

Έντυπο Αξίωσης

ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΠΩΣ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΤΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΟΥΤΙΑ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΠΛΗΡΟΥΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ ΘΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΕΙ ΤΗΝ ΤΑΚΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΩΣΗΣ ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΔΙΑΒΑΣΕΙ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΩΣΕΩΝ ΠΡΩΤΟΥ ΚΑΤΑΘΕΣΕΤΕ ΤΗΝ ΑΞΙΩΣΗ

Πως να καταθέσετε την αξίωση

Γραπτή γνωστοποίηση αξιώσεων πρέπει να παρέχεται εντός 90 ημερών από την αρχική συνεδρία, ακόμα και όταν τα πρωτότυπα των τιμολογίων δεν είναι ακόμα διαθέσιμα. Για να βοηθήσετε στην άμεση διευθέτηση της αξίωσής σας, παρακαλείστε να:

1. Συμπληρώνετε διαφορετικό έντυπο αξίωσης για κάθε ασθένεια/ατύχημα/οδοντιατρική αγωγή/παροχή μητρότητας ή διετούς διαγνωστικού ελέγχου και χωριστά για κάθε ασφαλισμένο.
2. Βεβαιωθείτε ότι ο γιατρός ή οδοντίατρος που σας εξέτασε συμπλήρωσε πλήρως τα τμήματα στην άλλη πλευρά του εντύπου
3. ΟΛΕΣ οι ερωτήσεις οφείλουν να απαντηθούν πλήρως (τικ και παύλες δεν θα γίνονται δεκτά)

4. ΟΛΕΣ οι τακτικές οδοντιατρικές αγωγές πρέπει να συνοδεύονται από βεβαιώσεις εξαμηνιαίων οδοντιατρικών ελέγχων
5. Όταν υπολογίζονται οι αξιώσεις, λαμβάνεται υπόψη η συναλλαγματική ισοτιμία κατά τη στιγμή της διευθέτησης.
6. Πρέπει να κατατίθενται τα πρωτότυπα των λογαριασμών για τις θεραπείες που ελήφθησαν.
7. Σημαντικό: κάθε ενδοσκοπομειακή αξίωση και κάθε αξίωση που προβλέπεται να ξεπεράσει τα τα £2,500/\$4,250/ €3,250 πρέπει να λαμβάνει προέγκριση από την CEGA. Μη συμμόρφωση θα έχει ως αποτέλεσμα τη χρέωση του Ασφαλισμένου με τα πρώτα £1,000/\$1,700/ €1,300 κάθε αξίωσης.

Τμήμα Α – Πληροφορίες του Ασθενούς

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ Ή ΤΟ ΝΟΜΙΜΟ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ ΤΟΥ

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Πλήρες Όνομα
Τίτλος: <input type="checkbox"/> Κοσ <input type="checkbox"/> Κα <input type="checkbox"/> Δις <input type="checkbox"/> Άλλο
Επίθετο:
Όνομα: 2. Ημερομηνία γέννησης: 3. Αριθμός πιστοποιητικού: 4. Φύλο: <input type="checkbox"/> Άντρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα | <ol style="list-style-type: none"> 5. Πλήρης ταχυδρομική διεύθυνση του αιτούντα:

T.K.: Χώρα διαμονής: Τηλέφωνο: Φαξ: Email: |
|---|---|

Τμήμα Β – Πληροφορίες Αξίωσης

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ Ή ΤΟ ΝΟΜΙΜΟ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟ ΤΟΥ

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 6. Δηλώστε τη φύση της ασθένειας και την ημερομηνία κατά την οποία πρωτοεμφανίστηκαν τα συμπτώματα.

