

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ
ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΡΟΣ Α: Να συμπληρωθεί από τον Ιδιοκτήτη της Σύμβασης και από τον Ασθενή.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ

Εγώ ο Ιδιοκτήτης της Σύμβασης με αριθμό
υποβάλλω αίτηση αναφορικά με την ασθένεια/τραυματισμό που περιγράφεται πιο κάτω:
Φαξ Ιδιοκτήτη: e-mail Ιδιοκτήτη:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

Όνοματεπώνυμο :
Διεύθυνση :
Τηλέφωνα :
Ημερομηνία Γέννησης : Αριθμός Ταυτότητας :

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ / ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ

Ασθένεια / Τραυματισμός (Περιγράψτε) :
Περιγράψτε τα συμπτώματα :
Πότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα ;/...../..... Πότε συνέβηκε το Ατύχημα (αν ισχύει) ;/...../.....
Είχε ποτέ ληφθεί περίθαλψη στο παρελθόν για την ίδια ασθένεια/ατύχημα; ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ΝΑΙ Πότε;
Όνομα και Διεύθυνση Θεράποντος Ιατρού :
Όνομα και Διεύθυνση Κλινικής / Νοσοκομείου :
Ημερ. Εισαγωγής :/...../..... Ημερ. Εξόδου :/...../..... Ημερ.Χειρουργικής Επέμβασης (αν ισχύει) :/...../.....

ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΠΡΙΝ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ

Επιθυμείτε την εξέταση της Απαίτησης σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περιθαλψης; ΝΑΙ ΟΧΙ

- Η εξέταση της Απαίτησης σας μπορεί να γίνει μόνο για προγραμματισμένη Νοσοκομειακή Περιθαλψη και θα βασίζεται στα δεδομένα που μας δίνονται.
- Για να μπορέσουμε να εξετάσουμε το αίτημα σας θα πρέπει να υποβάλετε το Έντυπο Απαίτησης μαζί με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, τουλάχιστον πέντε (5) εργάσιμες ημέρες πριν την προγραμματισμένη Νοσοκομειακή Περιθαλψη.
- Η απόφαση μας θα βασίζεται αποκλειστικά στους όρους της Ασφαλιστικής σας Σύμβασης και δεν θα αποτελεί, με οποιονδήποτε τρόπο, ένδειξη ή συμβουλή για την αναγκαιότητα της προτεινόμενης περίθαλψης.

ΔΙΑΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Παρακαλώ επιλέξτε:
 Πληρωμή στον Ιδιοκτήτη, σύμφωνα με τις πρωτότυπες αποδείξεις που επισυνάπτονται. Στην περίπτωση που υποβάλατε την Απαίτηση σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περιθαλψης και την έχουμε εγκρίνει, οι αποδείξεις θα πρέπει να σταλούν στη MedNet με την ολοκλήρωση της Περιθαλψης.
 Επιταγή στο όνομα της Κλινικής/Νοσοκομείου όπου έγινε/θα γίνει η Νοσοκομειακή Περιθαλψη ή/και του Ιατρού, σύμφωνα με τα σχετικά πρωτότυπα αναλυτικά τιμολόγια που επισυνάπτονται. Στην περίπτωση που υποβάλατε την Απαίτηση σας πριν τη διεξαγωγή της Νοσοκομειακής Περιθαλψης και την έχουμε εγκρίνει, τα τιμολόγια θα πρέπει να σταλούν στη MedNet με την ολοκλήρωση της Περιθαλψης.
 Σημειώνεται ότι για περιστατικά Εξωτερικού Ασθενή θα πρέπει πάντοτε να επισυνάπτονται οι πρωτότυπες αποδείξεις πληρωμής.

ΆΛΛΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Αν η Περιθαλψη δημιουργεί υποχρέωση αποζημίωσης από τρίτο πρόσωπο, ή καλύπτεται από άλλη πηγή (Ιδιωτική ή Κοινωνική Ασφάλιση, Ταμεία Υγείας κλπ) παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες:
.....

ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία, που δίνονται στην αίτηση αυτή, είναι πλήρη και αληθινά και εξουσιοδοτώ την EuroLife Ltd και τη MedNet, να αποταθούν για πληροφορίες σε οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο αναφορικά με τη φυσική και πνευματική μου υγεία. Ταυτόχρονα εξουσιοδοτώ την παροχή των πιο πάνω πληροφοριών.
 Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ενήλικου Ασθενή
 Ονοματεπώνυμο & Υπογραφή Ιδιοκτήτη
 Ημερομηνία Τόπος

**Για τη γρηγορότερη διεκπεραίωση της αίτησης σας, παρακαλούμε όπως βεβαιωθείτε ότι όλα τα σημεία στο Έντυπο Απαίτησης είναι συμπληρωμένα και ότι συνοδεύεται από όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά.
 Για οποιαδήποτε βοήθεια χρειαστείτε, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τη MedNet στο τηλέφωνο 22 46 30 33.**

ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Ασθένεια / Τραυματισμός :

Ημερομηνία :

Σας πληροφορούμε ότι για την Εκτέλεση της Ασφαλιστικής σας Σύμβασης, η Εταιρεία θα πρέπει να προβεί σε επεξεργασία Ευαίσθητων Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Η επεξεργασία θα αφορά αποκλειστικά τα **Δεδομένα Υγείας** του ασφαλισμένου προσώπου και θα περιορίζεται στα δεδομένα που είναι απαραίτητα για την διεκπεραίωση αυτής της Απαίτησης σας. Σε μερικές περιπτώσεις, (εάν αυτό κριθεί αναγκαίο), η επεξεργασία θα περιλαμβάνει και επικοινωνία με τους θεράποντες Ιατρούς και τα Νοσηλευτήρια για λήψη πληροφοριών ή Ιατρικών Εκθέσεων. Εάν το επιθυμείτε, μπορείτε να ζητήσετε και να πάρετε αντίγραφα της σχετικής αλληλογραφίας.

Παρά το γεγονός ότι έχουμε στα αρχεία μας τη Ρητή Συγκατάθεση σας για συλλογή και επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων, (ευαίσθητων ή μη), επιθυμούμε να σας υπενθυμίσουμε ότι έχετε το δικαίωμα να προβάλετε, (οποτεδήποτε), **Αντίρρηση** στην περαιτέρω επεξεργασία. Σε τέτοια όμως περίπτωση, είναι πιθανή η αδυναμία της Εταιρείας να διεκπεραιώσει την Απαίτηση σας.

Παρακαλούμε απαντήστε, σημειώνοντας x στο αντίστοιχο τετράγωνο.

Επιβεβαίωση **Συγκατάθεσης** Προβολή **Αντίρρησης**

Όνοματεπώνυμο Ενήλικου Ασθενή

Αρ. Ταυτότητας & Υπογραφή

Όνοματεπώνυμο Ιδιοκτήτη

Αρ. Ταυτότητας & Υπογραφή

Ημερομηνία :

Τόπος :

ΜΕΡΟΣ Β: Να συμπληρωθεί από το θεράποντα Ιατρό.**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ**

Όνοματεπώνυμο Ασθενή : Ημερομηνία Γέννησης :

ΑΣΘΕΝΕΙΑ / ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣΑρχική Διάγνωση (ημερομηνία και λεπτομερής περιγραφή):
.....
.....Τελική Διάγνωση (ημερομηνία και λεπτομερής περιγραφή):
.....
.....**ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Επείγον περιστατικό | <input type="checkbox"/> Εξωτερικά Ιατρεία | <input type="checkbox"/> Ημερήσια Χειρουργική Νοσηλεία |
| <input type="checkbox"/> Προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση | | <input type="checkbox"/> Άλλο |
- Ημερομηνία επέμβασης /..... /.....

