителните трошоци од странска здравствена установа или приватна здравствена установа во РСМ.

1. Faturë e përkohshme e shpenzimeve shtesë nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni privat shëndetësor në RMV.

*<sup>1)</sup> Документацијата од странската здравствена установа задолжително се доставува со превод на македонски јазик од овластен преведувач.*

*Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.*

*<sup>1)</sup> Dokumentacioni nga institucioni i huaj shëndetësor detyrimisht dorëzohet me përkthim në gjuhën maqedonase nga përkthyes i autorizuar.*

*E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut t' i shfrytëzojë të dhënat e paraqitura në kërkesë dhe ta kërkojë dokumentin në emrin tim.*

*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.*

*Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtrimit:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:

Тел/Tel: 02/3289-000  
Факс/Faks: 02/3289-048  
e-mail: [info@fzo.org.mk](mailto:info@fzo.org.mk)  
[www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk)





**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Медицинска документација за извршените здравствени услуги во странство преведена од овластен преведувач;
2. Сметки/фактури со доказ за плаќање за платените здравствени услуги преведени од овластен преведувач;
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Kërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues:

1. Dokumentacioni mjekësor për shërbimet e kryera shëndetësore në shtetin e huaj, i përkthyer nga përkthyes i autorizuar;
2. Llogari/faturë me dëshmi pagese të shërbimeve të kryera shëndetësore, të përkthyer nga përkthyes i autorizuar;
3. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

*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.*

*Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtrimit:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:





**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

**Документација која во прилог кон барањето ја приложува осигуреното лице:**

1. Предлог за упатување на контролен преглед во странство од соодветната универзитетска клиника во Скопје;
2. Медицинска документација за текот на лекувањето во странската здравствена установа<sup>1)</sup>;
3. Медицинска документација за текот на лекувањето во здравствените установи во РСМ и
4. Предлог од странската здравствена установа за контролен преглед<sup>1)</sup>.

**Документација која ФЗО РСМ може да ја обезбеди по службена должност:**

1. Профактура за контролен преглед од странската здравствена установа или приватна здравствена установа во РСМ.

**Dokumentacioni të cilin i siguroar e bashkëngjit në kërkesë:**

1. Propozimi i udhëzimit për ekzaminim në shtet të huaj nga klinika përkatëse universitare në Shkup;
2. Dokumentacioni mjekësor i rrjedhës së mjekimit në institucion të huaj shëndetësor<sup>1)</sup>;
3. Dokumentacioni mjekësor i rrjedhës së mjekimit në institucionet shëndetësore në RMV dhe
4. Propozimi nga institucioni i huaj shëndetësor për ekzaminim<sup>1)</sup>.

**Dokumentacionin të cilin FSSHRMV-ja mund ta sigurojë sipas detyrës zyrtare:**

1. Faturë e përkohshme për ekzaminim nga institucioni i huaj shëndetësor ose institucioni privat shëndetësor në RMV.

<sup>1)</sup> Документацијата задолжително се доставува со превод на македонски јазик од овластен преведувач.

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.

<sup>1)</sup> Dokumentacioni detyrimisht dorëzohet me përkthim në gjuhën maqedonase nga përkthyes i autorizuar.

E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut t'i shfrytëzojë të dhënat e paraqitura në kërkesë dhe ta kërkojë dokumentin në emrin tim.

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.

Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.

**Место и датум на поднесување:**  
**Vendi dhe data e parashtrimit:**

**Подносител на барањето:**  
**Parashtruesi i kërkesës:**





**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

**Документација која во прилог кон барањето ја приложува осигуреното лице:**

1. Отпусно писмо од странската здравствена установа<sup>1)</sup>;
2. Потврда за смрт од странската здравствена установа<sup>1)</sup>;
3. Дозвола за пренос на умрено лице издадена од надлежен орган во странската земја<sup>1)</sup>;
4. Извод од матична книга на умрените од странската земја<sup>1)</sup>;
5. Фактура со доказ за лично плаќање на трошоците за извршениот пренос на умрено лице<sup>1)</sup>;
6. Доказ за трансакциската сметка на подносителот на барањето.

**Dokumentacioni të cilin i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:**

1. Fletëlëshim nga institucioni i huaj shëndetësor<sup>1)</sup>;
2. Certifikatë e vdekjes nga institucioni i huaj shëndetësor<sup>1)</sup>;
3. Leje e transportit të personit të vdekur, e lëshuar nga autoriteti kompetent në shtetin e huaj<sup>1)</sup>;
4. Certifikatë nga libri amzë i të vdekurve nga vendi i huaj<sup>1)</sup>;
5. Faturë me vërtetimin e pagesës personale të shpenzimeve për transportin e kryer të personit të vdekur<sup>1)</sup>, dhe
6. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

**Документација која ФЗОПМ може да ја обезбеди по службена должност:**

1. Извод од матична книга на умрените од Република Северна Македонија.

**Dokumentacionin të cilin FSSHRMV-ja mund ta sigurojë sipas detyrës zyrtare:**

1. Certifikatë nga libri amzë i të vdekurve nga Republika e Maqedonisë së Veriut.

<sup>1)</sup>Документацијата задолжително се доставува со превод на македонски јазик од овластен преведувач.

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.

<sup>1)</sup> Dokumentacioni detyrimisht dorëzohet me përkthim në gjuhën maqedonase nga përkthyes i autorizuar.

E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut t'i shfrytëzojë të dhënat e paraqitura në kërkesë dhe ta kërkojë dokumentin në emrin tim.

*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.*

*Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtrimi:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:

Тел/Tel: 02/3289-000  
Факс/Faks: 02/3289-048  
e-mail: info@fzo.org.mk  
www.fzo.org.mk



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

**Документација која кон барањето ја приложува осигуреното лице:**

1. Решение, односно акт, за упатување на осигуреникот на привремена работа во странство (оригинал);
2. Лекарско мислење за здравствената состојба на осигуреникот издадено од здравствена установа која врши дејност медицина на трудот (оригинал).

Документација која ФЗОМ може да ја обезбеду по службена должност:

1. Согласносност за упатување на работници во странство издадена од органот на управата надлежен за работни односи (Министерството за труд и социјална политика)\*;

**Dokumentacionin që i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:**

1. Vendimin, përkatësisht aktin për ta dërguar të siguruarin në punë të përkohshme jashtë vendit (origjinal);

2. Mendimin mjekësor për gjendjen shëndetësore të të siguruarit, të lëshuar nga një institucion shëndetësor i cili kryen aktivitetin e mjekësisë së punës (origjinal).

Dokumentacioni të cilin FSSHM-ja mund ta sigurojë zyrtarisht:

1. Pëlqimin e dërgimit të punëtorëve në vend të huaj, lëshuar nga organi administrativ që është kompetent për marrëdhëniet e punës (Ministria e Punës dhe Politikës Sociale)\*;

*\*Се однесува само за поднесено барање од осигуреник упатен на привремена работа во Германија.  
Ка të bëjë vetëm me dorëzim kërkesë nga i siguruari i dërguar në punë të përkohshme në Gjermani.*

*Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.*

*E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Maqedonisë që t'i shfrytëzojë të dhënat e ofruara në kërkesë dhe ta kërkojë dokumentin në emrin tim.*

*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.*

*Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

**Место и датум на поднесување:**  
**Vendi dhe data e parashtrimit:**

**Подносител на барањето:**  
**Parashtruesi i kërkesës:**







**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

за период од \_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ год.

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal \_\_\_\_\_, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesën për:  
"□ personalisht dhe/ose "□ anëtar i familjes, të lëshojë Formular dygjuhësh për të drejtën e sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përkohshëm në

(shënohet shteti)

për shkak se:

(shënohet qëllimi i udhëtimit)

për periudhën nga \_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ deri më \_\_\_\_\_.20\_\_\_\_.

**Документација која кон барањето ја приложува осигуреното лице:**

1. Потврда за здравствената состојба, издадена од избраниот лекар (општ и гинеколог за жени);
2. Доказ за целта на патувањето во странство (потврда за упис на редовна школска година, односно упис на семестар – при редовно школување, студиски престој и сл.) (оригинал).

**Документација која ФЗОМ може да ја обезбеду по службена должност:**

1. Мислење на лекарската комисија на ФЗОМ

**Дokumentacionin që i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:**

1. Vërtetim i gjendjes shëndetësore, i lëshuar nga mjeku i zgjedhur (i përgjithshëm dhe gjinekolog për gratë);
2. Dëshmi e qëllimit të udhëtimit në shtet të huaj (vërtetim i regjistrimit në vit të rregullt shkollor, gjegjësisht regjistrim të semestrit – gjatë shkollimit të rregullt, qëndrim studentor etj.) (origjinal).

**Dokumentacioni të cilin FSSHM-ja mund ta sigurojë zyrtarisht:**

1. Mendim i komisionit mjekësor të FSSHM-së

*Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.*

*E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Maqedonisë që t'i shfrytëzojë të dhënat e ofruara në kërkesë dhe ta kërkojë dokumentin në emrin tim.*

*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.*

*Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

**Место и датум на поднесување:**

**Vendi dhe data e parashtrimit:**

**Подносител на барањето:**

**Parashtruesi i kërkesës:**

Тел/Tel: 02/3289-000  
Факс/Faks: 02/3289-048  
e-mail: info@fzo.org.mk  
www.fzo.org.mk



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија  
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

dhe/ose ☐ anëtar i familjes, të lëshojë formular dygjuhësh për ndërprerjen e të drejtës paraprake të sigurimit shëndetësor gjatë qëndrimit të përhershëm (jetesës) në \_\_\_\_\_ (Formulari i kërkesës QP4)

(shënohet shteti i huaj)

duke filluar nga \_\_\_\_\_. 20\_\_\_\_\_.

Документација која кон барањето ја приложува осигуреното лице:

1. Потврда за остварено право на здравствено осигурување од странска држава;

Документација која ФЗОМ може да ја обезбедува по службена должност:

1. Потврда за пријава со постојано место на живеење од РСМ, издадена од МВР;  
2. Извод од матичната книга на умрените;  
3. Извод од матичната книга на разведените;

Dokumentacionin që i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:

1. Vërtetim i realizimit të të drejtës së sigurimit social në shtetin e jashtëm.

Dokumentacioni të cilin FSSHM-ja mund ta sigurojë zyrtarisht:

1. Vërtetim i regjistrimit të vendbanimit të përhershëm në RMV, lëshuar nga MPB-ja;  
2. Certifikatë nga libri amzë i të vdekurve;  
3. Certifikatë nga libri amzë i të shkurorezuarve;

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.  
E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Maqedonisë që t'i shfrytëzojë të dhënat e ofruara në kërkesë dhe ta kërkojë dokumentin në emrin tim.

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.

Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:

Vendi dhe data e parashtrimit:

Parashtruesi i kërkesës:





**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија  
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

duke filluar nga \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ ose për periudhën nga \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ deri më \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

**Документација која кон барањето ја приложува осигуреното лице:**

1. Уверение за престој или потврда за пријава со постојано место на живеење во странската држава, издадено од странската држава;

**Документација која ФЗОМ може да ја обезбеду по службена должност:**

1. Потврда за одјава со постојано место на живеење од РСМ, издадена од МБР;  
2. Извод од матичната книга на родените;  
3. Извод од матичната книга на венчаните;  
4. Доказ од Фондот за пензиско инвалидско осигурување на РМ за остварување на право на пензија од РМ и/или од странска држава.\*

**Dokumentacionin që i siguruari ia bashkëngjit kërkesës:**

1. Vërtetim qëndrimi ose dëshmi e paraqitjes me vendbanim të përhershëm në shtet të jashtëm, lëshuar nga shteti i jashtëm.

**Dokumentacioni të cilin FSSHM-ja mund ta sigurojë zyrtarisht:**

1. Vërtetim i çregjistrimit nga vendbanimi i përhershëm në RMV, lëshuar nga MPB-ja;  
2. Certifikatë nga libri amzë i të lindurve;  
3. Certifikatë nga libri amzë i të kurorëzuarve;  
4. Dëshmi nga Fondi i Sigurimit Pensional Invalidor i RM-së për realizimin e të drejtës së pensionit në RM dhe/ose në shtetin e jashtëm.\*

\*Се однесува само во случај на поднесено барање од пензионер и/или од член на неговото семејство.  
Ка të bëjë vetëm në rast të dorëzimit të kërkesës nga pensionisti dhe/ose anëtar i familjes së tij.

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот.  
E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Maqedonisë që t'i shfrytëzojë të dhënat e ofruara në kërkesë dhe ta kërkojë dokumentin në emrin tim.

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.  
Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtrimit:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија  
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Адреса: Ул. „Македонија“, бр. 5, 1000 Скопје  
Adresa: Rr. „Maqedonia“, nr. 5, 1000 Shkup

Тел/Тел: 02/3289-000  
Факс/Факс: 02/3289-048  
e-mail: info@fzo.org.mk  
www.fzo.org.mk

1286.

Прз основа на член 9 и член 56 став 1 точка 14 од Законот за здравственото осигурување Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 91/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 97/2014, 112/2014, 113/2014, 188/2014, 20/2015, 61/2015, 98/2015, 129/2015, 150/2015, 154/2015, 192/2015, 217/2015, 27/2016, 37/2016, 120/2016, 142/2016 и 171/2017 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ број 275/2019), член 1 став 3, член 2 став 2 и член 6 став 1 и 2 од Законот за употреба на јазиците („Службен весник на Република С. Македонија“ број 7/2019) и член 114 став 2 од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 18/2015, 64/2015, 96/2015, 125/2015, 191/2015, 187/2016, 146/2018 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ број 44/2019 и 198/2019), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија на седницата одржана на 31 јануари 2020 година, донесе

**О Д Л У К А  
ЗА ДОПОЛНУВАЊЕ НА ОДЛУКАТА ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ОБРАСЦИТЕ ПРЕДВИДЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ**

**Член 1**

Во Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 133/2011, 5/12, 29/12, 79/12, 57/2013, 64/2013, 88/2013, 105/2013, 119/2013, 138/2013, 165/2013, 34/2014, 138/2014, 141/2014, 11/2015 76/2015, 96/2015 и 200/2018, и „Службен весник на Република Северна Македонија“ број 44/2019 и 70/2019), по членот 3 се додава нов член 3-а кој гласи:

„Со оваа Одлука се утврдуваат и обрасци согласно одредбите од Законот за употреба на јазиците и тоа:

1. Образец на барање Р1 – за надомест (рефундација на средства) за медицински потрошен материјал и/или вградени материјали за време на лекување во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита/ Formulari i kërkesës R1- e kompensimit

(rimbursimit të фондеве) të materialeve mjekësore të konsumueshme dhe/ose materiale të vendosura gjatë kohës së trajtimit në kujdesin shëndetësor specialistik-konsultativ dhe spitalor;

2. Образец на барање P2 – за надомест (рефундација) на средства за лекови/ Formulari i kërkesës R2- e kompensimit (rimbursimit) të фондеве për barna;

3. Образец на барање P3 – за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци/ Formulari i kërkesës R3- e kompensimit (rimbursimit të mjeteve) të shpenzimeve të udhëtimit;

4. Образец на барање P4 – за надомест (рефундација на средства за ортопедски и други помагала/ Formulari i kërkesës R4- e kompensimit (rimbursimit të mjeteve) të pajisjeve ortopedike dhe të pajisjeve të tjera;

5. Образец на барање P1 за ослободување од партиципација/ Formular i kërkesës P1- e lirimit nga pjesëmarrja (participimi)

6. Образец на барање НП – за надомест (рефундација на средства) за пружени услуги во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита врз основа на платен придонес за здравствено осигурување/ Formular i kërkesës NP- e kompensimit (rimbursimit të mjeteve) të shërbimeve të ofruara shëndetësore në kujdesin specialistik-konsultativ dhe kujdesin spitalor duke u bazuar në kontributin e paguar për sigurimin shëndetësor;

7. Образец на барање ИСМР – за право на надомест (рефундација на средства) за извршена специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување/ Formulari i kërkesës RSMK- e të drejtës së kompensimit (rimbursimit të mjeteve) për kryerjen e rehabilitimit të специјализуар mjekësor si mjekim i vazhduar spitalor;

8. Образец на барање H1 – за надоместок на плата поради болест/нега/ Formulari i kërkesës K1- e kompensimit të rrogës për shkak të sëmundjes/kujdesit;

9. Образец на барање H2 – за надоместок на плата поради бременост и раѓање/ Formulari i kërkesës K2- e kompensimit të rrogës për shkak të shtatzënisë dhe lindjes;

10. Образец на барање H3 – за надоместок на плата поради повреда на работа/професионална болест/ Formulari i kërkesës K3 - e kompensimit të rrogës për shkak të lëndimit në punë/sëmundjes profesionale;

11. Образец на барање H4 – за надоместок на плата поради бременост и раѓање во висина од 50% од утврдениот надоместок поради враќање на работа/ Formulari i kërkesës K4 – e kompensimit të rrogës për shkak të shtatzënisë dhe lindjes, në vlerën prej 50% të kompensimit të përcaktuar për shkak të kthimit në punë;

12. Образец на барање H5 – за надоместок на плата поради отсуство од работа за родителство на таткото/ посвоител на дете/ Formulari i kërkesës K5 – e kompensimit të rrogës për shkak të мунгесес në punë për prindërim të babait/birësuesit të fëmijës;

13. Образец на барање MP1 – за право на специјализирана медицинска рехабилитација/ Formulari i kërkesës RM1 e të drejtës së rehabilitimit të специјализуар mjekësor и

14. Образец на барање 3O1 – Пријава /Одјава/ Промена – за задолжително здравствено осигурување/ Formulari i kërkesës SD1- Lajmërim/ Çlajmërim/ Ndryshim - për sigurim të detyrueshëm shëndetësor.“

## Член 2

Оваа одлука влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Северна Македонија“.

Бр.02-5833/6  
25 март 2020 година  
Скопје

Претседател  
на Управен одбор,  
Дејан Николовски, с.р.

Нë базë të ненит 9 dhe ненит 56 paragrafi 1 pika 14 e Ligjit për Sigurimin Shëndetësor („Gazeta Zyrtare e Republikës Maqedonisë” numër 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 91/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 97/2014, 112/2014, 113/2014, 188/2014, 20/2015, 61/2015, 98/2015, 129/2015, 150/2015, 154/2015, 192/2015, 217/2015, 27/2016, 37/2016, 120/2016, 142/2016 dhe 171/2017 dhe „Gazeta Zyrtare e Republikës së Maqedonisë së Veriut” numër 275/2019), ненит 1 paragrafi 3, ненит 2 paragrafi 2 dhe ненит 6 paragrafi 1 dhe 2 te Ligjit për përdorimin e gjuhëve“Gazeta Zyrtare e Republikës së Maqedonisë së Veriut numër 7/2019) dhe neni 114 paragrafi 2 nga Rregullorja për përmbytjen dhe mënyrën e realizimit të të drejtës dhe detyrimeve të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor („Gazeta Zyrtare e Republikës së Maqedonisë” numër 18/2015, 64/2015, 96/2015, 125/2015, 191/2015, 187/2016, 146/2018 dhe („Gazeta Zyrtare e Republikës së Maqedonisë së Veriut” numër 44/2019 dhe 198/2019), Bordi i Drejtorëve të Fondit të Sigurimit Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut në seancën e mbajtur me 31 janar 2020, solli (miratoi)

## V E N D I M

### PËR PLOTËSIMIN E VENDIMIT PËR PËRCAKTIMIN E FORMAVE TË PARASHIKUARA NË REGULLOREN PËR PËRMBAJTJEN DHE MËNYRËN E REALIZIMIT TË TË DREJTAVE DHE DETYRIMEVE TË SIGURIMIT TË DETYRUESHËM SHËNDETËSOR

#### Neni 1

Në Vendimin për përcaktimin e formave të parashikuara në Regullore për përmbytjen dhe mënyrën e realizimit të të drejtave dhe detyrimeve të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor („Gazeta Zyrtare e Republikës së Maqedonisë” numër 133/2011, 5/12, 29/12, 79/12, 57/2013, 64/2013, 88/2013, 105/2013, 119/2013, 138/2013, 165/2013, 34/2014, 138/2014, 141/2014, 11/2015 76/2015, 96/2015 dhe 200/2018 dhe „Gazeta Zyrtare e Republikës së Maqedonisë së Veriut numër 44/2019 dhe 70/2019), pas ненит 3 shtohet neni i ri 3a si në vazhdim:

“Me këte Vendim përcaktohen formularët në базë të dispozitave të Ligjit për përdorimin e gjuhëve si që janë:

1. Образец на барање P1 – за надомест (рефундација на средства) за медицински потрошен материјал и/или вградени материјали за време на лекување во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита/ Formulari i kërkesës R1- e kompensimit (rimbursimit të фондеве) të materialeve mjekësore të konsumueshme dhe/ose materiale të vendosura gjatë kohës së trajtimit në kujdesin shëndetësor specialistik-konsultativ dhe spitalor;

2. Образец на барање P2 – за надомест (рефундација на средства за лекови/ Formulari i kërkesës R2- e kompensimit (rimbursimit) të фондеве për barna;

3. Образец на барање P3 – за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци/ Formulari i kërkesës R3- e kompensimit (rimbursimit të mjeteve) të shpenzimeve të udhëtimit;

4. Образец на барање P4 – за надомест (рефундација на средства за ортопедски и други помагала/ Formulari i kërkesës R4- e kompensimit (rimbursimit të mjeteve) të pajisjeve ortopedike dhe të pajisjeve të tjera;

5. Образец на барање P1 за ослободување од партиципација/ Formular i kërkesës P1- e lirimit nga pjesëmarrja (participimi)

6. Образец на барање НП – за надомест (рефундација на средства) за пружени услуги во специјалистичко – консултативна и болничка здравствена заштита

врз основа на платен придонес за здравствено осигурување/Formulari i kërkesës NP- e kompensimit (rimbursimit të mjeteve) të shërbimeve të ofruara shëndetësore në kujdesin specialistik-konsultativ dhe kujdesin spitalor duke u bazuar në kontributin e paguar për sigurimin shëndetësor;

7. Образец на барање ИСМР – за право на надомест (рефундација на средства) за извршена специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување/ Formulari i kërkesës RSMK- e të drejtës së kompensimit (rimbursimit të mjeteve) për kryerjen e rehabilitimit të specializuar mjekësor si mjekim i vazhduar spitalor;

8. Образец на барање Н1 – за надоместок на плата поради болест/нега/ Formulari i kërkesës K1- e kompensimit të роггес për shkak të sëmundjes/kujdesit;

9. Образец на барање Н2 – за надоместок на плата поради бременост и раѓање/ Formulari i kërkesës K2- e kompensimit të роггес për shkak të shtatzënisë dhe lindjes;

10. Образец на барање Н3 – за надоместок на плата поради повреда на работа/професионална болест/ Formulari i kërkesës K3 - e kompensimit të роггес për shkak të lëndimit në punë/sëmundjes професионале;

11. Образец на барање Н4 – за надоместок на плата поради бременост и раѓање во висина од 50% од утврдениот надоместок поради враќање на работа/ Formulari i kërkesës K4 – e kompensimit të роггес për shkak të shtatzënisë dhe lindjes, në vlerën prej 50% të kompensimit të përcaktuar për shkak të kthimit në punë;

12. Образец на барање Н5 – за надоместок на плата поради отсуство од работа за родителство на таткото/ посвоител на дете/ Formulari i kërkesës K5 – e kompensimit të роггес për shkak të mungesës në punë për prindërim të babait/birësuesit të fëmijës;

13. Образец на барање МР1 – за право на специјализирана медицинска рехабилитација/ Formulari i kërkesës RM1 e të drejtës së rehabilitimit të specializuar mjekësor и

14. Образец на барање 301 – Пријава /Одјава/ Промена – за задолжително здравствено осигурување/ Formulari i kërkesës SD1- Lajmërim/ Çlajmërim/ Ndryshim - për sigurim të detyrueshëm shëndetësor.“

Neni 2

Ky vendim hyn në fuqi nga dita e publikimit në „Gazetën Zyrtare të Republikës së Maqedonisë së Veriut“.

Nr.02-5833/6

25 mars 2020

Shkup

Këshilli drejtues

Kryetar,

Dejan Nikolovski, d.v.



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија  
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање Р1  
Formulari i kërkesës R1

### БАРАЊЕ/КËРКЕСЕ

за надомест (рефундација на средства) за медицински потрошен материјал и/или вградени материјали за време на лекување во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита e kompensimit (rimbursimit të фондеве) të materialeve mjekësore të konsumueshme dhe/ose materiale të vendosur, a gjatë kohës së trajtimit në kujdesin shëndetësor specialistik-konsultativ dhe spitalor

Од осигурени:от \_\_\_\_\_ (за член на семејство)  
Nga i siguruar \_\_\_\_\_ (për anëtarin e familjes)  
од населено место \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_  
me vendbanim në \_\_\_\_\_ rr. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
телефон/telefoni \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Број на здравствена легитимација<br>Numri i librezës shëndetësore                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот<br>NVAQ i të siguruarit (bartësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)<br>NVAQ i të siguruarit (i anëtarit të familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (i anëtarit) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вработен во/осигурен преку<br>I punësuar në/ i siguruar nëpërmjet                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Број на трансакциска сметка<br>Numri i llogarisë së transaksionit                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Барам Фондот за \_\_\_\_\_ здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести трошоците направени за набавени со сопствени средства медицински потрошни материјали и/или вградени материјали за време на лекувањето во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита.

