



Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria-Vlada-Government
Fondi i Sigurimit Shëndetësor/Fond za Zdravstveno Osiguranje/Health Insurance Fund

**ZYRA PËR TRAJTIM MJEKËSOR JASHTË INSTITUCIONEVE
SHËNDETËSORE PUBLIKE**

Dokumentacionet e nevojshme për aplikim:

1. Raportin origjinal të Komisionit Konziliar – Raportin Konziliar (nga Klinika përkatëse në SHSKUK), të vulosur dhe nënshkruar nga tre (3) mjekë dhe Drejtori i Klinikës;
2. Aplikacionin për trajtim jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike;
3. Kopje e Letërnjoftimit ose Pasaportës (për moshën nën 18 vjeç Certifikatën e Lindjes jo më të vjetër se 6 muaj);
4. Dokumente/Raportet tjera shëndetësore;
5. Tri (3) pro-fatura konform Raportit Konziliar nga Institucionet Shëndetësore nga tri (3) shtete të ndryshme ku ofrohet shërbimi shëndetësor, në rastet kur mungon çmimi referent sipas shtojcës 1 të UA 03/2023,
(në pro-faturë duhet të jetë: Emri i Institucionit Shëndetësor, Nr. i xhirollogarisë ose iBAN, SWIFT Code, Emri i Bankës. Pro-fatura duhet të jetë e vulosur dhe e nënshkruar nga Institucioni që e lëshon atë);
6. Për rastet nën asistencë sociale, personat me status të invalidit të luftës, anëtarët e ngushtë të familjes së dëshmorëve, personat me aftësi të kufizuara, viktimat civile të luftës nevojitet dëshmi (Vendimi) i lëshuar nga Institucioni kompetent;

Me rëndësi: Për rastet urgjente, aplikacioni dorëzohet në Zyrën për TMJISHP, brenda afatit prej 72 orësh (3 ditë) nga momenti i lëshimit të Raportit Konziliar duke mos llogaritur ditët e vikendit dhe festat zyrtare. Për rastet e rregullta, aplikacioni dorëzohet në Zyrën për TMJISHP, brenda afatit prej (10 ditë) nga momenti i lëshimit të Raportit Konziliar, duke mos llogaritur ditët e vikendit dhe festat zyrtare. Në qofte se tejkalohet ky afat kohor, aplikacioni nuk do të pranohet/shqyrtohet nga Fondi i Sigurimit Shëndetësor.



Republika e Kosovës

Republika Kosova-Republic of Kosovo

Fondi i Sigurimit Shëndetësor/Fond za Zdravstveno Osiguranje/Health Insurance Fund
Divizioni për Trajtim Mjekësor Jashtë Institucioneve Shëndetësore Publike

FORMULAR PËR APLIKIM

1. Plotësohet nga pala

Emri/Emri i prindit/Mbiemri _____

Data e lindjes _____

Numri i letërnjoftimit _____

Adresa/ Vendbanimi _____

Telefoni* _____ Komuna _____

2. Plotëson zyrtari pranues

Emri i institucionit në të cilin jeni trajtuar në ShSKUK _____

A keni aplikuar më parë në Programin për TMJISHP? Nëse Po/ shkruaj vitin _____

A jeni përfitues i skemes sociale?

Po ☐ Jo ☐

A keni sigurim shëndetësor? Nëse Po, emri i kompanisë? _____

Dokumentet e bashkëngjitura (Shëno):

1 Raporti Mjekësor Konziliar

2 Kopja e letërnjoftimit (obligative)

3 Certifikata e lindjes (për fëmijë)

4 Dëshmia e asistencës sociale

5 Dëshmia e statusit të invalidit të luftës

6 Dëshmia për PAK (personat me aftësi të kufizuara)

7 Profutura me të dhënat financiare:

☐

Emri i Bankes

☐

Xhirollogaria

☐

IBAN

☐

Swift Code

Nënshkrimi i pales

I Institucioni/ _____ Vlera e profaturës/ _____

II Institucioni/ _____ Vlera e profaturës/ _____

3. Është kontrolluar dhe me nënshkrim garantoj rregullsinë e dokumentacionit në momentin e aplikimit:

Numri i ID të zyrtarit pranues/ _____ Nënshkrimi/ _____

Prishtinë, Datë _____

Në link-un (vegzhën) më poshtë, klikoni në anën e djathtë mbi "Statusi i Trajtimit"- shkruani numrin e letërnjoftimit dhe informohu për rastin tuaj: <https://fssh.rks-gov.net/page.aspx?id=1,17>



Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria –Vlada-Government

Fondi i Sigurimit Shëndetësor/Fond za Zdravstveno Osiguranje/Health Insurance Fund
Departamenti i Shërbimeve Shëndetësore/Divizioni për Trajtim Mjekësor jashtë Institucioneve
Shëndetësore Publike

NJOFTIM/DEKLARATË

- Të gjitha përgjegjësitë për kompletimin e dokumentacionit të nevojshëm duke përfshirë edhe përzgjedhjen e institucionit/vendit të trajtimit bien mbi palën/aplikuesin.
- Fondi i Sigurimit Shëndetësor do të zhvilloj të gjitha procedurat e aplikimit bazuar në legjislacionin në fuqi, ndërsa aplikuesi/pala zotohet se nuk do të ushtrojë asnjë lloj presioni, përfshirë këtu edhe kryerjen e pagesave duke shmangur listën e pritjes!
- Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Kosovës nuk merr përgjegjësi në rast se fletëzotimi/garancioni nuk pranohet nga institucioni i cili është përzgjedhur nga aplikuesi/pala për trajtim shëndetësor dhe në rast se paraqiten kufizime nga institucioni i përzgjedhur.

*Me nënshkrimin e këtij dokumenti, konfirmoj se i kuptoj dhe pranoj plotësisht të gjitha pikat e mësipërme.

Emri/Mbiemri: _____

Nr. personal: _____

Nënshkrimi: _____

Data: ____/____/____