

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

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

*Член 15 став 6 од Договорот*  
*Article 15 paragraphe (6) de la Convention*  
*Член 14 од Административната спогодба*  
*Article 14 de l'Arrangement administratif*

Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на престој или живеење го пополнува делот А од образецот и испраќа два примерока до Националната здравствена каса или до Здравствениот фонд. Националната здравствена каса или Здравствениот фонд го пополнува делот Б од образецот и враќа еден примерок до подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на престој или живеење. 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.

Le service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence ou de séjour remplit la partie A et transmet deux exemplaires à la caisse nationale de santé ou caisse de maladie. La caisse nationale de santé ou caisse de maladie remplit la partie B et renvoie un exemplaire au service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence ou de séjour. 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.

**A. Известување**  
**A. Notification**

1.	Национална здравствена каса или Здравствен фонд A la caisse nationale de santé ou caisse de maladie
1.1	Назив / Dénomination .....
1.2	Адреса / Adresse .....

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

3. Член на семејство за кое се однесува известувањето / Membre de la famille concerné

3.1 Презимиња / Noms

.....

3.2 Имиња / Prénoms

.....

3.3 Датум на раѓање / Date de naissance

.....

3.4 Адреса на живеење / Adresse

.....

.....

3.5 Број за идентификација / N° d'identification

во Македонија (ЕМБГ)/ en Macédoine (EMBG) .....

во Луксембург / au Luxembourg .....

4. Врска / Référence :

4.1  Ваш образец Л/PM / votre formulaire L/RM ..... од ден / du .....

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

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

точка 2  
au cadre 2

точка 3  
au cadre 3

5.1  неопходност  
la nécessité

апсолутно итност  
l'urgence absolue

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

.....

.....

5.3 чиј износ dont le coût  веројатен probable  стварен effectif изнесува est de

..... (МКД)

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

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

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

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

\* 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.

8.	Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на престој или живеење Le service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence ou de séjour		
8.1	Назив / Dénomination .....		
8.2	Адреса / Adresse .....		
8.3	Печат / Cachet	8.4 Датум / Date	8.5
			Потпис / Signature

\* Образецот може да се испрати по факс или електронска пошта  
\* Le formulaire est à envoyer également par fax ou courrier électronique

**Б. Одговор**  
**B. Réponse**

9.	Подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на престој или живеење Au service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence ou de séjour		
9.1	Назив / Dénomination .....		
9.2	Адреса / Adresse .....		

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

се одобруваат / est approuvé

не се одобруваат / est refusé

Причина за неодобрување / Motif du refus

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

11.	Национална здравствена каса или Здравствен фонд La caisse nationale de santé ou caisse de maladie		
11.1	Назив / Dénomination .....		
11.2	Адреса / Adresse .....		
11.3	Печат / Cachet	11.4 Датум / Date	11.5
			Потпис / Signature