Verfahren und Antragsformular für die Erstattung der Kosten für medizinische Behandlung

im Rahmen der Deckung „Ambucare Flexible“

Bitte halten Sie sich für die korrekte Zuordnung und Verarbeitung Ihres Vorgangs *bei jeder Antragseinsendung* an das im Folgenden beschriebene Verfahren.
Es ist sehr wichtig, dass Sie, falls bekannt, jederzeit die Vertragsnummer und Aktenzeichen zu Ihrem Vorgang angeben, oder falls diese nicht bekannt sind, Sie Ihre persönlichen Angaben eintragen (Teil 1 des Formulars).
Vollständig ausgefüllte und übersichtlich vorgelegte Unterlagen helfen bei einer zügigen Bearbeitung.

Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber und
auf unserer Website unter dem folgenden Link: www.myglobalbenefits.aginsurance.be

Das Formular Antrag auf „Erstattung der Kosten für ambulante medizinische Versorgung“ besteht aus zwei Teilen, der zweite davon ist in vier Bereiche unterteilt:

Teil 1: Persönliche Angaben: in allen Fällen und bei jeder Einsendung auszufüllen.

Teil 2:

Bitte füllen Sie für die betreffende und benannte Person im Bereich „Patient“ unter Teil 1 die Felder A, B, C und D anhand der Quittungen aus und fügen Sie die Belege sortiert und nummeriert bei. Bitte verwenden Sie immer nur ein Formular pro versicherte Person.

Zu den Belegen gehören:

- Teil A: Medizinische Versorgung: ***A1: Arztbesuche, Hausbesuche, Untersuchungen, Physiotherapie***
A2: Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung
A3: Medizinische Prothesen, Hörgeräte...

- Zu Kosten für ambulante Versorgung: Fordern Sie bei Ihrer **Krankenkasse** eine Aufstellung zu allen Leistungen im Zusammenhang mit der betreffenden Person für den Abrechnungszeitraum an.
- Für Leistungen, die nicht auf dieser Aufstellung aufgeführt sind: Rechnungen und/oder Honorarforderungen.
- Für die Kosten bezüglich medizinischer Prothesen und Hörgeräte: Rechnung und Bescheinigung über Erstattung bzw. abgelehnte Erstattung der Krankenkasse.

- Teil B: Pharmazeutische Kosten

- Kosten für Medikamente, Verbände...
  Bitten Sie Ihren Apotheker um einen „Nachweis über im Rahmen einer Zusatzversicherung erstattungsfähige, pharmazeutische Leistungen“ - BVAC-Muster (Aufstellung, die den vollständigen Namen des Patienten, den Namen des verschreibenden Arztes, Ausstellungsdatum und die Liste der Produkte mit dem entsprechenden Preis aufführt).

- Teil C: Optikerkosten (Brillengestell, Brillengläser, Kontaktlinsen...)

- Detaillierte Rechnung und Bescheinigung über Erstattung bzw. abgelehnte Erstattung der Krankenkasse

- Teil D: Zahnersatz (Brücken, Kronen, Implantate)

- Detaillierte Rechnung und Bescheinigung über Erstattung bzw. abgelehnte Erstattung der Krankenkasse

Schicken Sie Ihre Unterlagen an : **AG Insurance – Health Care**
Bd. E. Jacqmain, 53
1000 Brüssel

Vielen Dank im Voraus

*Falls nicht bekannt, fragen Sie Ihren Arbeitgeber nach der Nummer der Gruppe.

0079-8070031D-08072015

Antrag auf Erstattung der Kosten für ambulante medizinische Behandlung

im Rahmen der Deckung „Ambucare Flexible“

Unterlagen erhalten Sie von Ihrem Arbeitgeber
und auf unserer Website unter dem folgenden Link: www.myglobalbenefits.aginsurance.be

Teil 1: Persönliche Angaben

Arbeitgeber: ..... Gruppe Nr: .....

Mitarbeiter/-in: Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum: ..... /..... /..... Vertragsnummer/Aktenzeichen AG Insurance, falls bekannt: ..... /..... / ..... / .....

Anschrift: .....

E-mail : ..... @ .....

IBAN/BIC : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Telefon : .....

Empfänger der medizinischen Leistung :

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum ..... /..... /.....

Teil 2: Ambulante Behandlung

Fügen Sie für die betreffende Person die Belege bei, durchgehend nummeriert, und füllen Sie die nachfolgenden Tabellen aus. Bitte verwenden Sie immer nur ein Formular pro versicherte Person.

A. Medizinische Versorgung

A.1 Arztbesuche, Hausbesuche, Untersuchungen, Physiotherapie, Behandlung...

Nr	Datum	Name d. Arztes/d. versorgenden Person	Bezahlt	Krankenkasse	Auf Kosten
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
				Summe A 1	

A.2 Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung

	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
				Summe A 2	

A.3 Medizinische Prothesen, Hörgeräte...

	/ /				
	/ /				
	/ /				
				Summe A 3	
			Summe A1 + A2 + A3	SUMME €	

B. Pharmazeutische Kosten: Medikamente, Verbände (bitte fügen Sie den Nachweis über „im Rahmen einer Zusatzversicherung erstattungsfähige pharmazeutische Leistungen“ bei)

Nr.	Datum	Bezahlt		Nr.	Datum	Bezahlt
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /				/ /	
	/ /			Summe B €		
	/ /					

C. Optikerkosten (Brillengläser, Kontaktlinsen...)

Nr.	Datum	Art der Kosten	Bezahlt	Krankenkasse	Auf Kosten
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
				Summe €	
				Summe C1	(C1)
	/ /	Brillengestell			
				Summe C2 (maximal 85 €)	(C2)
				Total C1 + C2	

D. Zahnersatz (Brücken, Kronen, Implantate)

Nr.	Datum		Bezahlt	Krankenkasse	Auf Kosten
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
				Summe €	
				Summe D	

SUMME A + B + C + D : ..... €

Füllen Sie bitte mehrere Formulare aus, falls erforderlich. Bitte senden Sie Ihre Unterlagen an:

AG Insurance - Health Care
Bd. E. Jacqmain, 53
1000 Brüssel

Der Unterzeichner erklärt sich damit einverstanden, dass AG Insurance, unter Beachtung der Bestimmungen des belgischen Datenschutzgesetzes, die oben angegebenen Daten für die Bereitstellung und Verwaltung von Versicherungsleistungen im Allgemeinen, einschließlich der Aufstellung von Statistiken verwendet. Die betroffene Person hat das Recht, ihre Daten einzusehen und kann diese, falls erforderlich, korrigieren. Gesundheitsbezogene Daten dürfen nur unter der Aufsicht einer medizinischen Fachkraft verarbeitet werden und der Zugriff auf diese Daten ist auf Personen beschränkt, die diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.
AG Insurance leitet diese Daten nicht an Dritte weiter. Der Unterzeichner erklärt sich jedoch damit einverstanden, dass AG Insurance diese Daten weitergibt, falls und in dem Maße wie eine gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung bzw. ein berechtigtes Interesse dazu besteht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Datum: ...../...../.....

Unterschrift: