БАРАЊЕ ЗА ОСЛОБОДУВАЊЕ ОД ПАРТИЦИПАЦИЈА

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

Опис: Барањето се однесува за ослободување од натамошно учество во трошоци наздравствени услуги (односно враќање на веќе платеното учество).

Потребна документација:

1.Образец на барање П1 (на шалтер);
2. Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и; **3**. Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата;

4. Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и;
5. 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;
6. Извод на родени за деца од 1-5 години (копија);
7. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Барањето – Образецот П1 се пополнува во два идентични примерока, на кои се втиснува приеменштембил со број и датум од страна на архиварот. Едниот примерок со документите во прилог гозадржува Архивата на Подрачната служба на ФЗОМ, а другиот примерок го задржуваподносителот на барањето.

ВАЖНО:Кон едниот примерок од Барањето - Образец П1 во прилог се доставува дел од или целадокументација наведена во образецот, и тоа задолжително се означува документацијатакоја се доставува со заокружување на редниот број пред називот на документацијата. Какодокументацијата под реден број 4 се доставуваат една или повеќе од наведенитеалтернативи за документација наведени во заградите, односно сето она што може дапослужи како доказ за месечните примања во семејството.На крајот, на празните линии, се впишува местото и датумот на поднесување на барањето и потписот на подносителот на барањето

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање **П1**

БАРАЊЕ

за ослободување од партиципација

Од осигуреникот ____ (за член на семејство ______________________________________) од населено место_________________ Ул.___________________________________ бр. ________ телефон _________________.

Број на здравствена легитимација	- -
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	

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

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

1. Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и;
2. Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОМ има склучено договор за услугата;
3. Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и;
4. 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)[1];
6. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето

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

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

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување: Подносител на барањето:

_______________________________ _______________________________

Македонија 6б, 1000 Скопје • Тел: 080033222 • e-mail: info@fzo.org.mk
www.fzo.org.mk