

KËRKESË PËR AUTORIZIM PARAPRAK

A. TË DHËNAT E TË SIGURUARIT

Emri, Atësia, Mbiemri

Nr.Kartes se Sigurimit

Nr. DokumentitIdentifikues

Adresa

Numri i telefonit dhe/ose celularit

Adresa e postës elektronike

B. SHËRBIMI PER TE CILIN KERKOHET AUTORIZIM PARAPRAK NGA SIGAL

Shtrim i parashikuar mbi 24 orë në spital		Vendi ku mund te merret trajtimi	Monedha	Shuma
Shpenzime te parashikuara mjeksore ne rast shtrimi në spital				
Data e përafert e shtrimit në spital:				
Kohëzgjatja e parashikuar e qëndrimit në spital:				
Përfitime të tjera		Vendi ku mund te merret trajtimi	Monedha	Shuma
Kirugji ditore pa shtrim në spital :				
Sherbim infermieri ne shtepi				
Shpenzimet për kontroll me skan rezonancemagnetik				
Shpenzime per Skane PET, CT :				
Data e përafert e planifikuar:				
Kohëzgjatja e parashikuar e qëndrimit në spital (ore):				
		Vendi ku planifikohet te behet evakuimi/transporti		
Evakuimi mjeksor urgjent/ rikthimi ne venbanim:				
Transport per trajtim jashte Shqiperise				
Kthimi i trupit të pacientit në Shqipëri				
Nr. I Dokumentave të bashkngjitura				

Emri, Mbiemri dhe Nënshkrimi i Mjekut specialist

datë

Emri, Mbiemri dhe Nënshkrimi i të Siguruarit/Personit të autorizuar

datë

Kjo kërkesë për autorizim paraprak së bashku me dokumentet mbështetëse, (epikriza e mjekut specialist, raporte mjeksore etj) , duhet ti dorëzohet Sigal sh.a. në adresën e mëposhtëme:

Shenim:- Në rast se i siguruari është nën 18 vjeç kjo formë pervec se nga mjeku specialist duhet të nënshkruhet nga prindi ose kujdestari.

- Pjesa e shpenzimeve te parashikuara do plotesohet nga mjeku specialist ne se sugjerohet trajtimi ne nje klinike jashte rrejetit mjeksor SIGAL.