

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 ATTESTANT LE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DES TITULAIRES DE PENSION
ПОТВРДА ЗА ПРАВО НА ДАВАЊА ВО НАТУРА НА КОРИСНИЦИ НА ПЕНЗИЈА

Article 18 paragraphe (2) de la Convention
Член 18 став 2 од Договорот
Article 16 de l'Arrangement administratif
Член 16 од Административната спогодба

La caisse nationale de santé ou caisse de maladie remplit la partie A du formulaire et remet deux exemplaires de celui-ci au titulaire de pension ou aux membres de sa famille, ou les fait parvenir au service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence si le formulaire a été demandé par celui-ci. Le service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence remplit la partie B et transmet un exemplaire à la caisse nationale de santé ou caisse de maladie.

Националната здравствена каса или Здравствениот фонд го пополнува делот А од образецот и испраќа два примерока на корисникот на пензија или на членот на неговото семејство, или на подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на живеење, доколку образецот се издава по нејзино барање. Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на живеење го пополнува делот Б од образецот и враќа еден примерок до Националната здравствена каса или до Здравствениот фонд.

A. Notification du droit

A. Известување за остварување право

1	Au service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на живеење
1.1	Dénomination / Назив.....
1.2	Adresse / Адреса.....
1.3	Référence: votre formulaire RM/L 107 du / Врска: Ваш образец РМ/Л 107 од ден

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

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

B. Notification de l'inscription ou de la non inscription
Б. Известување за пријавување / непријавување

7	A la caisse nationale de santé ou caisse de maladie / Национална здравствена каса или Здравствен фонд		
7.1	Dénomination / Назив		
7.2	Adresse / Адреса		

8 La personne désignée au cadre 2 et les membres de sa famille n'ont pas été inscrits
Лицето наведено во точката 2 и членовите на неговото семејство не се пријавени поради:

8.2 parce que l'intéressé a déjà droit aux prestations en nature en vertu de la législation macédonienne.
тоа што имаат право на давања во натура согласно македонските правни прописи.

8.3 Autres motifs / Други причини

9	La personne désignée au cadre 2 et les membres suivants de sa famille ont été inscrits: Лицето наведено во точката 2 и следниве членови на неговото семејство се пријавени:			
9.1	Noms Презимиња	Prénoms Имиња	Date de naissance Датум на раѓање	N°d'identification Број за идентификација - au Luxembourg во Луксембург - en Macédoine (EMBG) во Македонија (ЕМБГ)

9.2 Date de l'inscription / Датум на пријавување

9.3 Les dépenses pour prestations en nature sont à charge de la caisse nationale de santé à partir de la date indiquée au point 9.2
Трошоците за давања во натура паѓаат на товар на Националната здравствена каса од датумот наведен во точката 9.2
.....

10	Service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на живеење		
10.1	Dénomination / Назив		
10.2	Adresse / Адреса.....		
10.3	Cachet / Печат	10.4	Date / Датум
		
		10.5	Signature / Потпис
		