

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 ОСИГУРУВАЊЕRELEVÉ INDIVIDUEL DES DÉPENSES EFFECTIVES
ИНДИВИДУАЛНА ПРЕСМЕТКА ЗА СТВАРНИ ТРОШОЦИ

Article 20 paragraphe (1) et (2) et article 26 paragraphe (3) de la Convention

Член 20 став 1 и 2 и член 26 став 3 од Договорот

Article 18 et article 24 paragraphe (3) de l'Arrangement administratif

Член 18 и член 24 став 3 од Административната спогодба

La caisse nationale de santé remplit la partie A du formulaire et remet trois exemplaires au service régional compétent du Fonds d'assurance de santé de Macédoine, par l'intermédiaire du Fonds d'assurance de santé de Macédoine.

Националната здравствена каса го пополнува образецот и испраќа три примерока до надлежната подрачна служба на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, преку Фондот за здравствено осигурување на Македонија.

Remplir un formulaire par bénéficiaire

Се пополнува еден образец по корисник

1	Facture n° <input type="checkbox"/> 1 ^{er} semestre <input type="checkbox"/> 2e semestre de l'exercice		
	Пресметка бр. 1.шестомесечие 2. шестомесечие година		

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

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

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

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

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

7	La caisse nationale de santé / Национална здравствена каса		
7.1	Dénomination / Назив.....		
7.2	Adresse / Адреса.....		
7.3	Cachet / Печат	7.4 Date / Датум	
		
		7.5 Signature / Потпис	
		