

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

FORMULAIRE NOTIFIANT LA NON-RECONNAISSANCE OU LA FIN DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL  
ИЗВЕСТУВАЊЕ ЗА НЕПРИЗНАВАЊЕ ИЛИ ПРЕСТАНОК НА НЕСПОСОБНОСТА ЗА РАБОТА

*Article 15 paragraphe (7), article 16 paragraphe (5) et article 26 paragraphe (2) de la Convention  
Член 15 став 7, член 16 став 5 и член 26 став 2 од Договорот  
Article 15 et article 24 paragraphe (2) de l'Arrangement administratif  
Член 15 и член 24 став 2 од Административната спогодба*

La caisse nationale de santé établit deux exemplaires, dont l'un sera adressé à la personne assurée elle-même, l'autre au service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine.

Националната здравствена каса го пополнува образецот во два примерока, од кои едниот примерок го доставува до осигуреникот, а другиот примерок до подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

<b>Référence du dossier</b>	au Luxembourg / во Луксембург
<b>Број на досие</b>	en Macédoine / во Македонија

La caisse nationale de sante / Националната здравствена каса како:

- Institution compétente / Надлежен носител  
 Institution du lieu de séjour ou de résidence / Носител во местото на престој или живеење

1	Au service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine 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 en Macédoine / Адреса во Македонија ..... .....
2.5	Adresse au Luxembourg / Адреса во Луксембург..... .....
2.6	N° d'identification / Број за идентификација au Luxembourg / во Луксембург..... en Macédoine (EMBG) / во Македонија (ЕМБГ) .....

**La caisse nationale de santé / Национална здравствена каса како:**

- Institution compétente ; référence: notre formulaire L/RM 117 / Надлежен носител; врска: наш образец Л/РМ 117
- Institution du lieu de séjour ou de résidence; référence: notre formulaire L/RM 115 / Носител во местото на престој или живеење; врска: наш образец Л/РМ 115
- 3  Des faits qui ont été portés à notre connaissance / Од сознанијата до кои дојдовме
- Du contrôle médical effectué le / Од лекарската контрола извршена на ден .....  
il résulte que / произлезе дека
- 3.1  votre incapacité de travail prend fin le / Вашата неспособност за работа завршува на ден  
.....
- 3.2  vous êtes capable de travailler / Вие сте способен за работа
- 3.3  votre état de santé ne vous empêche pas de retourner dans le pays où vous êtes assuré.  
Вашата здравствена состојба не Ве спречува да се вратите во земјата кадешто сте осигуран.
- 4.1  Le dernier jour du paiement des prestations en espèces est le / Последен ден до кој ќе примате парични давања е  
.....
- 4.2  Vous n'avez pas droit à des prestations en espèces parce que / Немате право на парични давања поради:  
.....  
.....
- 5 La présente notification / Потврдата во прилог  
a été adressée à la personne désignée au cadre 2 en date du / е испратена на лицето наведено во точка 2 на ден  
.....
- est à adresser à la personne désignée au cadre 2 / треба да се испрати на лицето наведено во точка 2

6	La caisse nationale de santé / Национална здравствена каса		
6.1	Dénomination / Назив..... .....		
6.2	Adresse / Адреса..... .....		
6.3	Cachet / Печат	6.4	Date / Датум .....
		6.5	Signature / Потпис .....

**Voies et délais de recours au Luxembourg  
Начин и рок на жалба во Луксембург**

*Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision ci-jointe, il vous est possible d'introduire un recours auprès du Conseil arbitral des assurances sociales, dans un délai de 40 jours à compter du jour de la réception de sa notification.*

*Ako ne se согласувате со донесената одлука, може да поднесете жалба до Судскиот совет за социјално осигурување (Conseil arbitral des assurances sociales) во рок од 40 дена сметајќи од денот на прием на потврдата.*