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal \_\_\_\_\_, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, të m'i kompenzojë shpenzimet e bëra me фонде personale për blerjen e materialeve mjekësore dhe/ose materialeve të vendosura gjatë kohës së trajtimit shëndetësor specialistik-konsultativ dhe spitalor.



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Специјалистички извештај/Отпусно писмо (копија) од здравствената установа со која ФЗО РСМ има склучено договор за извршената здравствена услуга;
2. Фискална сметка во оригинал и копија или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање за набавениот медицински потрошен материјал и/или вграден материјал и
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Кërkesës ia bashkëngjijt dokumentacionin vijues:

1. Raport nga specialisti/Fletëlëshim (kopje) nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-ja ka nënshkruar marrëveshje për shërbimin e kryer shëndetësor;
2. Kupon fiskal origjinal dhe kopje ose faturë (origjinale) me vërtetim për pagesë të materialeve mjekësore të konsumueshme të blera dhe/ose materialeve të vendosura dhe
3. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

*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.*

*Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веројатноста на податоците.

Shënim: Kjo kërkesë së bashku me dokumentacionin e nevojshëm mund të dorëzohet nga i siguruari edhe nëpërmjet ueb portalit të Fondit dhe i njëjti garanton për vërtetësinë e të dhënave.

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtrimit:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:



Тел/Tel: 02/3289-000  
Факс/Faks: 02/3289-048  
e-mail: info@fzo.org.mk  
www.fzo.org.mk



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A.</b>  | <p align="center"><b>За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита</b><br/> <b>(за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга имаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување)</b></p> <p align="center"><b>Për barnat që lëshohen me recetë në kujdesin shëndetësor parësor (për të siguruar të cilët gjatë shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore kanë paguar kontribut për sigurim të detyrueshëm shëndetësor)</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1.         | <p>Рецепт, на рецептен образец утврден од страна на ФЗОPCM, за пропишан лек од избран лекар, лекар замена, дежурен лекар, рурален лекар;</p> <p>Recetë, në formular me recetë të përcaktuar nga ana e FSSHRMV-së, për barna me recetë nga mjeku амë, mjeku зëvendës, mjeku kujdestar, mjeku rural;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 2.         | <p>Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗОPCM има склучено договор, кога лекот е препорачан за понатамошно лекување во домашни услови, односно конзилијарно мислење за лекови, согласно режимот на пропишување на лековите во Листата на лекови, ако се работи за лек утврден со <i>Одлуката за скапи лекови од Листата на лекови што се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита</i>;</p> <p>Raport nga specialisti/nënspecialisti ose fletëlëshim nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-ja ka nënshkruar marrëveshje, kur bari rekomandohet për mjekim të mëtejshëm në kushte shtëpiake, gjegjësisht mendim konsiliumi për barnat, në përputhje me regjimin e parashkrimit të barnave nga Lista e barnave, nëse bëhet fjalë për bar të përcaktuar me <i>Vendim të barnave të shtrenjta nga Lista e barnave, të cilat lëshohen me recetë në kujdesin shëndetësor parësor</i>.</p> |
| 3.         | <p>Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки со кои ФЗОPCM има склучено договор, со исклучок за оние населени места со помалку од три различни аптеки, каде бројот на потврдите може да биде помал од три;</p> <p>Tri vërtetime për mungesë të barit nga barnatore të ndryshme me të cilët FSSHRMV-ja ka nënshkruar kontratë, me përjashtim të atyre zonave të banuara me më pak se tri barnatore të ndryshme, ku numri i vërtetimeve mund të jetë më i vogël se tre;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 4.         | <p>Фискална сметка од аптеката, со која ФЗОPCM има склучено договор, која го издала лекот во оригинал и копија;</p> <p>Kupon fiskal nga barnatorja, me të cilën FSSHRMV-ja ka nënshkruar kontratë, e cila e ka lëshuar ilaçin në origjinal dhe në kopje;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 5.         | <p>Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.</p> <p>Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>A1.</b> | <p align="center"><b>За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита</b><br/> <b>(за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга немаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување)</b></p> <p align="center"><b>Për barnat që lëshohen me recetë në kujdesin shëndetësor parësor (për të siguruar të cilët gjatë shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore nuk kanë paguar kontribut për sigurim të detyrueshëm shëndetësor)</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 1.         | <p>Рецепт, на рецептен образец пропишан согласно Правилникот за начинот на пропишување и издавање на лекови на рецепт донесен од Министерството за здравство, за пропишан лек од избран лекар, лекар замена, дежурен лекар, рурален лекар;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | Recetë, në formular me recetë të përshkruar në përputhje me Rregulloren e mënyrës së përshkrimit dhe lëshimit të barnave me recetë të miratuar nga Ministria e Shëndetësisë, për barna të përshkruar nga mjeku амë, zëvendës mjeku, mjeku kujdestar, mjeku rural;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2.  | Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗОПСМ има склучено договор, кога лекот е препорачан за понатамошно лекување во домашни услови, односно конзилијарно мислење за лекови, согласно режимот на пропишување на лековите во Листата на лекови, ако се работи за лек утврден со <i>Одлуката за скапи лекови од Листата на лекови што се издаваат на рецепт во примарна зоравствена заштита</i> ;<br><br>Raport nga specialisti/nënpesialisti ose fletëlëshim nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-ja ka nënshkruar marrëveshje, kur bari është rekomanduar për mjekim të mëtejshëm në kushte shtëpiake, gjegjësisht mendim konsiliumi për barna, në përputhje me regjimin për përshkrimin e barnave nga Lista e barnave, nëse bëhet fjalë për bar të përcaktuar me <i>Vendim të barnave të shtrenjta nga Lista e barnave që lëshohen me recete në kujdesin shëndetësor parësor</i> ; |
| 3.  | Фискална сметка од аптеката, со која ФЗОПСМ има склучено договор, која го издала лекот во оригинал и копија;<br><br>Kupon fiskal nga barnatorja me të cilën FSSHRMV-ja ka nënshkruar marrëveshje, e cila e ka lëshuar barin në original ose kopje;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4.  | Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.<br><br>Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| A2. | <b>За лекови во ампуларна форма, кои се дел од задолжителната и ургентна ампуларна терапија која треба да ја поседува здравствената установа од примарна здравствена заштита со договор со ФЗОПСМ и во истата е аплицирана на осигуреното лице од страна на избраниот лекар или лекарот замена</b><br><br><b>Për barna në formë ampulash, të cilat janë pjesë e terapiisë ampulare të detyrueshme dhe urgjente, të cilën duhet ta zotërojë institucioni shëndetësor nga kujdesi shëndetësor parësor me marrëveshje nga FSSHRMV-ja dhe e njëjta i është aplikuar personit të sigëruar nga ana e mjekut амë ose zëvendës mjekut</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1.  | Налог или рецепт со пропишана терапија со потврда за апликација на лекот од здравствена установа со која Фондот има склучено договор;<br><br>Urdhëresë ose recetë me terapi të përshkruar me vërtetim të aplikacionit të barit nga institucioni shëndetësor me të cilin Fondi ka nënshkruar marrëveshje;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 2.  | Фискална сметка од аптеката која го издала лекот во оригинал и копија;<br><br>Llogari fiskale nga barnatorja e cila e ka lëshuar barin në original dhe në kopje;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3.  | Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.<br><br>Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Б.  | <b>За лекови за болничка здравствена заштита</b><br><br><b>Për barna të kujdesit shëndetësor spitalor</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 1.  | Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗОПСМ има склучено договор, со назначена терапија, која осигуреното лице ја набавило со сопствени средства;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | Raport nga specialisti/nënspecialisti ose fletëlëshim nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-ja ka nënshkruar marrëveshje, me terapi të caktuar, të cilën personi i siguruar e ka blerë me mjete personale;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2.        | Конзилијарно мислење, од здравствена установа со која ФЗО РСМ има склучено договор, доколку е потребно согласно режимот на препишување на лекот утврден во Листата на лекови;<br><br>Mendim konsiliumi, nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-ja ka nënshkruar marrëveshje, nëse është e nevojshme në përputhje me regjimin e përshkrimit të barit të përcaktuar nga Lista e barnave;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3.        | Потврда за апликација на лекот ако се работи за лек во ампуларна форма, од здравствена установа со која ФЗО РСМ има склучено договор, кој треба да содржи:<br>-во периодот на хоспитализација-датум/период на паликација, факсимил и потпис на лекарот и печат на здравствената установа;<br>-вон периодот на хоспитализација-датум/период на апликација, потпис на осигуреното лице, потпис и факсимил на лекарот и печат на здравствената установа.<br><br>Vërtetimi i aplikimit të barit nëse bëhet fjalë për bar në formë ampulash, nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-ja ka nënshkruar marrëveshje, i cili duhet të përmbajë:<br>-gjatë periudhës së shtrimit në spital – data/periudha e aplikimit, faksimil dhe nënshkrim të mjekut dhe vulë e institucionit shëndetësor;<br>-jashtë periudhës së shtrimit në spital – data/periudha e aplikimit, nënshkrim i të siguarit, nënshkrim dhe faksimil i mjekut dhe vulë e institucionit shëndetësor; |
| 4.        | Фискална сметка од аптеката која го издала лекот во оригинал и копија или фактура (оригинал) со доказ за плаќање;<br><br>Kupon fiskal nga barnatorja e cila e ka lëshuar barin në origjinal dhe kopje ose faturë (origjinal) me dëshmi të pagës;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 5.        | Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.<br><br>Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>B.</b> | <b>За лекови набавени со сопствени средства на осигуреното лице од странски земји</b><br><br><b>Për barna të furnizuara me mjete personale të personit të siguruar nga vendet e huaja</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 1.        | Документација наведена во точка А.-За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга имаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување).<br><br>Dokumentacioni i përmendur në pikën А. – Për barna të cilat lëshohen me recetë në kujdesin shëndetësor parësor (për të siguruar të cilët, në periudhën e shfrytëzimit të shërbimit shëndetësor, kanë paguar kontribut të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2.        | Документација наведена во точка А1.-За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга немаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување).<br><br>Dokumentacioni i përmendur në pikën А1. –Për barna të cilat lëshohen me recetë në kujdesin shëndetësor parësor (për të siguruar të cilët, në periudhën e shfrytëzimit të shërbimit shëndetësor, nuk kanë paguar kontribut të sigurimit të detyrueshëm shëndetësor).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 3.        | Документација наведена во точка А2.-За лекови во ампуларна форма, кои се дел од задолжителната и ургентна ампуларна терапија која треба да ја поседува здравствената установа од примарна                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <p>здравствена заштита со договор со ФЗОСМ и во истата е аплицирана на осигуреното лице од страна на избраниот лекар или лекарот замена.</p> <p>Dokumentacioni i përmendur në pikën A2.- Për barna në formë ampulash, të cilat janë pjesë e terapisë ampulare të detyrueshme dhe urgjente, të cilën duhet ta zotërojë institucioni shëndetësor i kujdesit shëndetësor parësor me marrëveshje me FSSHRMV-në dhe e njëjta i është aplikuar personit të siguruar nga ana e mjekut амë ose zëvendës mjekut.</p> |
| 4. | <p>Документација наведена во точка Б.-За лекови за болничка здравствена заштита</p> <p>Dokumentacioni i përmendur në pikën B. – Për barna të kujdesit shëndetësor spitalor</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5. | <p>За точките 1, 2, 3 и 4 фискалната сметка или фактурата со доказот за плаќање, треба да бидат преведени на македонски јазик од овластен судски преведувач.</p> <p>Për pikat 1, 2, 3 dhe 4, kuponi fiskal ose fatura me dëshmi të pagesës duhet të jenë të përkthyer në gjuhën maqedonase nga përkthyes i autorizuar.</p>                                                                                                                                                                                  |

