

FORMULAR

“KËRKESË PËR ASISTENCË / AUTORIZIM PARAPRAK”

Kjo kerkese plotesohet për shërbime të planifikuara, për të cilat personi i siguruar sipas kushteve të kontratës duhet të kërkojë Autorizimin Paraprak nga Eurosig.

Ne bazë të të dhënave dhe dokumentave të plotësuar nga i siguruari, Eurosig në zbatim të Kushteve të Kontratës së

Sigurimit dhe limiteve në dispozicion do të shqyrtojë kërkesën dhe njoftojë personin e siguruar mbi aprovimin e saj. Në rast aprovimi, Eurosig me miratimin e të siguarit mund të asistojë të siguarin me pagesë direkte kundrejt institucionit shëndetësor të përzgjedhur nëse ky i fundit është brenda rrjetit mjekësor Eurosig

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 perfundimtare, I siguruari do të marrë persiper vlerën që i takon në përputhje me kushtet e mbulimit.

B. SHËRBIM PËR TË CILIN KËRKOHEM AUTORIZIM PARAPRAK NGA EUROSIG.

Klikoni kategorinë e shërbimit mjekësor për të cilin kërkoni që fatura të paguhet nga Eurosig

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| • SHTRIM NË SPITAL | Data e planifikuar...../...../..... |
| • KONTROLL DIAGNOSTIFIKUES..... | Data e planifikuar...../...../..... |
| Specifiko | |
| • CHECK UP VJETOR | Data e planifikuar...../...../..... |
| • KIRURGJI DITORE | Data e planifikuar...../...../..... |
| • KONTROLL PER SHTATZANI / LINDJE | Data e planifikuar...../...../..... |
| • TE TJERA..... | Data e planifikuar...../...../..... |
| Specifiko | |

C. TË DHËNA PËR INSTITUCIONIN MJEKËSOR KU KËRKOHEM TË MERRET SHËRBIMI.

Emri i Institucionit mjekësor

Emri i mjekut që do t'ju ndjekë

Adresa (telefon dhe email nëse Institucioni mjekësor është jashtë Rrjetit Eurosig)

Kosto e parashikuar e shpenzimeve mjekësore për shërbimin mjekësor për të cilin kërkohet Garanci Page

Kjo kërkesë shoqërohet nga dokumenta mbështetëse (epikriza e mjekut specialist, raporte mjekësore, etj,..) Për hapjen e praktikës për mbulim shpenzimesh mjekësore ky formular dhe dokumentat mbështetëse duhet të dërgohen origjinale dhe në hard copy. Dërgimi i dokumentave me e-mail është i pavlefshëm dhe korrespondencat nuk do të përbejnë bazë për vlerësimin dhe shqyrtimin e praktikës

Emër Atësi Mbiemër

Nënshkrimi (për fëmijët, prindi)

Kontakt

...../...../.....
Datë