

KËRKESË PËR AUTORIZIM PARAPRAK

A. TË DHËNAT E TË SIGURUARIT

Emri, Atësia, Mbiemri	Nr. Certifikatës së Sigurimit	Nr. Dokumentit Identifikues
Adresa	Nr. Telefonit dhe/ose celularit	Adresa e postës elektronike

B. SHËRBIMI PËR TË CILIN KËRKOHEM AUTORIZIM PARAPRAK NGA SiCRED

Shtrim i parashikuar mbi 24 orë në spital		Vendi ku mund të merret trajtimi	Monedha	Shuma
Shpenzime të parashikuara mjekësore në rast shtrimi në spital				
Data e përafërt e shtrimit në spital:				
Kohëzgjatja e parashikuar e qëndrimit në spital				
Përfitime të tjera		Vendi ku mund të merret trajtimi	Monedha	Shuma
Kirurgji ditore pa shtrim në spital:				
Shpenzime për koronarografi				
Shpenzimet për kontroll me skan rezonancë magnetike MRI:				
Shpenzime për Skane PET, CT:				
Data e përafërt e planifikuar:				
Kohëzgjatja e parashikuar e qëndrimit në spital (orë):				
Nr. i Dokumenteve të bashkëngjitura				

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 mjekësore etj.), duhet t'i dorëzohet SiCRED sh.a. në adresën e mëposhtme:

SiCRED sh.a., Njësia Bashkiake Nr. 5, Rr "Brigada VIII", Vila Nr. 3/1, Tiranë

Fax: +35542237530, e-mail : contact@sicred.com.al

Shënim:

Pjesa e shpenzimeve të parashikuara do plotësohet nga mjeku specialist nëse sugjerohet trajtimi në një klinikë jashtë rrjetit mjekësor SiCRED.