



## KËRKESË PËR RIMBURSIM

(Për shërbimet që I Siguruari ka paguar vetë / që nuk kërkojnë Autorizim Paraprak)

[www.eurosig.al](http://www.eurosig.al)

### A. TË DHËNAT PERSONALE TË TË SIGURUARIT \*

Emri, Atësia, Mbiemri

Nr.Kartes se Sigurimit / Punedhësi

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?	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo
Shpenzimet jane kryer brenda rrjetit mjekesor?	<input type="checkbox"/> po	<input type="checkbox"/> jo

### Seksioni 1. Lloji i shpenzimit për të cilin kërkonit rimbursim:

- kontroll mjekësor pa shtrim ne spital( mjek i përgjithshem/specialist)
- kontroll diagnostikues (domosdoshmerisht i justifikuar nga nje recete e mjekut specialist)
- analiza/kontrolle të kujdesit parandalues
- shpenzim farmaceutik (ju lutemi bashkangjitini kësaj kërkesë recetën e mjekut dhe vërtetimin e pagesës)
- trajtim me terapi (psh. fizioterapi)
- kujdes urgjent dentar
- të tjera ( shtatzani)

Ju lutemi, bashkangjitini kësaj kërkesë : **1)** një kopje e kartës së sigurimit shendetësor **2)** një kopje të pasaportës të siguarit 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). Per hapjen e praktikës per mbulim shpenzimesh mjekesore 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

\*Rrethanat e semundjes/kontrollit apo nevoja që ju shtyu të kërkonit kujdes mjekësor:

.....

.....

.....

### Seksioni 2

Nr	Fatura	Vlera/Monedha	Data	Institucioni mjekësor-Shteti
1.				
2.				
3.				
4.				
	<b>Totali</b>			

Deklaroj se të gjitha të dhënat që kam paraqitur më sipër janë të vërteta . Autorizoj çdo mjek, qendër mjekësore, farmaci, siguruës, 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

Data

Data e marrjes nga Eurosig

(pacienti ose prindi në se është nën 18vjeç)

Formulari i plotësuar/nenshkuar të dërgohet në adresë të :

**Eurosig sh.a.Rruga Papa Gjon Pali II, Vila Nr.5, Tirane,**

**Fax : +355 (0) 42 223 841, e-mail : [info@eurosig.al](mailto:info@eurosig.al)**