

**KËRKESË PËR RIMBURSIM – B2**

(për shërbime mjekësore të marra jashtë rrejtit SiCRED apo pa autorizim paraprak nga SiCRED)

**A. TË DHËNAT E TË SIGURUARIT**

Emri, Atësia, Mbiemri

Nr. Çertifikatës së Sigurimit ose i Policës së Sigurimit

Adresa

Numri i telefonit dhe/ose celularit

**B. SHËRBIMI MJEKËSOR DHE VLERA PËRKATËSE PËR TË CILËN KËRKOHEM RIMBURSIM**

Shërbimi mjekësor	Vendi ku është marrë trajtimi	Monedha	Shuma
1. Shtrim në spital			
Kirurgji, trajtim, etj.			
Transporti në spital			
Trajtim intensivë, analiza etj.			
Proteza, etj.			
Medikamente mjekësore			
2. Pacient ditore			
Kirurgji ditore pa shtrim në spital			
Kontroll me skan rezonancë magnetike MRI:			
Shpenzime për Skane PET, CT, rreze X			
Vizita kontrolle mjek i përgjithshëm/specialist			
Analiza, kontrolle diagnostikuese, etj.			
Medikamente mjekësore			
3. Të tjera trajtime mjekësore:			
<b>Totali i shpenzimeve për të cilat kërkohet rimbursim</b>			

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) kartelën e plotë mjekësore dhe dokumente të tjera mbështetëse.

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