

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

OCTROI DE PRESTATIONS EN NATURE D'UNE GRANDE IMPORTANCE
ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА ДАВАЊА ВО НАТУРА ОД ГОЛЕМА ВРЕДНОСТ

Article 15 paragraphe (6) de la Convention

Член 15 став 6 од Договорот

Article 14 de l'Arrangement administratif

Член 14 од Административната спогодба

La caisse nationale de santé ou caisse de maladie remplit la partie A et transmet deux exemplaires au service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine. Le service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine remplit la partie B et renvoie un exemplaire à la caisse nationale de santé ou caisse de maladie. Si la prestation en nature est destinée à un membre de famille, indiquer également les données concernant la personne assurée. Si les deux ont besoin de prestations en nature, prière d'utiliser deux formulaires.

Националната здравствена каса или Здравствениот фонд го пополнува делот А од образецот и испраќа два примерока до надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија. Надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија го пополнува делот Б од образецот и враќа еден примерок до Националната здравствена каса или до Здравствениот фонд. Доколку давањето во натура е за член на семејство, се запишуваат и податоците на осигуреникот. Доколку и двајцата имаат потреба од давања во натура, Ве молиме да користите два посебни обрасца.

A. Notification
A. Известување

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

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

3.	Membre de la famille concerné / Член на семејство за кој се однесува известувањето
3.1	Noms / Презимиња
3.2	Prénoms / Имиња
3.3	Date de naissance / Датум на раѓање.....
3.4	Adresse / Адреса на живеење
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 RM/L / Ваш образец РМ/Л du / од ден
- 4.2 ☐ notre formulaire L/RM 107 du / Наш образец Л/РМ 107 од ден.....

5. Nos services médicaux ont reconnu pour la personne désignée
Нашите медицински служби констатираа, за лицето наведено во

- ☐ au cadre 2 ☐ au cadre 3
точка 2 точка 3

- 5.1 ☐ la nécessité ☐ l'urgence absolue
неопходност апсолутно итност

5.2 des prestations en nature suivantes / на следниве давања во натура.....
.....
.....

- 5.3 dont le coût ☐ probable ☐ effectif est de
чиј износ веројатен стварен изнесува
..... (EUR)

6. ☐ Le rapport médical de contrôle se trouve en annexe.
Извештајот од лекарската контрола се наоѓа во прилог.

7. Les prestations citées au point 5.2
Давањата наведени во точката 5.2

- ☐ ont déjà été servies d'urgence le / веќе беа пружени поради итност на ден
.....

☐ * seront servies si nous ne recevons pas d'opposition de votre part dans les 15 jours à dater de l'envoi de la présente notification.

* ќе бидат пружени освен во случај да во рок од 15 дена по праќањето на ова известување, барањето биде одбиено од Ваша страна.

8.	La caisse nationale de santé ou caisse de maladie Национална здравствена каса или Здравствен фонд		
8.1	Dénomination / Назив		
8.2	Adresse / Адреса		
8.3	Cachet / Печат	8.4	Date / Датум.....
			Signature / Потпис
		8.5	

* Le formulaire est à envoyer également par fax ou courrier électronique

* Образецот може да се испрати по факс или електронска пошта

B. Réponse

Б. Одговор

9.	A la caisse nationale de santé ou caisse de maladie Национална здравствена каса или Здравствен фонд		
9.1	Dénomination / Назив		
9.2	Adresse / Адреса		

10. L'octroi des prestations demandées au point 5.2
Ве информираме дека давањата во натура наведени во точката 5.2

☐ est approuvé / се одобруваат

☐ est refusé / не се одобруваат

Motif du refus / Причина за неодобрување

.....
.....
.....

11.	Le service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine Надлежна подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија		
11.1	Dénomination / Назив		
11.2	Adresse / Адреса.....		
11.3	Cachet / Печат	11.4	Date / Датум
			
		11.5	Signature / Потпис
			