

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ MEDICA ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΩΦΕΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΜΕΣΩ EMAIL ή ΔΙΑ ΧΕΙΡΟΣ

1. Όταν θα επισκεφθείτε τον γιατρό σας πάρτε μαζί σας το Έντυπο Απαίτησης και ζητήστε από αυτόν να συμπληρώσει το ΜΕΡΟΣ Β'. Έντυπα Απαίτησης σας έχουν σταλεί μαζί με την Ασφαλιστική σας Σύμβαση κατά την εγγραφή σας στο Πρόγραμμα. Μπορείτε επίσης να τα προμηθευτείτε από την ιστοσελίδα www.eurolife.com.cy ή επικοινωνήστε με τη MedNet στο τηλέφωνο 22463033 – 34.
2. Πληρώστε τον λογαριασμό του Γιατρού / Νοσοκομείου.
3. Σιγουρευτείτε ότι έχετε πάρει:
 - Πρωτότυπο της απόδειξης πληρωμής του Γιατρού / Νοσοκομείου.
 - Πρωτότυπα αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων που έχουν γίνει κατά τη διάρκεια της επίσκεψής σας, όπως υπερηχογράφημα, ακτινογραφίες κ.λπ.
4. Αν ο γιατρός σας έχει ζητήσει να υποβληθείτε σε διαγνωστικές εξετάσεις, ή σας έχει γράψει συνταγή για λήψη φαρμακευτικής αγωγής ή φυσιοθεραπείας, σιγουρευτείτε ότι το έχει συμπληρώσει στο ΜΕΡΟΣ Β' του Εντύπου Απαίτησης, διαφορετικά μαζί με το έντυπο απαίτησης θα πρέπει να επισυνάψετε αντίγραφο της εντολής (συνταγής / παραπεμπτικού) του γιατρού. Επίσης, αν κατά τη διάρκεια της επίσκεψης υποβληθείτε σε οποιαδήποτε θεραπεία πέραν της εξέτασης, σιγουρευτείτε ότι ο γιατρός αναφέρει λεπτομέρειες στο ΜΕΡΟΣ Β'.
5. Ζητάτε πάντοτε αναλυτική απόδειξη για την πληρωμή των εξόδων σας. Η απόδειξη θα πρέπει απαραίτητα να είναι πρωτότυπη, αριθμημένη και σε αυτή να περιέχει λεπτομέρειες των πληρωτέων ποσών, τα στοιχεία του προμηθευτή (ονομασία / ονοματεπώνυμο, επάγγελμα, διεύθυνση, αριθμός εγγραφής στο ΦΠΑ ή ΑΦΤ ή αριθμός πολιτικής ταυτότητας), ημερομηνία, είδος υπηρεσίας, ποσότητα, υπογραφή και σφραγίδα.
6. Αφού ολοκληρωθούν οι επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις, αγορά φαρμάκων:
 - Συμπληρώστε το ΜΕΡΟΣ Α' του Εντύπου Απαίτησης, περιλαμβανομένου του μέρους «Επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα».
 - Υποβάλετε όλα τα δικαιολογητικά (αποδείξεις πληρωμής, αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων (αν υπάρχουν), ιατρικές εκθέσεις σχετικές με την απαίτηση που έχετε στην κατοχή σας, πιστοποιητικό γέννησης (αν αφορά επίδομα τοκετού) εξιτήριο (αν αφορά επίδομα δωρεάν περίθαλψης)
 - ▶ Μέσω email στην ηλεκτρονική διεύθυνση customerservice@mednet.com.cy ή
 - ▶ Δια χειρός/ σε πρωτότυπη μορφή, σε οποιοδήποτε υποκατάστημα της Eurolife ή στο Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών στα κεντρικά γραφεία της Eurolife σε κλειστό φάκελο στον οποίο να αναγράφεται:

- Απαίτηση Medica.
- Ο αριθμός της Ασφαλιστικής σας Σύμβασης.
- Το όνομα και ημερομηνία γέννησης του ασθενή.

Μπορείτε επίσης, να αποστείλετε το Έντυπο Απαίτησης μαζί με όλα τα δικαιολογητικά μέσω ταχυδρομείου (σας συνιστούμε συστημένη αποστολή) στη διεύθυνση: MedNet, Αμφιπόλεως 2, Marcou Tower, 2025 Στρόβολος, Λευκωσία.

Τα συμπληρωμένα έντυπα μαζί με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά θα πρέπει να αποστέλλονται εντός 30 ημερών από την ημερομηνία του περιστατικού.

Σημ. Υποβολή απαιτήσεων με email

- Οι απαιτήσεις που μπορούν να υποβληθούν με email αφορούν τα εξωνοσοκομειακά ωφελήματα και επιδόματα.
- Αποστέλλονται πάντα από τον κυρίως ασφαλισμένο της Σύμβασης και πάντα από το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο που είναι δηλωμένο και καταχωρημένο στα αρχεία μας.
- Υποβάλλονται ξεχωριστά ανά άτομο και ανά απαίτηση.
- Κατά την υποβολή της πρώτης απαίτησης με email ο ασφαλισμένος θα πρέπει να προωθεί και την ηλεκτρονική του διεύθυνση για σκοπούς ταυτοποίησης (αυτό ισχύει μόνο για τις περιπτώσεις που δεν έχουμε καταχωρημένο email ή στις περιπτώσεις αλλαγής).
- Η αποστολή θα γίνεται είτε ηλεκτρονικά μέσω email, είτε δια χειρός με πρωτότυπα έγγραφα.
- Ο ασφαλισμένος πρέπει να διατηρεί στην κατοχή του τα πρωτότυπα έντυπα για περίοδο ενός μήνα.
- Ο ασφαλισμένος φέρει την ευθύνη για την ορθή αποστολή στην ηλεκτρονική διεύθυνση customerservice@mednet.com.cy

