Evolution Gesundheitsplan (EU)

Antragsformular

Checkliste

Bitte kreuzen Sie an, um zu bestätigen, dass Sie uns Folgendes zur Verfügung gestellt haben:

1. Ein vollständig ausgefülltes Antragsformular (einschließlich Abschnitt 7) ☐
2. Bankdaten-Formular ☐
3. Alle Rechnungen im Zusammenhang mit der erhaltenen Behandlung ☐
4. Zahlungsnachweis ☐
5. Falls zutreffend, das Überweisungsschreiben und/oder der ärztliche Bericht ☐

Bitte beachten Sie, dass wenn eines der oben genannten Dokumente unvollständig ist oder fehlt, Ihr Anspruch nicht bearbeitet wird und die unvollständigen oder fehlenden Informationen angefordert werden. Zusätzlich zu den oben genannten Dokumenten benötigen wir möglicherweise weitere Informationen. Wir werden Sie kontaktieren, wenn weitere Informationen erforderlich sind.

Wichtige Hinweise

Damit wir Ihnen einen schnellen und effizienten Service bieten können, bitten wir Sie, die folgenden Punkte zu beachten:

— Ein vollständig ausgefülltes Formular beschleunigt die Prüfung und Auszahlung Ihres Anspruchs. Ein nicht vollständig und korrekt ausgefülltes Antragsformular kann nicht bearbeitet werden und wird zur Vervollständigung zurückgeschickt.

— Bitte füllen Sie die Abschnitte 1 bis 5 dieses Dokuments aus und bitten Sie, Ihren behandelnden Arzt/Zahnarzt, die Abschnitte 6 bis 7 auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass jegliche für das Ausfüllen dieser Abschnitte erhobenen Gebühren in Ihrer Verantwortung liegen.

— Ein separates Antragsformular ist erforderlich für jeden Patienten und jede medizinische Erkrankung.

— Für Fortsetzungsansprüche – Ein neues, von Ihrem behandelnden Arzt unterzeichnetes und abgestempeltes Antragsformular ist erforderlich, für jedes neue Versicherungsjahr. Wir benötigen jährlich aktualisierte Information über Ihren Gesundheitszustand, mit Bestätigung des Status der Erkrankung und die erforderliche Behandlung.

— Bitte füllen Sie dieses Formular in GROSSBUCHSTABEN aus und denken Sie daran, dass Sie Ihr Antragsformular zusammen mit allen relevanten Rechnungen und Dokumenten innerhalb von 3 Monaten nach dem Behandlungsdatum einreichen müssen, da Ihr Anspruch sonst nicht für die Abrechnung berücksichtigt wird.

— Die detaillierte Leistungsübersicht zeigt auf, welche Leistungen eine Vorabgenehmigung benötigen, zum Beispiel stationäre/tagesstationäre Behandlungen und medizinische Evakuierung/Repatriierung. Wenn Sie einen dieser Ansprüche geltend machen möchten, rufen Sie uns an unter +44 (0) 3300 581 668 und wählen Sie Option 3 oder senden Sie eine E-Mail mit den Details Ihres Anspruchs an mpclaims@morgan-price.eu.

WENN SIE OHNE UNSERE VORABGENEHMIGUNG VORGEHEN, WIRD EINE KOSTENBETEILIGUNG VON 25 % AUF ALLE ERSTATTUNGSFÄHIGEN KOSTEN IHRES ANSPRUCHS FÄLLIG.

— Bitte füllen Sie ein Bankdaten-Formular aus und reichen Sie es zusammen mit Ihrem ersten Anspruch ein, damit wir die Zahlung auf das von Ihnen angegebene Bankkonto vornehmen können.

— Wenn Sie eine Frage zu einem Anspruch haben, können Sie uns eine E-Mail an mpclaims@morgan-price.eu schicken oder uns unter +44 (0) 3300 581 668 anrufen.

Per Post

Senden Sie die Originaldokumente an:
Morgan Price (Europe) Claims, ØENS
Virksomhedsadministratio ApS.Lergravsvej 59, 1
2300 Kopenhagen s,
Denmark

Wir empfehlen Ihnen, von allen Unterlagen, die Sie uns zusenden, Kopien aufzubewahren, falls Sie diese zu einem späteren Zeitpunkt benötigen.

Per E-Mail

Wenn Sie sich dafür entscheiden, Ihren Anspruch per E-Mail einzureichen, stellen Sie bitte sicher, dass alle Dokumente gut leserlich eingescannt sind. Vergessen Sie nicht, gegebenenfalls beide Seiten eines Dokuments zu scannen.

Sie müssen die Originaldokumente aufbewahren, da wir uns das Recht vorbehalten, diese zur Bearbeitung Ihres Anspruchs anzufordern.

E-Mail: **euroclaims@morgan-price.eu**

BITTE STELLEN SIE SICHER, DASS ALLE ABSCHNITTE AUSGEFÜLLT SIND

1 Details zum Anspruch

Ist dies ein neuer Anspruch? Ja ◯ Nein ◯

Ist dies eine Fortsetzung eines früheren Anspruchs bei Morgan Price? Wenn ja, geben Sie bitte die Anspruchsnummer an, falls vorhanden. Anspruch Nr.

Handelt es sich um eine Forderung, für die Sie eine Vorabgenehmigung erhalten haben? Ja ◯ Nein ◯ Vorabgenehmigung Nr.

2 Angaben zum Versicherungsnehmer

Mitgliedsnummer

Anrede | Vorname(n) | Nachname

Korrespondenzadresse | Postleitzahl

Telefon | Mobiltelefon | E-Mail

3 Angaben zum Patienten

Anrede | Vorname(n) | Nachname

Geburtsdatum

Sind die Ausgaben ganz oder teilweise aus einer anderen Quelle oder Versicherungspolice erstattungsfähig? Ja ◯ Nein ◯

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an, inklusive Name des anderen Versicherers und die Mitgliedsnummer:

Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus einem staatlich finanzierten Gesundheitssystem? Ja ◯ Nein ◯

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an, inklusive Gesundheitssystem, Ihre Referenznummer und bestätigen Sie die Höhe der abgedeckten Leistung.

4 Anspruchsinformationen

a. Bitte geben Sie an, um welche Art von Anspruch es sich handelt: Unfall/Verletzung ◯ Krankheit ◯ Vorsorge- oder Zahnbehandlung ◯ Schwangerschaft ◯

b. Bitte beantworten Sie je nach angekreuzter Anspruchsart folgende Fragen:

Unfall/Verletzung:

Bitte bestätigen Sie das Datum, die Uhrzeit und den Ort des Unfalls/der Verletzung:

Bitte machen Sie Angaben zur Verletzung und wie es dazu kam:

Standen Sie zum Zeitpunkt des Unfalls unter dem Einfluss und/oder der Wirkung von Alkohol, Rauschmitteln oder Drogen/Betäubungsmitteln (einschließlich Medikamente)? Wenn ja, geben Sie bitte an welche, inklusive Medikamentennamen:

Haben Sie sich an diesem Körperteil schon einmal verletzt? Falls ja, geben Sie bitte das Datum an:

Waren andere Personen am Unfall beteiligt oder haben sie möglicherweise zum Unfall beigetragen? Wenn ja, geben Sie bitte Details an, inklusive, ob die involvierten Personen eine entsprechende Versicherung haben:

Haben Sie rechtliche Schritte eingeleitet oder werden Sie rechtliche Schritte einleiten?

4 Anspruchsinformationen — Fortsetzung

Krankheit:

Bitte machen Sie Angaben zu den Symptomen, an denen Sie litten und dem Namen der Erkrankung:

Bitte bestätigen Sie das Datum, an dem Sie zum ersten Mal Symptome hatten:

Haben Sie früher schon einmal unter diesen Symptomen oder einer verwandten Erkrankung gelitten? Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten früherer Behandlungen an, einschließlich Datum der Behandlung und rezeptfreie Medikamente:

Vorsorge- oder Zahnbehandlung:

Wenn sich Ihr Anspruch auf eine Behandlung zum Ersatz von bestehenden Kronen, Inlays, Füllungen, Brücken oder fehlenden Zähnen bezieht, machen Sie bitte Angaben zu Ihren Symptomen, dem Datum, an dem Sie die Symptome zum ersten Mal bemerkt haben, und Einzelheiten zu früheren Behandlungen:

Wenn Ihr Anspruch für eine Impfung ist, bestätigen Sie bitte den Grund, warum Sie den Impfstoff benötigt haben:

Schwangerschaft:

Bitte bestätigen Sie Ihren voraussichtlichen Geburtstermin:

Bitte bestätigen Sie, ob irgendeine Form von medizinisch unterstützter Fortpflanzung verwendet wurde? Falls ja, geben Sie bitte Details an:

c. Bitte führen Sie unten die Rechnungen auf, die Sie zur Erstattung einreichen (Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen eingereichte Rechnungen zurückschicken, wenn diese unklar sind):