 7. Έχετε λάβει ποτέ αγωγή (συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων συνταγολογίου) για αυτήν την πάθηση ή κάποια πάθηση σχετική αυτής πριν από αυτό το επεισόδιο.
Παρακαλείστε όπως παρέχετε ημερομηνίες και λεπτομέρειες της προηγούμενης αγωγής.

 | <ol style="list-style-type: none"> 8. Πόσο καιρό είχατε αυτά τα συμπτώματα πριν ζητήσετε ιατρική συμβουλή;

 9. Αν η αιτία της ασθένειας σχετίζεται με ατύχημα, δηλώστε την ημερομηνία του ατυχήματος και δώστε εν συντομία τις λεπτομέρειες της περίπτωσης και των τραυματισμών που ελήφθησαν.

 10. Έχετε άλλη ασφάλιση που παρέχει κάλυψη για παροχές υγείας;

 |
|---|---|

11. Ημερομηνία εκτέλεσης της αγωγής	12. Απαριθμήστε τα έξοδα για τα οποία αιτείστε αποζημίωση (Απαιτούνται τα πρωτότυπα των λογαριασμών)	13. Δηλώστε νόμισμα και ποσό που πληρώθηκε	14. Δηλώστε το πλήρες όνομα στο οποίο θέλετε να καταβληθεί η αποζημίωση	15. Νόμισμα Αποζημίωσης

Τμήμα Β Συνεχ. πίσω...

Παρακαλώ σημειώστε ότι η MediCare έχει το ελεύθερο από τους ασφαλιστές σας να χειρίζεται αξιώσεις εκ μέρους τους λαμβάνοντας υπόψη συγκεκριμένους περιορισμούς. Αν δεν επιθυμείτε να διευθετήσουμε την αξίωση αυτή εκ μέρους σας και των ασφαλιστών, θα πρέπει να μας ενημερώσετε και θα μεριμνήσουμε για τη διαχείριση του αιτήματός σας απευθείας από τους ασφαλιστές.

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ: Οι πληροφορίες που έχετε παρέχει θα αποτελέσουν μέρος των προσωπικών δεδομένων που διατηρεί η MediCare International και θα χρησιμοποιηθούν για την παροχή και διαχείριση ασφαλιστικών προϊόντων και υπηρεσιών. Η MediCare International ενδέχεται να αποκαλύψει τα προσωπικά σας δεδομένα σε ασφαλιστικές εταιρείες και τους εκπροσώπους τους για σκοπούς αναδοχής, χειρισμού αξιώσεων, και αποφυγής απάτης. Επιπρόσθετα, ενδέχεται να αναζητήσει πληροφορίες από ασφαλιστικές εταιρείες για να ελέγξει τις απαντήσεις που έχετε δώσει. Τα πλήρη στοιχεία του τρόπου που χειρίζεται προσωπικά δεδομένα η MediCare International παρουσιάζονται στο μητρώο που τηρείται από τον Επίτροπο Πληροφοριών.

12. Θα κατατεθούν περαιτέρω λογαριασμοί; Αν ναι, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες:

13. Πρόκειται περί συνέχειας προηγούμενης ή τρέχουσας αγωγής για την οποία έχετε ήδη καταθέσει αξίωση στα πλαίσια αυτού του συμβολαίου; Αν ναι, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες, συμπεριλαμβανομένου του αριθμού αναφοράς της αξίωσης:

14. Παρακαλώ αναφέρετε το όνομα και τη διεύθυνση του τακτικού Γενικού Ιατρού σας:

15. Παρακαλώ δώστε τα στοιχεία άλλων γιατρών ή χειρουργών οι οποίοι σας έχουν κουράρει για αυτή ή σχετική με αυτή πάθηση:

16. Εξουσιοδοτώ (1) τη χρήση ιατρικών πληροφοριών απαραίτητων για την επεξεργασία της αξίωσης και (2) την επεξεργασία ιατρικών πληροφοριών ή άλλων προσωπικών δεδομένων παρεχόμενων από μένα ή τον γιατρό/οδοντίατρο μου και την αποκάλυψη των πληροφοριών αυτών σε ανάδοχες εταιρείες μέσω πρακτόρων χειρισμού αξιώσεων, και όπου είναι σχετικό σε χειριστές απωλειών για τους σκοπούς αυτής της αξίωσης. Δηλώνω ότι δεν έχω λάβει ιατρική συμβουλή ή θεραπεία και δεν έχω βιώσει συμπτώματα της ασθένειας/τραυματισμού στην οποία αφορά την παρούσα αξίωση εντός των δύο ετών που προηγήθηκαν από την έναρξη της ασφαλιστικής μου κάλυψης από το παρόν συμβόλαιο. (Αυτό δεν ισχύει αν είστε ασφαλισμένος με ομαδικό συμβόλαιο στο οποίο έχει αρθεί ο όρος Προϋπάρχουσας Πάθησης). Εξ' όσων γνωρίζω όλα τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή.

Υπογραφή ασφαλισμένου ή του νόμιμου εκπροσώπου του

Ημερομηνία:

ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΤΜΗΜΑΤΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ/ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ

Τμήμα Γ – Ιατρικές Πληροφορίες

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ

17. Παρακαλώ δηλώστε την πρώτη ημερομηνία κατά την οποία σας συμβουλευτήκε ο ασθενής για αυτή ή παρόμοια ή σχετική αυτής πάθηση

18. Παρακαλώ περιγράψτε τα συμπτώματα και αναφέρετε πότε πρωτοεμφανίστηκαν:

19. Παρακαλώ δώστε το όνομα και τη διεύθυνση του παραπέμπονται ιατρού:

T.K.:

Τηλέφωνο:

Φαξ:

Email:

20. Παρακαλώ δώστε τη διάγνωση σας για την ασθένεια/τραυματισμό:

21. Μπορεί η πάθηση να θεωρηθεί συγγενής ή γενετήσιο ελάττωμα, αν ναι παρακαλώ αναφέρετε λεπτομέρειες:

22. Παρακαλώ δώστε το ιστορικό αυτής ή παρόμοιας ή οποιας σχετικής πάθησης με ημερομηνίες όπου έλαβε χώρα εξέταση ή θεραπεία:

23. Αν όλη ή μέρος της αγωγής έγινε στα πλαίσια κατ' επιλογήν κοσμητικής επέμβασης, παρακαλώ υποδείξτε το ποσοστό του ποσού που την αφορούσαν:

24. Έχετε λόγο να πιστεύεται ότι θεραπεία για την ίδια ή παρόμοια πάθηση έχει δοθεί στο παρελθόν; Αν ναι, παρακαλώ αναφέρετε λεπτομέρειες:

25. Για αξιώσεις σχετικές με τη μέριμνα μητρότητας, παρακαλώ αναφέρετε την αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού και την πρώτη ημερομηνία που η ασθενής σας συμβουλευτήκε για αυτή την εγκυμοσύνη:

Υπογραφή θεράποντα ιατρού:

Παρακαλώ αναφέρετε τους επαγγελματικούς σας τίτλους:

Τμήμα Δ – Πληροφορίες Τακτικής Οδοντιατρικής Αγωγής

ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ

a. Έχει παραβρεθεί ο ασθενής για τακτικό οδοντιατρικό έλεγχο στους τελευταίους 6 μήνες και έχει λάβει κάθε αναγκαία αγωγή;

b. Κατά τη γνώμη σας έχει διατηρήσει ο ασθενής καλή στοματική υγιεινή;

c. Παρακαλώ περιγράψτε την οδοντιατρική ανάγκη για αυτή την αξίωση.

d. Παρακαλώ γράψτε το όνομα και τη διεύθυνσή σας:

T.K.:

Αριθμός τηλεφώνου:

Αριθμός Φαξ:

Email

Υπογραφή θεράποντα οδοντίατρου:

Παρακαλώ αναφέρετε τους επαγγελματικούς σας τίτλους: