

KËRKESË PËR RIMBURSIM

(për shërbimet që i Siguruari ka paguar vetë / që nuk kërkojnë Autorizim Paraprak)

http://sigal.com.al/home/04_service/02_rrjeti_mjekesor/

A. TË DHËNAT PERSONALE TË TË SIGURUARIT *

Emri, Atësia, Mbiemri

Nr.Kartes se Sigurimit / Punedhenesi

Adresa elektronike

Numri i telefonit dhe/ose celularit

Nr i llogarise bankare (Specifiko EUR/LEK)

Emri i Perfituesit dhe Banka

Kërkesa e pare për këtë kontratë?

po jo

Shpenzimet jane kryer brenda rrjetit mjekesor?

po jo

Seksioni 1. Ju lutemi, bashkangjitini kësaj kerkese :

- 1) një kopje e kartës së sigurimit shendetësor
- 2) një kopje të pasaportës të siguruarit ose ID,
- 3) të gjitha faturat mjekësore origjinale dhe kuponat tatimore,
- 4) një kopje të të gjitha dokumenteve të tjera mbështetëse (psh. përgjigjet e analizave, rekomandimet e mjekut etj_

Dokumenta gjithesej _____

Per hapjen e praktikës per mbulim shpenzimesh mjekësore ky formular dhe dokumentat mbeshtetese duhet te dergohen orgjinale dhe ne hard copy. Dergimi i dokumentave me e-mail eshte i pavlefshem dhe korrespondencat nuk do te perbejne baze per vleresimin dhe shqyrtimin e praktikës.

***Peshkruani rrethanat e semundjes/kontrollit apo nevoja që ju shtyu të kërkonit kujdes mjekësor:**

Seksioni 2

Nr	Nr. i Fatures	Vlera/Monedha	Data	Institucioni mjekësor-Shteti
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
	Totali *			

Deklaroj se të gjitha të dhënat që kam paraqitur më sipër janë të vërteta . Autorizoj çdo mjek, qendër mjekësore, farmaci, sigurues, punëdhënës apo syndikatë që ti dorëzojë Sigal sh.a. çdo të dhënë që do ti nevojitet për të vlerësuar këtë kërkesë. Fotokopja e këtij autorizimi do të pranohet si e vlefshme po aq sa edhe dokumenti origjinal.

Nënshkrimi

Datë

Data e marrjes nga SIGAL

(pacienti ose prindi në se është nën 18vjeç)

Seksionet me * jane te detyrueshme per t'u plotesuar

SIGAL UNIQA Group AUSTRIA sh.a.,
Bulevardi Zog I, Nr. 1, Tiranë, Shqipëri
Tel : +355 4 233 308, e-mail : infoshendet@sigal.com.al