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.

Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mjekës shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Shënim: Kjo kërkesë së bashku me dokumentacionin e nevojshëm mund të dorëzohet nga i siguruari edhe nëpërmjet ueb portalit të Fondit dhe i njëjti garanton për vërtetësinë e të dhënave.

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtrimit:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:

Тел/Tel: 02/3289-000  
Факс/Faks: 02/3289-048  
e-mail: info@fzo.org.mk  
www.fzo.org.mk



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

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

1. Потврда за бројот на извршени здравствени услуги во претходниот период издадена од здравствената установа, која има склучен договор со ФЗОРСМ, каде се извршени здравствените услуги;
2. Потврда од здравствената установа каде е извршена хемодијализата дека нема организиран превоз;
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

**Kërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues (të rrethohet):**

1. Vërtetim i numrit të shërbimeve të kryera shëndetësore në periudhën e mëparshme, i lëshuar nga institucioni shëndetësor, i cili ka nënshkruar marrëveshje me FSSHRMV-në, ku janë kryer shërbimet shëndetësore;
2. Vërtetim nga institucioni shëndetësor ku është kryer hemodializa se nuk kanë transport të organizuar;
3. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

*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*

*Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

**Место и датум на поднесување:**  
**Vendi dhe data e parashtrimi:**

**Подносител на барањето:**  
**Parashtruesi i kërkesës:**

### Formulari i kërkesës R4

Тел/Tel: 02/3289-000  
Факс/Faks: 02/3289-048  
e-mail: [info@fzo.org.mk](mailto:info@fzo.org.mk)  
[www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk)





**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

Кон барањето ја приложувам следната документација: Kërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues:

1. Потврда за потреба од ортопедско помагало (соодветна за помагалото), заверена во Подрачната служба во која е осигурен осигуреникот носител на осигурувањето;
2. Фискална сметка во оригинал и копија или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање на ортопедското или друго помагало и
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

1. Vërtetim i nevojës për pajisje ortopedike (i përshtatshëm për pajisjen) i verifikuar në Shërbimin rajonal ku është siguruar personi;
2. Kupon tatimor në origjinal dhe kopje ose faturë (në origjinal) me dëshmi të pagesës së pajisjes ortopedike ose pajisjeve të tjera;
3. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

*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.*

*Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Shënim: Kjo kërkesë së bashku me dokumentacionin e nevojshëm mund të dorëzohet nga i siguruari edhe nëpërmjet ueb portalit të Fondit dhe i njëjti garanton për vërtetësinë e të dhënave.

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtimit:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:

Образец на барање П1  
Formular i kërkesës P1

za osloboduvanje od participacija  
e lirimit nga pjesëmarrja (participimi)

Од осигуреникот \_\_\_\_\_ (за член на семејство) \_\_\_\_\_  
 Nga i siguruar \_\_\_\_\_ (për anëtarin e familjes) \_\_\_\_\_  
 од населено место \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_  
 me vendbanim në \_\_\_\_\_ rr. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
 телефон/telefoni \_\_\_\_\_.

|                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Број на здравствена легитимација<br>Numri i librezës shëndetësore                                                                                                                                                      |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот<br>NVAQ i të siguruarit (bartësit) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit                                                      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)<br>NVAQ i të siguruarit (i anëtarit të familjes) (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit (i anëtarit) |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вработен во/осигурен преку<br>I punësuar në/l siguruar nëpërmjet                                                                                                                                                       |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Број на трансакциска сметка<br>Numri i llogarisë së transaksionit                                                                                                                                                      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна 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).

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal \_\_\_\_\_, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesën, të më lirojë nga pjesëmarrja e mëtejshme në shpenzimet e shërbimeve shëndetësore (gjegjesisht të më kthehet pjesëmarrja e paguar më tepër).



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

**Veriut**

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

**Kërkesës ia bashkëngjijt dokumentacionin vijues (të rrethohet):**

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 ФЗОПСМ 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. Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход – образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи;
5. Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)<sup>1</sup>;
6. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

1. Vërtetim/e të pjesëmarrjes së paguar (participimi) në çmimin e shërbimeve shëndetësore nga institucioni/net shëndetësor/e;
2. Fletëlëshim nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-ja ka nënshkruar kontratë për shërbimin;
3. Specifikim/e (llogaritje) me kupon fiskal për shërbimet e kryera nga institucioni/et i/e duhur/a;
4. Kërkesë tatimore vjetore e përcaktimit të tatimit mbi të ardhurat personale - Formulari PDD-GDP i bartësit të sigurimit shëndetësor dhe anëtarët e familjes (kopje me vulë pranimit nga Drejtoria e të Hyrave Publike)/Certifikatë për të ardhurat e realizuara në vitin paraprak nga Drejtoria e të Hyrave Publike;
5. Certifikatë e lindjes për fëmijët prej 1-5 vjet (kopje)<sup>1</sup>;
6. Dëshmi e llogarisë së transaksioni të parashtruesit të kërkesës.

