

Έντυπο Ιατρικών Πληροφοριών

Είμαστε εδώ για να σας βοηθήσουμε
 +44 (0) 1892 556274

Διαθέσιμοι ημέρα και νύχτα, 365 ημέρες τον χρόνο

Βοηθήστε μας να εξετάσουμε την απαίτησή σας γρήγορα γράφοντας ευδιάκριτα

Στείλτε το συμπληρωμένο σας έντυπο ως εξής:

Μέσω φόρτωσης ή ασφαλούς email στο:
 axappinternational.com/members

Φαξ: +44 (0) 1892 508256

Ταχυδρομικά: International Customer Service
 AXA PPP International, Phillips House, Crescent
 Road, Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL, UK

Υπάρχουν τρία μέρη σε αυτό το έντυπο:

Μέρος	Ποιος πρέπει να συμπληρώσει αυτό το μέρος
A: Λεπτομέρειες απαίτησης	ο ασθενής που αξιώνει την απαίτηση
B: Συναίνεση ασθενούς	ο ασθενής που αξιώνει την απαίτηση
Γ: Ιατρικές λεπτομέρειες	ο ιατρός του ασθενούς

Μέρος A: Λεπτομέρειες απαίτησης

Συμπληρώνεται από τον ασθενή

A1 Σχετικά με εσάς και την απαίτησή σας

Ουμηθείτε να χρησιμοποιήσετε **ΜΑΥΡΟ ΜΕΛΑΝΙ** και να γράψετε με **ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ** σε όλο το έντυπο

Όνοματεπώνυμο και τίτλος

Διεύθυνση

Παρακαλείσθε να σημειώσετε πλήρη στοιχεία διεύθυνσης, συμπεριλαμβανομένου του ταχυδρομικού κώδικα και της χώρας.

Αριθμός μέλους/πελάτη

Αριθμός απαίτησης (εάν τον γνωρίζετε)

Λεπτομέρειες επικοινωνίας

Παρακαλείσθε να συμπεριλάβετε τον κωδικό χώρας και περιοχής.

Παρακαλείσθε να σημειώσετε τα στοιχεία του γονέα ή του νόμιμου κηδεμόνα, εάν ο ασθενής είναι κάτω των 16 ετών.

Τηλέφωνο

Email

Ημερομηνία γέννησης

Λόγος απαίτησης

Παρακαλείσθε να περιγράψετε τα συμπτώματα ή την πάθηση που χρήζει θεραπευτικής αντιμετώπισης

Συνέχεια στην επόμενη σελίδα

A2 Λεπτομέρειες πληρωμής απαίτησης

Έχετε πληρώσει ήδη λογαριασμούς για τη θεραπεία για την οποία αξιώνετε την απαίτηση;

- Όχι – Μεταβείτε στην ενότητα A3
 Ναι – Συμπληρώστε την υπόλοιπη ενότητα

Θα καταβάλουμε την πληρωμή για οποιαδήποτε θεραπεία για την οποία καλύπτεστε απευθείας στον τραπεζικό λογαριασμό σας

Παρακαλείσθε να επισυνάψετε όλα τα τιμολόγια ή τις αποδείξεις ή/και οποιοδήποτε αποδεικτικό που επιβεβαιώνει ότι έχετε πληρώσει για τη θεραπεία, καθώς και τυχόν ιατρικά πιστοποιητικά, αλληλογραφία ή έγγραφα σχετικά με την απαίτηση. Για να αποφευχθούν τυχόν καθυστερήσεις σχετικά με την απαίτησή σας, φροντίστε να αναφέρετε τα εξής:

- Τις ημερομηνίες της θεραπείας Τον τύπο της θεραπείας
 Την πάθηση Την αξία του τιμολογίου

Νόμισμα στο οποίο πρέπει να πληρωθεί η απαίτηση

Χώρα

Αριθμός τραπεζικού λογαριασμού

Όνομα δικαιούχου

Όνομα λογαριασμού

IBAN (κατά περίπτωση, ανάλογα με την έδρα της τράπεζάς σας)

Κωδικός SWIFT ή BIC

Αριθμός ABA

Όνομα και διεύθυνση τράπεζας

Αν έχει προγραμματιστεί περαιτέρω θεραπεία, παρακαλείσθε να επικοινωνήσετε μαζί μας στο +44 (0) 1892 556274 ή διαδικτυακά ακολουθώντας τις οδηγίες στο axappinternational.com/members