Behandlungsdatum	Auslagen, für welche Rückerstattung erforderlich ist	Geben Sie die Währung und den gezahlten Betrag an	An wen sollen wir die Zahlung machen*	Währung der Rückerstattung

***Bitte stellen Sie sicher, dass uns ein Bankdaten-Formular zur Verfügung gestellt wurde.**

5 Unterschrift des Patienten und Freigabe

Ich versichere nach bestem Wissen und Gewissen, dass dieses Antragsformular keine falschen, irreführenden oder unvollständigen Angaben enthält. Mir ist bewusst, dass wenn sich herausstellt, dass dieser Anspruch ganz oder teilweise betrügerisch ist, die Police für ungültig erklärt wird und ich strafrechtlich belangt werden kann. In Bezug auf medizinische Ansprüche, ermächtige ich hiermit meinen Hausarzt, Angehörige der Gesundheitsberufe oder andere relevante medizinische Einrichtungen, alle Gesundheitsdaten oder Krankenakten bereitzustellen, die von Morgan Price Europe oder ihren ernannten Vertretern möglicherweise angefordert werden.

Wenn ein Minderjähriger behandelt wurde, sollte ein Elternteil oder erziehungsberechtigte Person diesen Abschnitt unterschreiben.

Unterschrift des Patienten | Datum

6 Zahnmedizinische Ansprüche (vom behandelnden Zahnarzt auszufüllen)

Name des Zahnarztes | Qualifikationen/Befähigungsnachweise

Name der Zahnarztpraxis | Telefon | E-Mail

Adresse

Postleitzahl | Land

Vollständiger Name des Patienten | Geburtsdatum des Patien

Bitte bestätigen Sie das Datum, an dem sich der Patient erstmals in Ihrer Einrichtung registriert hat. / Wie lange kennen Sie den Patienten?

Hat der Patient regelmäßige Routineuntersuchungen besucht? Ja ◯ Nein ◯

Datum, an dem der Patient Sie zur Behandlung besucht hat:

Grund für den Besuch:

Litt der Patient an Zahnschmerzen, als er Sie zur Behandlung aufsuchte? Ja ◯ Nein ◯

Ist die Behandlung für den Ersatz von bestehenden Kronen, Inlays, Füllungen, Brücken oder fehlenden Zähnen? Ja ◯ Nein ◯

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an, inklusive Beginndatum und vorherige Behandlungen:

Ist die Behandlung für Gingivitis, Parodontose oder Zahnfleischerkrankungen jeglicher Art?? Ja ◯ Nein ◯

Datum der letzten Untersuchung des Patienten:

Grund für die Untersuchung:

Unterschrift Zahnarzt | **Datum**

Dieser Abschnitt muss entweder getippt oder in GROSSBUCHSTABEN ausgefüllt werden.

7 Medizinische Informationen (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Name des Arztes/Facharztes | Qualifikationen/Befähigungsnachweise

Lizenz-Nummer | Leitungsgremium

Name des Krankenhauses/der Klinik | Telefon | E-Mail

Adresse

Postleitzahl | Land

Vollständiger Name des Patienten | Geburtsdatum des Patien

Bitte bestätigen Sie das Datum, an dem sich der Patient erstmals in Ihrer Einrichtung registriert hat. / Wie lange kennen Sie den Patienten?

Art der erhaltenen Behandlung ◯ Geplant ◯ Notfall ◯ Routinemäßige Vorsorgeuntersuchung

ICD-Code:

Bitte machen Sie detaillierte Angaben zu dem behandlungsbedürftigen Gesundheitszustand (inklusive Symptome) und der durchgeführten Behandlung. Bitte nennen Sie alle relevanten diagnostischen Verfahren und deren Ergebnisse:

War dies der erste Besuch bei Ihnen? Wenn ja, wurden der Patient an Sie überwiesen? Falls ja, machen Sie bitte Angaben zur überweisenden Person.

An welchem Datum hat der Patient Ihnen diese Symptome zum ersten Mal vorgestellt?

Vor der Konsultation mit Ihnen, wann hat der Patient zum ersten Mal Anzeichen oder Symptome dieser Erkrankung bemerkt?

