

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

ИНДИВИДУАЛНА ПРЕСМЕТКА ЗА СТВАРНИ ТРОШОЦИ
RELEVÉ INDIVIDUEL DES DÉPENSES EFFECTIVES

Член 20 став 1 и 2, и член 26 став 3 од Договорот
Article 20 paragraphe (1) et (2) et article 26 paragraphe (3) de la Convention
Член 18 и член 24 став 3 од Административната спогодба
Article 18 et article 24 paragraphe (3) de l'Arrangement administratif

Подрачната служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија во местото на престој или живеење го пополнува образецот и испраќа три примерока до Националната здравствена каса или до Здравствениот фонд.

Le service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine du lieu de résidence ou de séjour remplit la partie A du formulaire et remet trois exemplaires à la caisse nationale de santé.

Се пополнува еден образец по корисник
Remplir un formulaire par bénéficiaire

1			
Фактура бр. Facture n°	☐ 1. шестомесечие 1 ^{er} semestre	☐ 2. шестомесечие 2e semestre	година de l'exercice

2	Национална здравствена каса A la caisse nationale de santé
2.1	Назив / Dénomination
2.2	Адреса / Adresse

3	Осигуреник / Assuré(e)
3.1	Презимиња / Nom
3.2	Имиња / Prénoms
3.3	Датум на раѓање / Date de naissance
3.4	Адреса во Македонија / Adresse en Macédoine
3.5	Адреса во Луксембург / Adresse au Luxembourg
3.6	Број за идентификација / N° d'identification во Македонија (ЕМБГ) / en Macédoine (EMBG) во Луксембург / au Luxembourg

4	Член на семејство / Membre de famille
4.1	Презимиња / Nom
4.2	Имиња / Prénoms
4.3	Датум на раѓање / Date de naissance
4.4	Број за идентификација / N° d'identification во Македонија (ЕМБГ) / en Macédoine (EMBG) во Луксембург / au Luxembourg

- 5 Лицето наведено во ☐ точка 3 ☐ точка 4
 La personne indiquée au cadre 3 4
 на основа на Вашиот образец / au vu du formulaire
- Л/РМ / L/RM од ден / du
 со важност од ден / valable du до ден / au
- 5.1 ☐ користело давања во натура / a bénéficié de prestations
- 5.2 ☐ било подложено на лекарски преглед побарано со Ваш образец Л/РМ 117 на ден / a été soumise à l'expertise médicale demandée avec votre formulaire L/RM 117 le

6	Стварни трошоци / Dépenses effectuées	6.1 Износ/Montant (МКД)
6.2	За давања во натура Pour prestations en nature	од до du au
6.3	Амбулантни услуги Soins médicaux	
6.4	Стоматолошки услуги Soins dentaires	
6.5	Лекови Médicaments	
6.6	Болничко лекување Hospitalisation	од до du au од до du au
6.7	Други давања во натура Autres prestations en nature	
6.8	Вкупно давања во натура Total des prestations en nature	
6.9	Лекарски контроли Contrôles médicaux	
6.10	ВКУПНО ТРОШОЦИ TOTAL DES DEPENSES	

7	Надлежна подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија Le service régional du Fonds d'assurance de santé de Macédoine		
7.1	Назив / Dénomination		
7.2	Адреса / Adresse		
7.3	Печат / Cachet	7.4 Датум / Date	
		7.5 Потпис / Signature	