

KËRKESË PËR RIMBURSIM- B1

(për shërbimet që nuk kërkojnë Autorizim Paraprak dhe janë kryer brenda rrjetit mjekësor SiCRED)

Emri, Atësia dhe Mbiemri i të Siguarit: _____

Numri Çertifikatës së Sigurimit dhe/ose i Policës të Sigurimit: _____

Seksioni 1

Lloji i shpenzimit për të cilin kërkonit rimbursim:

- kontroll/ mjekësor pa shtrim në spital(mjek i përgjithshëm/specialist)
- kontroll diagnostikues
- shpenzim farmaceutik (ju lutemi bashkëngjitni kësaj kërkesë recetën e mjekut dhe vërtetimin e pagesës)
- kujdes urgjent dentar
- të tjera (që nuk kërkojnë autorizim paraprak nga SiCRED)

Data(t) e kryerjes së kontrollit/vizitës: _____

Data(t) e kryerjes së analizave: _____

Data(t) e marrjes së medikamenteve: _____

Ju lutemi, bashkëngjitni kësaj kërkesë : 1) një kopje të Çertifikatës së sigurimit shëndetësor 2) një kopje të pasaportës së të siguarit, 3) të gjitha faturat mjekësore origjinale, 4) një kopje të të gjitha dokumenteve të tjera mbështetëse

Shpjegoni Rrethanat e sëmundjes/kontrollit apo nevoja që ju shtyu të kërkonit kujdes mjekësor:

Seksioni 2

Nr.	Fatura	Vlera/Monedha	Data	Institucioni mjekësor dhe vendi i ndodhjes
1				
2				
3				
4				
	Totali			

Të dhëna për transfertë bankare: _____

Emri i Bankës, kodi Swift

Nr. i Llogarisë Bankare

Deklaroj se të gjitha të dhënat që kam paraqitur më sipër janë të vërteta . Autorizoj çdo mjek, qendër mjekësore, farmaci, sigurues, punëdhënës apo sindikatë që t'i dorëzojë SiCRED sh.a, çdo të dhënë që do t'i nevojitet për të vlerësuar këtë kërkesë. Fotokopja e këtij autorizimi do të pranohet si e vlefshme po aq sa edhe dokumenti origjinal.

Nënshkrimi

_____/_____/_____
Datë

Data e marrjes nga SiCRED

Formulari i plotësuar të dërgohet në adresë të: _____

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

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