Sind Ihnen frühere Behandlungen für diese Krankheit oder für im Zusammenhang stehende Erkrankungen bekannt? Ja ◯ Nein ◯

7 Medizinische Informationen (vom behandelnden Arzt auszufüllen) — Fortsetzung

Für ambulante psychiatrische Behandlungen machen Sie bitte folgende Angaben:

Name des überweisenden Arztes

Telefon | Datum der Überweisung

Unterschrift Arzt | **Datum**

Arzt-/Zahnarztstempel

Die Vertraulichkeit von Patienten- und Mitgliederdaten ist für uns von größter Bedeutung. Morgan Price (Europe) ApS, ihre Versicherer und ernannten Vertreter halten die europäische Datenschutzgesetzgebung und die internationalen medizinischen Vertraulichkeitsrichtlinien vollständig ein. Sie haben ein Recht auf Zugang zu den über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten. Sie haben auch das Recht, von uns die Änderung oder Löschung von Daten zu verlangen, die Ihrer Meinung nach unrichtig oder veraltet sind.

Evolution Health Plan (EU)

Claim Form

Checklist

Please tick to indicate that you have provided us with the following:

1. A fully completed Claim Form (including section 7) ☐
2. Bank Details Form ☐
3. All invoices relating to the treatment received ☐
4. Proof of Payment ☐
5. If applicable, the letter of referral and/or Medical Report ☐

Please note, if any of the above are either incomplete or missing, your claim will not be processed and the incomplete or missing information will be requested. We may also require further information in addition to the above. We shall contact you if further information is required.

Important Notes

To help us provide you with a fast and efficient service, we kindly ask you to note the following:

— A **fully completed form** will speed up the assessment and payment of your claim. Any claim form which has not been fully and properly completed cannot be processed and will be returned for completion.

— Please complete **sections 1 - 5** of this document and ask your treating doctor/dentist to complete **sections 6 - 7**. Please note, any fee charged for completing these sections is your responsibility.

— A **separate claim form** is required for every patient and each medical condition.

— For continuation Claims - A new claim form signed and stamped by your treating physician is required each new policy year. We require an update on your health annually with confirmation of the status of the condition and any treatment required.

— Please complete this form in BLOCK CAPITALS, and remember that you **must** submit your claim form together with all supporting invoices and documents **within 3 months of the treatment date otherwise it will not be considered for settlement**.

— Within the detailed benefit schedule, it is shown where certain benefits need pre-authorisation, for example, in-patient/day-patient and medical evacuation/repatriation. If you wish to make a claim on one of these benefits, you need to call us on +44 (0) 3300 581 668 and select Option 3, or send an email to mpclaims@morgan-price.com, with the details of your claim.

IF YOU GO AHEAD WITHOUT OUR APPROVAL A CO-INSURANCE OF 25% OF THE ELIGIBLE COSTS INCURRED WILL APPLY TO YOUR CLAIM.

— Please complete and submit a Bank Details Form with your first claim so that we can make payment to your nominated bank account.

— If you have a query relating to a claim, you can e-mail us at mpclaims@morgan-price.eu or telephone +44 (0) 3300 581 668

By post

Post the original documents to:
Morgan Price (Europe) Claims, ØENS
Virksomhedsadministratio ApS.
Lergravsvej 59, 1
2300 København s,
Denmark

We recommend that you keep copies of all documents that you send to us should you require them at a later date.

By email

If you choose to submit your claim by e-mail to, then please ensure that all documents are clearly scanned. Don't forget to scan both sides of a document if appropriate.

You must retain the original documents as we reserve the right to request these to process your claim.
E-mail: euroclaims@morgan-price.eu

PLEASE ENSURE ALL SECTIONS ARE COMPLETED

1 Claim details

Is this a new claim? Yes ◯ No ◯

Is this a continuation of a previous claim with Morgan Price? If yes, please provide a claim number if you have one. Claim No.

Is this a claim for which you have obtained pre-authorisation? Yes ◯ No ◯ Pre-authorisation No.

2 Policyholders details

Policy number

Title | Forename(s) | Surname

Correspondence address | Post/Zip code

Phone | Mob | Email

3 Patient details

Title | Forename(s) | Surname

Date of birth

Are the expenses recoverable either in whole or in part from any other source or insurance policy? Yes ◯ No ◯

If yes, please give details including name of the other insurer and the policy number:

Are you entitled to benefits under any state care funded medical care scheme? Yes ◯ No ◯

If yes, please give details including the state care scheme, your reference number and confirm the level of benefit covered.

4 Claim information

a. Please indicate the type of claim this is: Accident/Injury ◯ Illness/Medical condition ◯ Wellness/Dental ◯ Pregnancy ◯

b. Depending on the type of claim you have ticked, please answer the following questions:

Accident/Injury:

Please confirm the date, time and location of the accident/injury:

Please provide details of the injury and how the injury happened:

Were you under the influence and/or suffering from the effects of alcohol, intoxicants or drugs/narcotics (including any medication), at the time of the accident? If yes, please specify which including names of medications:

Have you ever injured this part of the body before? If yes, please provide the date:

Were there any other parties involved in the accident or who may have contributed to the accident? If yes, please provide details, including if they have any relating insurance:

Are you or will you be seeking legal proceedings?

4 Claim information — continued

Illness/Medical condition:

Please provide details of the symptoms you were experiencing and the name of the condition:

Please confirm the date you first suffered symptoms:

Have you ever suffered with these symptoms or any related condition previously? If yes, please provide the dates and details of any previous treatment, including any over the counter medication:

Wellness/Dental:

If your claim is relating to treatment for the replacement of existing crowns, inlays, fillings, bridges or missing teeth, please provide details of your symptoms, the date you first became aware of the symptoms and details of any previous treatment:

If your claim is for a vaccination, please confirm the reason you required the vaccine:

Pregnancy:

Please confirm your expected due date:

Please confirm if any form of assisted reproduction has been used? If so, please provide details:

c. Please list below the invoices you are submitting for reimbursement (Please note, if any of the invoices you submit are unclear, these will be sent back to you):

Date of treatment	Expenses for which reimbursement is required	State the currency and amount paid	To whom should we make settlement*	Currency of reimbursement

*** Please ensure that a Bank Details Form has been provided to us.**

5 Patient signature and release

I certify that to the best of my knowledge, this claim form does not contain any false, misleading or incomplete information. I understand that in the event that this claim is found to be fraudulent in whole or in part, the policy will be invalidated and I will be liable for prosecution. In respect of any medical claim, I hereby authorise my general practitioner, health professional or other relevant medical establishment to provide any health details or medical records that may be requested by Morgan Price Europe, or their appointed representatives.

If a minor was treated, a parent or guardian should sign this section.

Patient signature Date

6 Dental claims (to be completed by treating dentist)

Name of dentist | Qualifications/credentials

Dental clinic name | Phone | Email

Address

Post/Zip code | Country

Patient's full name | Patient's date of birth

Please confirm the date the patient first registered at your facility/How long have you known the patient?

Has the patient been attending regular routine check-ups? Yes ◯ No ◯

Date that the patient visited you for treatment:

Reason for the visit:

Was the patient suffering dental pain at the time he/she visited you for treatment? Yes ◯ No ◯

Is the treatment for the replacement of existing crowns, inlays, fillings, bridges or missing teeth? Yes ◯ No ◯
If yes, please provide details including the date of onset and previous treatment:

Is the treatment for gingivitis, periodontosis, or gum disease of any kind? Yes ◯ No ◯

Date of the patient's last check-up:

Reason for check-up:

Dentist signature | **Date**

This section must either be typed or completed in BLOCK CAPITALS.

7 Medical information (to be completed by treating physician)

Name of doctor/specialist | Qualifications/credentials

License Number | Governing Body

Hospital/clinic name | Phone | Email

Address

Post/Zip code | Country

Patient's full name | Patient's date of birth

Please confirm the date the patient first registered at your facility/How long have you known the patient?

Indicate type of treatment received — Elective ◯ Emergency ◯ Routine wellness check-up ◯

ICD code:

Please provide full details, including symptoms, of the medical condition requiring treatment and the treatment given. Please include any relevant diagnostics and the results:

Was this their first visit to you? If yes, were they referred to you? If yes, please provide details of the person referring them.

On what date did the patient first present these symptoms to you?

Prior to consulting you, when did the patient first notice signs or symptoms of this medical condition?

Are you aware of any treatment given for this or any related illness in the past? Yes ◯ No ◯

7 Medical information (to be completed by treating physician) — continued

For out-patient psychiatric treatment, please provide the following details:

Name of referring physician

Phone | Date of referral

Doctors signature | **Date**

Doctors/Dentist stamp

The confidentiality of patient and member information is of paramount concern to us. Morgan Price (Europe) ApS, their insurers and appointed representatives, fully comply with the European Data Protection Legislation and International Medical Confidentiality Guidelines. You have a right to access the personal data that is held about you. You also have the right to request that we amend or delete any information which you believe is inaccurate or out of date.