Για οποιεσδήποτε πληροφορίες, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τη MedNet στο τηλέφωνο 22 463033 – 34

   | Γραμμή Επικοινωνίας 8000 8880 | www.eurolife.com.cy

Eurolife Ltd. Διεύθυνση Κεντρικών Γραφείων: Eurolife House, Έβρου 4, 2003 Στρόβολος, Λευκωσία, Τηλ.: 22 124000, Φαξ: 22 125527

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ MEDICA ΩΦΕΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ (ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ Ή ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ)

1. Για προγραμματισμένα περιστατικά Νοσοκομειακής Περίθαλψης θα πρέπει:
 - Να ειδοποιήσετε τη MedNet τηλεφωνικώς στο 22463033 - 34, πριν την εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο.
 - Να ενημερώσετε το Νοσοκομείο / Κλινική για την ασφαλιστική σας κάλυψη.

Εάν επιθυμείτε μπορείτε να υποβάλετε το Έντυπο Απαίτησης μαζί με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά τουλάχιστον πέντε (5) εργάσιμες μέρες πριν από την προγραμματισμένη Νοσοκομειακή Περίθαλψη στη MedNet για αξιολόγηση ούτως ώστε να γνωρίζετε, όπου αυτό είναι δυνατόν, αν η περίθαλψη καλύπτεται από την Ασφαλιστική σας Σύμβαση και με ποιο ποσό.
2. Σε περίπτωση επείγουσας Νοσοκομειακής Περίθαλψης:
 - Πρέπει να ενημερώσετε τη MedNet αμέσως μετά την εισαγωγή σας και οπωσδήποτε πριν από την έξοδο σας από το Νοσοκομείο / Κλινική.
 - Ενημερώστε το Νοσοκομείο / Κλινική για την ασφαλιστική σας κάλυψη.
3. Βεβαιωθείτε ότι έχετε προμηθεύσει τη MedNet με:
 - Πλήρως και ορθά συμπληρωμένο το Έντυπο Απαίτησης:
Το ΜΕΡΟΣ Α', περιλαμβανομένου του μέρους «Επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα», από εσάς. Το ΜΕΡΟΣ Β' από τον γιατρό σας.
 - Όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την αξιολόγηση της απαίτησής σας.

Τα συμπληρωμένα έντυπα μαζί με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά θα πρέπει να αποστέλλονται εντός τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία του περιστατικού.
4. Ο διακανονισμός πληρωμής της απαίτησής σας μπορεί να γίνει:
 - Με πληρωμή προς τον Ιδιοκτήτη της Σύμβασης, σύμφωνα με τις πρωτότυπες αποδείξεις πληρωμής.
 - Με πληρωμή του Νοσοκομείου / Κλινικής ή και του γιατρού, σύμφωνα με τα πρωτότυπα αναλυτικά τιμολόγια.

Ζητάτε πάντοτε αναλυτική απόδειξη / τιμολόγιο για τα έξοδά σας. Η απόδειξη ή το τιμολόγιο θα πρέπει απαραίτητα να είναι πρωτότυπα, αριθμημένα και σε αυτά να περιλαμβάνονται λεπτομέρειες των πληρωτέων ποσών, τα στοιχεία του προμηθευτή (ονομασία /ονοματεπώνυμο, επάγγελμα, διεύθυνση, αριθμός εγγραφής στο ΦΠΑ ή ΑΦΤ ή αριθμός πολιτικής ταυτότητας), ημερομηνία, είδος υπηρεσίας, ποσότητα, υπογραφή και σφραγίδα.

5. Παραδώστε οποιαδήποτε έντυπα ή και δικαιολογητικά σχετικά με την απαίτησή σας σε οποιοδήποτε υποκατάστημα της Eurolife ή στο Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών στα κεντρικά γραφεία της Eurolife σε κλειστό φάκελο στον οποίο να αναγράφεται:

- Απαίτηση Medica.
- Ο αριθμός της Ασφαλιστικής σας Σύμβασης.
- Το όνομα και η ημερομηνία γέννησης του ασθενή.

Μπορείτε επίσης να αποστείλετε το Έντυπο Απαίτησης μαζί με όλα τα δικαιολογητικά μέσω ταχυδρομείου (σας συνιστούμε συστημένη αποστολή) στη διεύθυνση: MedNet, Αμφιπόλεως 2, Marcou Tower, 2025 Στρόβολος, Λευκωσία.

**Για οποιεσδήποτε πληροφορίες, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τη MedNet
στο τηλέφωνο 22 463033 – 34**

   | Γραμμή Επικοινωνίας 8000 8880 | www.eurolife.com.cy

Eurolife Ltd. Διεύθυνση Κεντρικών Γραφείων: Eurolife House, Έβρου 4, 2003 Στρόβολος, Λευκωσία, Τηλ.: 22 124000, Φαξ: 22 125527

eurolife