

KËRKESË PËR AUTORIZIM PARAPRAK & ASISTENCË PËR PAGESË DIREKTE

(për shërbimet që kërkojnë Autorizim Paraparak)

B. TË DHËNAT PERSONALE TË TË SIGURUARIT *

Emri, Atësia, Mbiemri

Nr.Kartes se Sigurimit / Punedhënesi

Adresa elektronike

Numri i telefonit dhe/ose celularit

Seksioni 1. Ju lutemi, bashkangjitini kësaj kerkese :

një kopje e kartës së sigurimit shendetësor

një kopje të pasaportës të siguruarit ose ID,

një kopje të të gjitha dokumenteve të tjera mbështetëse (psh. përgjigjet e analizave, rekomandimet e mjekut etj_

Dokumenta gjithesej _____

Per hapjen e praktikës për mbulim shpenzimesh mjekësore ky formular dhe dokumentat mbështetëse duhet të dërgohen origjinale dhe ne hard copy. Dërgimi i dokumentave me e-mail është i pavlefshëm dhe korrespondencat nuk do të përbejnë baze për vlerësimin dhe shqyrtimin e praktikës.

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

X	Lloji i Shërbimit	Data e planifikuar	Institucioni mjekësor-Shteti Brenda rrjetit <input type="radio"/> PO <input type="radio"/> JO	Mjek i Spitali Full Time <input type="radio"/> PO <input type="radio"/> JO
	ShTRIM NË SPITAL			
	CHECK UP VJETOR			
	KIRURGJI DITORE			
	KONTROLL PËR SHTATZANI/LINDJE			
	TË TJERA ME VLERË MBI 20,000 LEKË			

Deklaroj se të gjitha të dhënat që kam paraqitur më më sipër janë të vërteta . Autorizoj çdo mjek, qendër mjekësore, farmaci, sigurues, punëdhënës sindikatë që ti dorëzojë Siguruesit çdo të dhënë që do ti nevojitet për të vlerësuar këtë kërkesë. Kjo kërkesë plotësohet vetëm për shërbime të planifikuara për të cilat personi i siguruar sipas kushteve të kontratës **per te cilat duhet marre Autorizim Paraparak**. Ne baze të të dhënave dhe dokumentave të plotësuar nga i siguruari, SIGAL ne zbatim të Kushteve të Kontrates së Sigurimit dhe limiteve ne dispozicion do të shqyrtoje kërkesën dhe njoftojë personin e siguruar mbi aprovimin e ose jo të saj. Ne rast aprovim, SIGAL me miratimin e të siguruarit mund të asistojë të siguruarin me pagesë direkte kundrejt institucionit shendetësor të perzgjedhur nëse shërbimet kryhen brenda rrjetit mjekësor SIGAL www.sigal.com.al/rrjetimjeksore.html dhe vetëm nëse shërbimi është **mbi 20,000 leke**. I siguruari pranon dhe kupton se Garancia e Pageses leshohet në bazë të shpenzimeve paraprake që dërgon Spitali/Klinika dhe i siguruari merr persiper që, në rast diferencash në vlerë, që mund të rezultojnë në fakturën përfundimtare, i siguruari do të marrë persiper vlerën që i takon në përputhje me kushtet e mbulimit

Nënshkrimi

Data

Data e marrjes nga SIGAL

(pacienti ose prindi nëse është nën 18 vjeç)

Seksionet me * janë të detyrueshme për t'u plotësuar

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