<sup>1</sup>Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОПСМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото паѓаат на товар на осигуреникот.

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот

<sup>1</sup>Nëse i siguruari nuk e bashkëngjijt dokumentin, FSSHRMV-ja do ta sigurojë sipas detyrës zyrtare, ndërsa shpenzimet për të njëjtin i heq i siguruari.

E autorizoj Fondin e Sigurimit Shëndetësor të Republikës së Maqedonisë së Veriut t'i shfrytëzojë të dhënat e paraqitura në kërkesë dhe ta kërkojë dokumentin në emrin tim.

*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.*

*Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

Место и датум на поднесување:  
 Vendi dhe data e parashtrimit:

Подносител на барањето:  
 Parashtruesi i kërkesës:





**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Извештај од специјалист/субспецијалист или Отпусно писмо (копија) од здравствената установа со која ФЗОРСМ има склучено договор за извршената здравствена услуга;
2. Пресметка од здравствената установа која ја пружила здравствената услуга;
3. Фискална сметка во оригинал и копија или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање за набавениот медицински потрошен материјал и/или вграден материјал и
4. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Kërkesës ia bashkëngjijt dokumentacionin вијјес:

1. Raport nga specialisti/nënspecialisti ose fletëlëshim (kopje) nga institucioni shëndetësor me të cilin FSSHRMV-ja ka nënshkruar kontratë për shërbimin e kryer shëndetësor;
2. Llogaritje nga institucioni shëndetësor i cili e ka ofruar shërbimin shëndetësor;
3. Kupon fiskal në original dhe kopje ose faturë (në original) me vërtetim pagese për materialet mjekësore të konsumueshme të prokuruar dhe /ose materialet e vendosura dhe
4. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

*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.*

*Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Shënim: Kjo kërkesë së bashku me dokumentacionin e nevojshëm mund të dorëzohet nga i siguruari edhe nëpërmjet ueb portalit të Fondit dhe i njëjti garanton për vërtetësinë e të dhënave.

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtrimit:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:





**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

**Кон барањето ја приложувам следната Кërkesës ia bashkëngjis dokumentacionin vijues:**  
**документација:**

1. Отпусно писмо за завршено болничко лекување;
2. Конзилијарно мислење на пропишан образец, со шифра на дијагноза по МКБ-10 или МКБ-10 AM и латински назив на дијагнозата согласно Листата на индикации, издадено од ЈЗУ/ПЗУ од болничка здравствена заштита со склучен договор со Фондот, а каде осигуреното лице било на болничко лекување;
3. Наод, оценка и мислење од Лекарската комисија<sup>1)</sup>;
4. Потврда за болничко лекување (образец ПБЛ пропишан од Фондот како составен дел на Правилникот за остварување на право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување), која го заменува отпусното писмо, во случај кога не е изготвено отпусно писмо, како и при незавршено болничко лекување;
5. Отпусно писмо за завршена специјализирана медицинска рехабилитација;
6. Пресметка за извршени здравствени услуги и
7. Фискална сметка во оригинал и копија или фактура (оригинал) со доказ за плаќање за пружената здравствена услуга.

<sup>1)</sup> За осигурениците надвор од Скопје ФЗО РСМ по службена должност го обезбедува документот.

1. Флетелешимин е мјекимин të kryer spitalor;
2. Mendimin e konsiliumit në formular të përshkruar, me shifër diagnoze sipas KNS-10 ose KNS-10 AM dhe emrin latin të diagnozës, sipas Listës së indikacioneve të lëshuara nga ISHP/ISHP për kujdes shëndetësor spitalor, i cili ka kontratë me Fondin, e ku i siguruari ka qenë për mjekim spitalor;
3. Konkluzionin, vlerësimin dhe mendimin e Komisionit Mjekësor<sup>1)</sup>;
4. Vërtetimin e mjekimit spitalor (formular VMS i paraparë nga Fondi, si pjesë e Rregullores për realizimin e të drejtës së rehabilitim të specializuar mjekësor si mjekim i vazhduar spitalor), i cili e zëvendëson fletelëshimin, në rastet kur nuk është përgatitur fletelëshimi, si dhe gjatë mjekimit të pambaruar spitalor;
5. Флетелешимин е kryerjes së rehabilitimit të specializuar mjekësor;
6. Llogaritjen e shërbimeve shëndetësore të kryera, dhe
7. Kuponin tatimor origjinal ose kopjen dhe faturën (origjinale) me dëshmi të pagesës së shërbimit të kryer shëndetësor.

<sup>1)</sup> Për të siguruarit jashtë Shkupit, FSSHRMV-ja e siguron dokumentin sipas detyrës zyrtare.

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.

Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe përdorimin e kujdesit shëndetësor dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Shënim: Kjo kërkesë së bashku me dokumentacionin e nevojshëm mund të dorëzohet nga i siguruari edhe nëpërmjet ueb portalit të Fondit dhe i njëjti garanton për vërtetësinë e të dhënave.

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtrimit:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:

Образец на барање H1  
Formulari i kërkesës K1

за надоместок на плата поради болест/нега  
e kompensimit të rrogës për shkak të sëmundjes/kujdesit.

Тел/Tel: 02/3289-000  
Факс/Faks: 02/3289-048  
e-mail: [info@fzo.org.mk](mailto:info@fzo.org.mk)  
[www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk)





**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së**

**Veriut**

тë më përcaktojë të drejtën e shfrytëzimit të kompensimit të rrogës gjatë ndërprerjes së përkohshme të punës për shkak të

**Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):**

1. Извештај за привремена спреченост за работа-образец - ИСР од избран лекар;
2. Наод оценка и мислење од лекарската комисија<sup>1)</sup>;
3. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и состојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);
4. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

<sup>1)</sup> само за издадени наод, оценка и мислење од лекарската комисија за период пред 2014 година.

**Кërkesës ia bashkëngjis dokumentacionin vijues (të rrethohet):**

1. Raport i ndërprerjes së përkohshme të punës – Formular RNP nga mjeku i zgjedhur;
2. Konstatim, vlerësim dhe mendim i Komisionit mjekësor<sup>1)</sup>;
3. Deklaratë e noterizuar e llogarive të transaksionit të personit juridik dhe një kopje e certifikatës së qarkullimit dhe gjendjes së llogarive të transaksionit (vetëm për persona juridik me një të punësuar);
4. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

<sup>1)</sup> vetëm për konstatim, vlerësim dhe mendim të komisionit mjekësor për periudhën para vitit 2014.

*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.*

*Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

**Место и датум на поднесување:**  
**Vendi dhe data e parashtrimit:**

**Подносител на барањето:**  
**Parashtruesi i kërkesës:**





**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal \_\_\_\_\_, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, me aktvendim të më përcautoj të drejtën e shfrytëzimit të kompensimit të rrogës gjatë mungesës në punë për shkak të shtatzënisë, lindjes dhe të amësisë (prindërimit).

**Кон барањето ја приложувам следната Кërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues (документација (се заокружува): (тë rrethohet):**

1. Извештај за привремена спреченост за работа - образец - ИСП од избран лекар;
2. Извод од книгата на родените за детето (копије)<sup>1</sup>;
3. Решение за адаптација - посвојување од Центар за социјални работи за посвоено дете (само за посвоено дете)<sup>2</sup>;
4. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и сотојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);
5. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.
1. Raport i ndërprerjes së përkohshme të punës – Formular RNP nga mjeku i zgjedhur;
2. Certifikatë e lindjes për fëmijën (kopje)<sup>1</sup>;
3. Aktvendim i adoptimit - birësimi nga Qendra e Punës Sociale për fëmijë të birësuar (vetëm për fëmijë të birësuar)<sup>2</sup>;
4. Deklaratë e noterizuar e llogarive të transaksionit të personit juridik dhe një kopje e certifikatës së qarkullimit dhe gjendjes së llogarive të transaksionit (vetëm për persona juridik me një të punësuar);
5. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

<sup>1, 2</sup> Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗО РСМ ќе го обезбеди по службена должност.

<sup>1, 2</sup> Nëse i siguruari nuk e dorëzon dokumentin, FSSHRMV-ja do ta sigurojë atë sipas detyrës zyrtare.

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.

Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtrimit:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

Образец на барање **НЗ**  
 Formulari i kërkesës **K3**

**БАРАЊЕ/КËРКЕСË**

за надоместок на плата поради повреда на работа/професионална болест  
 e kompensimit të rrogës për shkak të lëndimit në punë/sëmundjes profesionale

**1. Од осигуреникот/Nga i siguruarit**

од населено место \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_ бр. \_\_\_\_\_  
 me vendbanim në \_\_\_\_\_ rr. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
 телефон/telefoni \_\_\_\_\_ и e-mail адреса/dhe email adresa \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                              |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Број на здравствена легитимација<br>Numri i librezës shëndetësore                                                                            | <input type="text"/> |
| ЕМБГ на осигуреникот (или) Единствен здравствен број на осигуреникот<br>NVAQ i të siguruarit (ose) Numri i vetëm shëndetësor i të siguruarit | <input type="text"/> |
| Вработен во<br>I punësuar në                                                                                                                 | <input type="text"/> |
| Број на трансакциска сметка<br>Numri i llogarisë së transaksionit                                                                            | <input type="text"/> |

**2. Од овластено лице/Nga i autorizuar**

со e-mail адреса/me email adresë \_\_\_\_\_

|                                                                                              |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Единствен здравствен број на овластеното лице<br>Numri i vetëm shëndetësor i të autorizuarit | <input type="text"/> |
| Назив на фирмата/Emri i firmës                                                               | <input type="text"/> |

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба \_\_\_\_\_, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми/му утврди право на користење надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради повреда на работа/професионална болест.



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal \_\_\_\_\_, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, me aktvendim të më për caktojë të drejtën e shfrytëzimit të kompensimit të rrogës gjatë ndërprerjes së përkohshme të punës për shkak të lëndimit në punë/sëmundjes profesionale.

**Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):**

1. Извештај за привремена спреченост за работа-Образец ИСП од избран лекар;
2. Наод, оценка и мислење од лекарската комисија<sup>1)</sup>;
3. Наод, оценка и мислење од лекарска комисија за утврдување на повреда на работа/професионална болест<sup>1)</sup>;
4. Записник од Државен инспекторат за труд за утврдување на повреда на работа;
5. Повредна листа – ET8 образец;
6. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и состојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);
7. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

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

**Kërkesës ia bashkëngjis dokumentacionin vijues (të rrethohet):**

1. Raport i ndërprerjes së përkohshme të punës – Formular RNP nga mjeku i zgjedhur;
2. Konstatim, vlerësim dhe mendim i Komisionit mjekësor<sup>1)</sup>;
3. Konstatim, vlerësim dhe mendim i Komisionit mjekësor për përcaktimin e lëndimit në punë/sëmundjes profesionale<sup>1)</sup>;
4. Procesverbal nga Inspektorati Shtetëror i Punës për përcaktimin e lëndimit në punë;
5. Listë e lëndimeve – Formular ET8
6. Deklaratë e noterizuar e llogarive të transaksionit të personit juridik dhe një kopje e certifikatës së qarkullimit dhe gjendjes së llogarive të transaksionit (vetëm për persona juridik me një të punësuar);
7. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.

<sup>1)</sup> për të siguruarit jashtë Shkupit, FSSHRMV-ja e siguron dokumentin sipas detyrës zyrtare.

*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.*

*Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligji të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtrimit:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:





**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

раѓање и мајчинство (родителство) во висина од 50% од утврдениот надоместок поради враќање на работа, а согласно одредбите од Законот за работните односи.

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal \_\_\_\_\_, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, me aktvendim të më përcaktojë të drejtën e shfrytëzimit të kompensimit të rrogës gjatë mungesës në punë për shkak të shtatzënisë, lindjes dhe të amësisë (prindërimit) në vlerë prej 50% të kompensimit të përcaktuar për shkak të kthimit në punë dhe në përputhje me dispozitat e Ligjit për Marrëdhënie Pune.

**Кон барањето ја приложувам следната Kërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues (të rrethohet):**

- |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Изјава од осигуреничката за враќање на работа;                                                                                        | 1. Deklaratë nga e siguruara për kthim në punë;                                                                                                      |
| 2. Потврда од работодавецот дека осигуреничката се враќа на работа пред истекот на спреченоста за работа поради бременост и родителство; | 2. Vërtetim nga punëdhënësi se e siguruara kthehet në punë para mbarimit të afatit të pengimit nga puna për shkak të shtatzënisë dhe të prindërimit; |
|                                                                                                                                          | 3. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.                                                                                 |

*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*

*Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.*

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtrim:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:







**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

Kërkoj që Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut – Shërbimi rajonal \_\_\_\_\_, në bazë të dokumentacionit të bashkëngjitur në kërkesë, me aktvendim të më përcaktoj të drejtën e shfrytëzimit të kompensimit të rrogës gjatë mungesës në puna për shkak të prindërimit të babait/birësuesit të fëmijës.

Кон барањето ја приложувам следната Кërkesës ia bashkëngjis dokumentacionin vijues документацѝја (се заокружува): (тë rrethohet):

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Извештај за привремена спреченост за работа-Образец ИСП од избран лекар;</li><li>2. Извод од книгата на родените за детето (копие)<sup>1</sup>;</li><li>3. Решение за адаптација - посвојување од Центар за социјални работи за посвоено дете (само за посвоено дете)<sup>2</sup>;</li><li>4. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и сотојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);</li><li>5. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Raport i ndërprerjes së përkohshme të punës – Formular RNP nga mjeku i zgjedhur;</li><li>2. Certifikatë e lindjes për fëmijën (kopje)<sup>1</sup>;</li><li>3. Vendim për adoptim - birësim nga Qendra e Punës Sociale për fëmijë të adoptuar (vetëm për fëmijë të adoptuar)<sup>2</sup>;</li><li>4. Deklaratë e noterizuar e llogarive të transaksionit të personit juridik dhe një kopje e certifikatës së qarkullimit dhe gjendjes së llogarive të transaksionit (vetëm për persona juridik me një të punësuar);</li><li>5. Dëshmi e llogarisë së transaksionit të parashtruesit të kërkesës.</li></ol> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

<sup>1, 2</sup> Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗО РСМ ќе го обезбеди по службена должност.

<sup>1, 2</sup> Nëse i siguruari nuk e dorëzon dokumentin, FSSHRMV-ja do ta sigurojë atë sipas detyrës zyrtare.

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.

Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtrimit:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:

## Formulari i kërkesës RM1

Тел/Tel: 02/3289-000  
Факс/Faks: 02/3289-048  
e-mail: [info@fzo.org.mk](mailto:info@fzo.org.mk)  
[www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk)



**Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија**  
**Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut**

Кон барањето ја приложувам следната документација: Kërkesës ia bashkëngjit dokumentacionin vijues:

1. Отпусно писмо за завршено болничко лекување од здравствената установа, со која ФЗОПМ 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;
2. Конзултарно мислење од соодветна болничка здравствена установа во која се лекувало осигуреното лице;
3. Наод, оценка и мислење од Лекарската комисија<sup>1)</sup>.

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

1. Флетлешим i trajtimit të përfunduar mjekësor nga institucioni mjekësor, me të cilin FSSH RMV-ja ka nënshkruar kontratë, ku është kryer mjekimi në spital, gjegjësisht raport i specialistit nga institucioni përkatës mjekësor, në të cilin kanë qenë në mjekim në spital, përkatësisht në ambulanсë, nëse bëhet fjalë për paralizë cerebrale te fëmijët deri në moshën 14 vjeçare;
2. Mendim konsiliumi nga institucioni përkatës mjekësor dhe shëndetësor në të cilin është mjekuar personi i siguruar;
3. Konstatim, vlerësim dhe mendim nga Komisioni i mjekëve<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Për personat e siguruar jashtë Shkupit, FSSH RMV-ja e siguron dokumentin sipas detyrës zyrtare.

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 ФЗОПМ.

Shënim: E drejta e rehabilitimit mjekësor të specializuar realizohet brenda një muaji pas trajtimit të kryer në spital, gjegjësisht brenda një muaji pas ekzaminimit të domosdoshëm, përkatësisht brenda tre muajve pas një infarkti të zemrës, intervenimi kirurgjikal të zemrës dhe të gjithë intervenimet kirurgjikale në gjoks me patologji respiratore. Rehabilitimi mjekësor duhet të fillojë më së voni dy muaj nga marrja e aktvendimit të FSSH RMV-së.

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

Duke plotësuar këtë kërkesë, pajtohem që të dhënat e mia personale dhe të dhënat për anëtarët e familjes sime të përdoren për realizimin e të drejtës së sigurimit shëndetësor dhe shfrytëzimin e mbrojtjes shëndetësore dhe të përdoren në përputhje me dispozitat e Ligjit të Mbrojtjes së të Dhënave Personale.

Место и датум на поднесување:  
Vendi dhe data e parashtrimit:

Подносител на барањето:  
Parashtruesi i kërkesës:

**Ф3ОPCM-Образец 3О-1/FSSHRMV-Formular SD-1**

FOND ZA ZDRAVSTVENO OSIGURUVANJE NA REPUBLIKA SEVERNA MAKEDONIJA  
FONDI PËR SIGURIM SHËNDETËSOR I REPUBLIKËS SË MAQEDONISË SË VERIUT

**ПРИЈАВА / ОДЈАВА / ПРОМЕНА (30-1)/REGJISTRIMI/ÇREGJISTRIMI/NDRYSHIMI (SD-1)**  
**ЗА ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВЕСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ / PËR SIGURIM TË DETYRUESHËM SHËNDËTËSOR**  
**ПОДАТОЦИ ЗА ОБВРЗНИКОТ ЗА УПЛАТА НА ПРИДОНЕСИ/ TË DHËNA PËR OBIGUESIN PËR PAGIM TË KONTRIBUTIT**

**1. ПОДАТОЦИ ЗА ОБВРЗНИКОТ ЗА УПЛАТА НА ПРИДОНЕС/ TË DHËNA PËR OBLIGUESIN PËR PAGIM TË KONTRIBUTIT**

|    |                                                |            |                             |    |                             |
|----|------------------------------------------------|------------|-----------------------------|----|-----------------------------|
| 1. | Регистарски број/ Numri i regjistrit           | 2.         | Даночен број/ Numri tatimor | 3. | Матичен број/ Numri i amzës |
| 4. | Назив/ Emri                                    |            |                             |    |                             |
| 5. | Адреса (улица и број)/ Adresa (ruga dhe numri) |            |                             |    |                             |
| 6. | Шифра на дејност<br>Shifra e veprimtarisë      | 7. e-mail: | 8. Седиште/Selia            |    |                             |

**2. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ/ТЁ DHЁNA PЁR TЁ SIGURUARIN**

|     |                                                                                        |  |                                                            |                                                                                                  |     |                                                               |  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------|--|
| 9.  | Број на здравствена легитимација<br>Numri i librezës shëndetësore                      |  | 10.                                                        | Основ на осиг.<br>Baza e sigur.                                                                  | 11. | Единствен матичен број (ЕМБГ)<br>Numri i vetëm i amzës (NVAQ) |  |
| 12. | Презиме, име на родител/ старател и име/ Mbiemri, emri i prindit/ kujdestarit dhe emri |  |                                                            |                                                                                                  |     |                                                               |  |
| 13. | Адреса од исправа (улица и број)<br>Adresa nga dokumenti (ruga dhe numri)              |  | 14.                                                        | Населено место<br>Vendbanimi                                                                     | 15. | Општина<br>Komuna                                             |  |
| 16. | Адреса на живеење (улица и број)<br>Adresa e banimit (ruga dhe numri)                  |  | 17.                                                        | Населено место<br>Vendbanimi                                                                     | 18. | Општина<br>Komuna                                             |  |
| 19. | Место на раѓање/ Vendi i lindjes                                                       |  | 20.                                                        | Држава на раѓање/ Shteti i lindjes                                                               |     |                                                               |  |
| 21. | Пријавен кај повеќе работодавачи?<br>I regjistruar tek më shumë punëdhënës ?           |  | 22.                                                        | Работни часови<br>Orë pune                                                                       | 23. | Подрачна служба<br>Njësija rajonale                           |  |
| 24. | 1 2 3 4 5 6 7 8                                                                        |  | Степен на стручна спрема<br>Niveli i aftësimit profesional |                                                                                                  |     |                                                               |  |
| 25. | Датум на стапување во осиг.<br>Data e fillimit të j.r.                                 |  | 26.                                                        | Единствен здравствен број на осигуреник<br>Numri i vetëm i sigurimit shëndetësor i të siguruarit |     | Датум на одјава од осиг.<br>Data e përfundimit të sigur.      |  |

3. ПОДАТОЦИ ЗА ЧЛ. 10. НОВИТЕ НА СЕМЕЈСТВО НА ОСИГУРЕНИКОТ  
ТЕ ДИЧЕА ПЕР АНЕТАРЕТ Е FAMILJES СЕ ТЕ СИГУРАРИТ

|     |                                      |     |                                                                                        |     |                                                                                                                  |
|-----|--------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28. | Ред. Број<br>Numri rend.             | 29. | Презиме, име на родител/старател и име<br>Mbiemri, emri i prindit/kujdestarit dhe emri | 30. | Сродство<br>Lidhja familjare                                                                                     |
| 31. |                                      |     |                                                                                        | 32. | Единствен здравствен број на осигуреник (E35O)<br>Numri i vetëm i sigurimit shëndetësor i të sigurvearit (NVSSH) |
| 33. | Место на раѓање<br>Vendi i lindjes   | 34. | Датум на стапување во осиг.<br>Data e fillimit të sigur.                               | 35. | Датум на одјава од осиг.<br>Data e përfundimit të sigur.                                                         |
| 36. | Место на живеење/<br>Vendi i banimit | 37. | Адреса на живеење/<br>Adresa e banimit                                                 |     |                                                                                                                  |

---

|     |                                      |     |                                                                                        |     |                                                                                                                  |
|-----|--------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28. | Ред. Број<br>Numri rend.             | 29. | Презиме, име на родител/старател и име<br>Mbiemri, emri i prindit/kujdestarit dhe emri | 30. | Сродство<br>Lidhja familjare                                                                                     |
| 31. |                                      |     |                                                                                        | 32. | Единствен здравствен број на осигуреник (E35O)<br>Numri i vetëm i sigurimit shëndetësor i të sigurvearit (NVSSH) |
| 33. | Место на раѓање<br>Vendi i lindjes   | 34. | Датум на стапување во осиг.<br>Data e fillimit të sigur.                               | 35. | Датум на одјава од осиг.<br>Data e përfundimit të sigur.                                                         |
| 36. | Место на живеење/<br>Vendi i banimit | 37. | Адреса на живеење (улица и број)<br>Adresa e banimit (ruga dhe numri)                  |     |                                                                                                                  |

SO POPOJLNUVAJE NA OVA BARANJE SE SOGLASUJAM MOJTE LICNI PODATOCI I PODATOCTE ZA CLENOVITE NA MOETO SEMEJSTVO DA SE KORISTAT ZA OSTAVURAVANJE NA PRAVA OD ZDRAVSTVENOTO OSIGURUVANJE I KORISTEJE NA ZDRAVSTVENA ZASHITTA I ISTITE DA SE KORISTAT SOGLASNO PROPISITE ZA ZAKONOT ZA ZASHITTA NA LICNITE PODATOCI/ DUKE PLOTESUAR KETE KERKSE, RAJTOHEM QE TE DHENAT E MIA PERSONALE DHE TE DHENAT PER ANETARET E FAMILIES SIME TE PERDOREN PER USHTRIMIM E TE DREJTES SE SIGURIMIT SHENDETESOR DHE PERDORIMIN E KUJDEKIT SHENDETESOR DHE ATO TE PERDOREN NE PERPUTHEJE ME LIQIN PER MBROJTJEN E TE DHENAVE PERSONALE

Подрачна служба (примил)  
Shërbimi rajonal (pranoi)

Датум на поднесување  
Data e parashtrimit

MP/VV

Подносител на пријавата  
Parashtuesi i formularit



# СЛУЖБЕН ВЕСНИК

на Република Северна Македонија



**www.slvesnik.com.mk**

**contact@slvesnik.com.mk**

**Издавач: ЈП СЛУЖБЕН ВЕСНИК НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА, ц.о. – Скопје**

бул. „Партизански одреди“ бр. 29. Поштенски фах 51.

Директор и одговорен уредник – Мартин Костовски

телефон: +389-2-55 12 400

телефакс: +389-2-55 12 401

**Претплатата за 2020 година изнесува 12.200,00 денари.**

„Службен весник на Република Северна Македонија“ излегува по потреба.

**Рок за рекламации: 15 дена.**

**Жиро-сметка: 300000000188798.**

Депонент на Комерцијална банка, АД – Скопје.

Печат: Печатница ЕВРОПА 92 ДООЕЛ, Кочани.

ISSN 0354-1622



2020083