Όνομα & Διεύθυνση Νοσοκομείου/Κλινικής που έγινε/θα γίνει η Νοσηλεία :

Ημερ. / Ώρα Εισαγωγής : /..... /..... πμ / μμ Ημερ. / Ώρα Εξόδου : /..... /..... πμ / μμ

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ / ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ

Περιγράψτε τα συμπτώματα του Ασθενή:

Πότε είχε ο Ασθενής τα πρώτα συμπτώματα (ημερομηνία); /..... /..... Πότε συνέβηκε το Ατύχημα; /..... /.....

(Αν ισχύει / ημερομηνία)

Πότε σας επισκέφθηκε ο Ασθενής για πρώτη φορά (ημερομηνία); /..... /.....

Αναφέρετε και περιγράψτε με λεπτομέρεια τους παράγοντες που επιβάλλουν / επέβαλαν την εισαγωγή του Ασθενή στο Νοσοκομείο/ Κλινική:

Ιατρικές και διαγνωστικές εξετάσεις που έγιναν αναφορικά με την ασθένεια /τραυματισμό. (Αναφέρετε ημερομηνίες και επισυνάψτε τα αποτελέσματα):
.....

Περιγράψτε την περίθαλψη που δόθηκε στον Ασθενή, καθώς και τα φάρμακα που χορηγήθηκαν μέχρι σήμερα:

Περίθαλψη που επίκειται :

Παρακολουθείται ή λαμβάνει περίθαλψη ο Ασθενής από Ιατρό άλλης ειδικότητας; (Δώστε λεπτομέρειες):

Έχει ο Ασθενής αποθεραπευτεί από την ασθένεια/τραυματισμό;

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟΕίναι η πρώτη φορά που ο Ασθενής λαμβάνει περίθαλψη για αυτή την ασθένεια/τραυματισμό; ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν όχι, πότε ήταν το πρώτο περιστατικό και πώς αντιμετωπίστηκε;Υποφέρει ή υπέφερε στο παρελθόν από ασθένεια ή οποιαδήποτε άλλη πάθηση ή σύνδρομο; (Περιγράψτε):
.....

Όνοματεπώνυμο Ιατρού : Ειδικότητα :

Διεύθυνση : Τηλέφωνο :

Υπογραφή Ιατρού

Ημερομηνία

Σφραγίδα Νοσοκομείου / Κλινικής

Παρακαλούμε όπως βεβαιωθείτε ότι όλα τα σημεία στο Έντυπο Απαιτήσης είναι συμπληρωμένα.**Σημείωση:** Αφού συμπληρωθεί το Έντυπο Απαιτήσης παρακαλούμε όπως αποσταλεί στη MedNet στο Φαξ. 22 51 98 19, Τηλ. 22 46 30 33

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

1. Για προγραμματισμένα περιστατικά Νοσοκομειακής Περίθαλψης:

- Πρέπει να ειδοποιήσετε τη MedNet τηλεφωνικά στο 22463033 - 34 **πριν** την εισαγωγή σας στο Νοσοκομείο.
- Ενημερώστε το Νοσοκομείο / Κλινική για την ασφαλιστική σας κάλυψη.

Αν επιθυμείτε μπορείτε να υποβάλετε το Έντυπο Απαίτησης μαζί με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά τουλάχιστον 5 εργάσιμες μέρες πριν από την προγραμματισμένη Νοσοκομειακή Περίθαλψη στη MedNet για αξιολόγηση ούτως ώστε να γνωρίζετε, όπου 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.
- 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 το γιατρό σας.
- Όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την αξιολόγηση της απαίτησης σας.

Τα συμπληρωμένα έντυπα μαζί με όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά θα πρέπει να αποστέλλονται εντός 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 έξοδα 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 απαίτηση 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 την ημερομηνία γέννησης του ασθενή.

Μπορείτε επίσης να αποστείλετε το Έντυπο Απαίτησης μαζί με όλα τα δικαιολογητικά με το ταχυδρομείο (σας συνιστούμε συστημένη αποστολή) στη διεύθυνση: MedNet, Κένεντυ 57, 1ος όροφος, 1076 Λευκωσία.