

**KËRKESË PËR RIMBURSIM- B2**

(per sherbime mjeksore te marra jashte rrejetit SIGAL apo paautorizim paraprak nga SIGAL)

**A. TË DHËNAT E TË SIGURUARIT**

Emri, Atësia, Mbiemri

Nr.Kartes se Sigurimit ose i Polices se Sigurimit

Adresa

Numri i celularit dhe e-mail

**B. SHËRBIMI MJEKSOR DHE VLERA PERKATESE PER TE CILEN KERKOHET RIMBURSIM**

Sherbimi mjeksor	Vendi ku eshte marre trajtimi	Monedha	Shuma
1. Shtrim në spital			
- kirurgji, trajtim etj			
- transporti ne spital			
- trajtim intensive, analiza etj			
- proteza, radioterapi, kimioterapi etj			
- barna mjeksore			
- transplant organesh			
-trajtim psikiatrik			
2. Kirurgji ditore pa shtrim në spital			
3. Sherbim infermieri ne shtepi			
4. Kontroll me skan rezonancemagnetik MRI:			
5. Shpenzime per Skane PET, CT, rreze X :			
6. Evakuimi mjeksor urgjent/ rikthimi ne venbanim:			
7. Transport per trajtim jashte Shqiperise			
8. Kthimi i trupit të pacientit në Shqipëri			
9. Vizita kontrolle mjek i pergjithshem / specialist			
10. Analiza, kontrolle diagnostikuese etj			
11. Barna mjeksore			
12. Te tjera trajtime mjeksore:			
<b>Totali i shpenzimeve per te cilat kerkohet</b>			

Ju lutemi, bashkangjitini kesaj kerkese : 1) një kopje e kartës së sigurimit shendetsor 2) një kopje te pasaportës të siguruarit, 3) të gjitha faturat mjeksore origjinale, 4) kartelen e plote mjeksore dhe dokumenta të tjera mbështetëse.

Të dhëna për transfertë bankare:

*Emri i llogarimbajtesit,**Nr. i Llogarisë Bankare*

Deklaroj se të gjitha të dhënat që kam paraqitur më sipër janë të vërteta . Autorizoj çdo mjek, qendër mjeksore, farmaci, sigurues, punëdhënës apo sindikatë 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

(pacienti ose prindi ne se eshte nen 18vjec)

Data e marrjes nga SIGAL

Formulari i plotësuar te dergohet ne adrese te :