

CONVENTION EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE ENTRE LE GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG ET LA REPUBLIQUE DE MACEDOINE  
ДОГОВОР МЕГУ ГОЛЕМОТО ВОЈВОДСТВО ЛУКСЕМБУРГ И РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА ЗА СОЦИЈАЛНО ОСИГУРУВАЊЕ

**HOSPITALISATION, NOTIFICATION D'ENTREE ET DE SORTIE  
БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ, ПОТВРДА ЗА ПРИЕМ И ОТПУШТАЊЕ**

*Article 15 paragraphes (1,) à (3), article 16 paragraphe (1) et article 26 paragraphe (1) de la Convention  
Член 15 став 1 и 3, член 16 став 1 и член 26 став 1 од Договорот  
Article 13 et article 24 paragraphe (1) de l'Arrangement administratif  
Член 13 и член 24 став 1 од Административната спогодба*

La caisse nationale de santé ou caisse de maladie remplit la partie A pour notifier l'entrée dans l'établissement hospitalier, la partie B pour notifier la sortie, et envoie le formulaire au service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine. En cas d'hospitalisation d'un membre de la famille, indiquer aussi les données concernant la personne assurée. Pour chaque membre de famille établir un formulaire séparé.

Националната здравствена каса или Здравствениот фонд го пополнува образецот: делот А за да го извести приемот во болничката установа и делот Б за да го извести отпуштањето од болничката установа, и го испраќа до надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Во случај на болничко лекување на член на семејство, се запишуваат и податоците на осигуреникот. За секој член на семејство се издава посебен образец.

|     |  |
|-----|--|
| 1.  | Au service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence<br>Надлежна подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија |
| 1.1 | Dénomination / Назив.....<br>.....   |
| 1.2 | Adresse / Адреса .....<br>.....<br>.....   |

|     |  |
|-----|--|
| 2.  | Personne assurée / Осигуреник  |
| 2.1 | Noms / Презимиња<br>.....  |
| 2.2 | Prénoms / Имиња.....   |
| 2.3 | Date de naissance / Датум на раѓање.....   |
| 2.4 | Adresse en Macédoine / Адреса во Македонија .....<br>.....<br>.....  |
| 2.5 | N° d'identification / Број за идентификација<br>au Luxembourg / во Луксембург .....<br>en Macédoine (EMBG) / во Македонија (ЕМБГ)..... |

3. Membre de la famille hospitalisé / Хоспитализиран член на семејството

3.1 Noms / Презимиња.....

3.2 Prénoms / Имиња.....

3.3 Date de naissance / Датум на раѓање.....

3.4 Adresse en Macédoine / Адреса во Македонија.....  
.....  
.....

3.5 N° d'identification / Број за идентификација  
au Luxembourg / во Луксембург .....  
en Macédoine (EMBG) / во Македонија (ЕМБГ).....

4. Référence / Врска :

4.1  votre formulaire R/M/L / Ваш образец РМ/Л ..... du / од ден .....

(numéro et date d'émission du formulaire attestant le droit aux prestations de la personne assurée)  
(број и датум на издавање на образецот за остварување на право на давања на осигуреното лице)

4.2  notre formulaire L/RM 107 du / наш образец Л/РМ 107 од ден .....

**A. Notification d'entrée**

**A Известување за прием**

5. La personne désignée  au cadre 2  au cadre 3  
Лицето наведено во точка 2 точка 3

5.1 a été hospitalisée le / било хоспитализирано на ден.....

5.2 dans l'établissement ci-après / во следнава здравствена установа  
.....  
.....  
.....

5.3 par suite  
поради

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> de maladie<br>болест                       | <input type="checkbox"/> de maternité<br>мајчинство                         |
| <input type="checkbox"/> d'accident de travail<br>повреда на работа | <input type="checkbox"/> de maladie professionnelle<br>професионална болест |

5.4 Prolongation planifiée de l'hospitalisation jusqu'au / Планирано продолжување на болничкото лекување до ден  
.....

**B. Notification de sortie**  
**Б. Известување за отпуштање**

6. L'hospitalisation notifiée

Известувањето за прием во болничката установа

par notre formulaire L/RM 113 du / со нашиот образец Л/РМ 113 од ден .....

à la partie A ci-dessus / во делот А од образецот

6.1 a pris fin le / е завршено на ден.....

7. La caisse nationale de santé ou caisse de maladie  
Национална здравствена каса или Здравствен фонд

7.1 Dénomination / Назив.....  
.....

7.2 Adresse / Адреса.....  
.....  
.....

7.3 Cachet / Печат

7.4 Date / Датум

7.5

Signature / Потпис