A3 Πρόσθετες πληροφορίες

Θέλετε να αξιώσετε απαίτηση παροχής σε χρήμα για θεραπεία που λάβατε δωρεάν;

- Όχι
 Ναι – Σε περίπτωση καταφατικής απάντησης, παρακαλείσθε να στείλετε επιβεβαίωση των ημερομηνιών της νοσηλείας ή της θεραπείας σας με το παρόν έντυπο καθώς και αποδεικτικά στοιχεία που να επιβεβαιώνουν ότι οι υπηρεσίες σας παρασχέθηκαν δωρεάν.

Η θεραπεία αφορά τραυματισμό ή ατύχημα;

- Όχι – Μεταβείτε στην ενότητα B
 Ναι

α. Θεωρείτε ότι το ατύχημα ή ο τραυματισμός ήταν υπαιτιότητα τρίτου;

- Όχι
 Ναι

β. Έχετε άλλο ασφαλιστήριο συμβόλαιο που επίσης καλύπτει την απαίτησή σας;

- Όχι
 Ναι – Παρακαλείσθε να δώσετε λεπτομέρειες

Λεπτομέρειες άλλου ασφαλιστή

Μέρος Β: Συναινέση μέλους

Συμπληρώνεται από τον ασθενή

Επιβεβαιώνω ότι διάβασα τις πληροφορίες σε αυτό το έντυπο.

Δηλώνω ότι όλες οι πληροφορίες που σας δίνω είναι, εξ όσων γνωρίζω, αληθείς και ορθές.

- Συναινώ η AXA PPP Healthcare να εξετάσει τις πληροφορίες που περιέχονται στο παρόν έντυπο.
- Συναινώ η AXA PPP Healthcare να ζητήσει ιατρικές πληροφορίες, εάν χρειαστεί, από τον ιατρό ή/και το νοσοκομείο του ασθενούς.
- Συναινώ ο ιατρός ή/και το νοσοκομείο να παράσχει ιατρικές εκθέσεις και πρόσβαση σε αντίγραφα αυτών των αρχείων υγείας, κατ' απαίτηση της AXA PPP healthcare. Αυτό απαιτείται, προκειμένου η AXA PPP healthcare να μπορεί:
 - α. να επεξεργαστεί την αίτηση/εξαίρεσεις,
 - β. να κάνει ελέγχους και άλλες έρευνες και
 - γ. να επεξεργαστεί και να κοινοποιήσει ιατρικές πληροφορίες σε τρίτους, εφόσον υπάρχει ανάλογη νομική απαίτηση.
- Συναινώ η AXA PPP Healthcare να εξετάσει τις πληροφορίες σε ιατρικές εκθέσεις ή αρχεία υγείας που μπορεί να ζητηθούν.
- Συναινώ ο ιατρός ή/και το νοσοκομείο που περιέθαλψε τον ασθενή να εξετάσει τις ιατρικές λεπτομέρειες ή τις λεπτομέρειες της θεραπείας και τους διακανονισμούς εξιτηρίου με την AXA PPP Healthcare.
- Συμφωνώ η AXA PPP Healthcare να στείλει όλη την περαιτέρω σχετική αλληλογραφία στον κάτοχο του συμβολαίου, εκτός εάν σας ζητήσω το αντίθετο.

Δηλώνω ότι είμαι ο ασθενής

- Ναι
 Όχι

Ο ασθενής είναι κάτω των 16 ετών;

- Όχι
 Ναι

Σε περίπτωση καταφατικής απάντησης, δηλώνω ότι είμαι ο γονέας/κηδεμόνας του ασθενούς

- Όχι
 Ναι

Επιθυμώ να δω οποιαδήποτε έκθεση από τον ιατρό, προτού σας αποσταλούν

- Όχι
 Ναι

Υπογραφή*

**Αν ο ασθενής είναι κάτω των 16 ετών, το παρόν έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί από τον γονέα/νόμιμο κηδεμόνα του*

Ημερομηνία

Η	Η	Μ	Μ	Ε	Ε	Ε	Ε
---	---	---	---	---	---	---	---

Όνοματεπώνυμο ασθενούς

Μέρος Γ: Ιατρικές πληροφορίες

Συμπληρώνεται από τον ιατρό του ασθενούς - παρακαλείσθε να γράψετε ευδιάκριτα

Όνομα ασθενούς

Ημερομηνία γέννησης

Πόσο καιρό γνωρίζετε τον ασθενή;

Είστε ο θεράπων ιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ασθενούς;

- Όχι
 Ναι

Έχετε πρόσβαση στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς;

- Όχι – Δείτε παρακάτω
 Ναι

Σε περίπτωση αρνητικής απάντησης, παρακαλείσθε να μας πείτε το όνομα και τη διεύθυνση του ατόμου που τηρεί το αρχείο ιατρικού ιστορικού του ασθενούς

Γ1 Ιατρικές λεπτομέρειες

Πάθηση/Διάγνωση

Κωδικός ICD

Κωδικός επέμβασης
(εάν υπάρχει)

Περιγραφή των συμπτωμάτων

Για πόσο διάστημα υπήρχαν τα συμπτώματα πριν σας επισκεφτεί ο ασθενής;

Πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματα;

Εάν δεν υπάρχουν συμπτώματα, τι ώθησε τον ασθενή να σας επισκεφθεί;

Δεδομένης της αιτιολογίας της πάθησης, εδώ και πόσο καιρό πιστεύετε ότι υπάρχει η πάθηση;

Ημερομηνία πρώτης θεραπείας ή επίσκεψης σε οποιονδήποτε πάροχο

Ημερομηνία θεραπείας από εσάς

Τύπος έρευνας που απαιτήθηκε για την επιβεβαίωση της διάγνωσης

Προγραμματισμένη περαιτέρω θεραπεία (εάν υπάρχει)

Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε εσάς από άλλον ιατρό;

- Όχι
 Ναι – Σε περίπτωση καταφατικής απάντησης, παρακαλείσθε να δώσετε όνομα και λεπτομέρειες επικοινωνίας του παραπέμποντος ιατρού

Η απαίτηση σχετίζεται με ή έχει προκύψει ως συνέπεια τυχόν προηγούμενης επέμβασης ή θεραπείας;

- Όχι
 Ναι – Σε περίπτωση καταφατικής απάντησης, παρακαλείσθε να αναφέρετε λεπτομέρειες, καθώς και ημερομηνίες

Ο ασθενής πάσχει από σχετικές ή συναφείς παθήσεις;

- Όχι
 Ναι - Σε περίπτωση καταφατικής απάντησης, παρακαλείσθε να αναφέρετε και να εξηγήσετε τη συνάφεια και την ημερομηνία της διάγνωσης

Ο ασθενής πάσχει από τυχόν άλλες σημαντικές παθήσεις;

- Όχι
 Ναι - Σε περίπτωση καταφατικής απάντησης, παρακαλείσθε να αναφέρετε την ιατρική πάθηση(-εις) και την ημερομηνία της διάγνωσης

Ο ασθενής έχει λάβει ιατρική γνωμάτευση/θεραπεία ή έχει νοσηλευτεί για αυτήν την πάθηση, για σχετικές παθήσεις ή συμπτώματα ή/και άλλες παθήσεις;

- Όχι
 Ναι - Σε περίπτωση καταφατικής απάντησης, παρακαλείσθε να αναφέρετε λεπτομέρειες

Ημερομηνία θεραπείας

Η	Η	Μ	Μ	Ε	Ε	Ε	Ε
---	---	---	---	---	---	---	---

Πάθηση/θεραπεία

Όνομα παρόχου

Ο ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για αυτήν την πάθηση;

- Όχι
 Ναι - Σε περίπτωση καταφατικής απάντησης, αναφέρετε το όνομα του φαρμάκου και την ημερομηνία έναρξης χορήγησης

Αν η απαίτηση σχετίζεται με κύηση, η κύηση έχει προκύψει από σύλληψη με φυσικό τρόπο;

- Όχι
 Ναι

Αν η απαίτηση σχετίζεται με κύηση, πρόκειται για την πρώτη κύηση της ασθενούς;

- Όχι - Σε περίπτωση αρνητικής απάντησης, παρακαλείσθε να αναφέρετε τυχόν προηγούμενες επιπλοκές στην κύηση
 Ναι

Είμαι ο ιατρός του ασθενούς και επιβεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που παρέχω είναι, εξ όσων γνωρίζω, ορθές. Κατανοώ ότι, εάν κάποιες πληροφορίες είναι λανθασμένες, μπορεί να επηρεαστεί η απαίτηση του ασθενούς μου για τα έξοδα της ιδιωτικής περίθαλψής του

Υπογραφή

Αριθμός τηλεφώνου επικοινωνίας

Όνομα ολογράφως

Σφραγίδα ιατρού

Ημερομηνία

Η	Η	Μ	Μ	Ε	Ε	Ε	Ε
---	---	---	---	---	---	---	---

Διεύθυνση email



Αφαιρέστε αυτήν τη σελίδα "Σημαντικές πληροφορίες" και φυλάξτε την για πληροφόρησή σας

Νόμος του 1998 περί προστασίας των δεδομένων:

Οι πληροφορίες σχετικά με την υγεία, το ιατρικό ιστορικό σας και τυχόν θεραπείες αποτελούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

- Συνήθως χρειάζομαστε τη συναίνεσή σας για την επεξεργασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων σας.
- Έναντι μικρής αμοιβής, μπορείτε να λάβετε ένα αντίγραφο των πληροφοριών που διατηρούμε σχετικά με εσάς. Ίσως χρειαστεί να λάβουμε τη συναίνεση του ιατρού σας για να σας δώσουμε ορισμένες ιατρικές πληροφορίες.
- Αν πιστεύετε ότι κάποιες πληροφορίες είναι λανθασμένες, μπορείτε να μας ζητήσετε να τις αλλάξουμε. Σε αυτή την περίπτωση είτε θα προβούμε στην αλλαγή τους είτε θα σας εξηγήσουμε γιατί δεν θα το κάνουμε.
- Μπορείτε να μας ζητήσετε, γραπτώς, αντίγραφο οποιωνδήποτε προσωπικών δεδομένων περιέχονται σε οποιαδήποτε έκθεση το οποίο μπορούμε να ζητήσουμε από ανεξάρτητο ιατρό.
- Για τις εκθέσεις που έχουν συντάξει οι δικοί σας ιατροί, πρέπει να επικοινωνήσετε μαζί τους.
- Οι πληροφορίες των απαιτήσεων ενδέχεται να υποβληθούν σε επεξεργασία εμπιστευτικά για λογαριασμό μας, εκτός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου.
- Ο κάτοχος του συμβολαίου είναι ο νόμιμος κάτοχος του ασφαλιστικού προγράμματος υγείας και ως εκ τούτου θα στέλνουμε σε αυτόν, email ή επιστολάς σχετικά με το ασφαλιστικό πρόγραμμα, συμπεριλαμβανομένων επιστολών ή email που αφορούν απαιτήσεις.
- Αν δεν επιθυμείτε να γνωρίζετε για την πάθησή σας, δεν πρέπει να αξιώσετε απαίτηση στο πλαίσιο του ασφαλιστικού προγράμματος.
- Αν λάβουμε ιατρικά αρχεία και διαπιστώσουμε μια πάθηση που θα έπρεπε να είχε δηλωθεί στην αίτηση του ασφαλιστικού προγράμματος, θα χρησιμοποιήσουμε αυτές τις πληροφορίες για να τροποποιήσουμε τους όρους του ασφαλιστικού προγράμματος.

Νόμος του 1988 περί πρόσβασης σε ιατρικά αρχεία:

Ο Νόμος περί πρόσβασης σε ιατρικά αρχεία αναφέρεται στα δικαιώματα για τα οποία πρέπει να σας ενημερώσουμε προτού συμφωνήσετε ότι μπορούμε να ζητήσουμε έκθεση από το γενικό ιατρό σας ή οποιονδήποτε ειδικευμένο ιατρό που έχει αναλάβει τη θεραπεία σας. Αυτός ο νόμος δεν σχετίζεται με εκθέσεις από ιατρούς που δεν είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία σας, αλλά μπορείτε να μας ζητήσετε τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται σε τυχόν ανεξάρτητες εκθέσεις (δείτε την ενότητα περί Προστασίας των δεδομένων παραπάνω).

Τα δικαιώματα αυτά δεν ισχύουν όταν ζητάμε από τον γενικό ή ειδικευμένο ιατρό σας αντίγραφα πληροφοριών από τα ιατρικά αρχεία σας, αν και μπορείτε πάντοτε να αποσύρετε τη συναίνεσή σας σχετικά με το δικαίωμα να ζητήσουμε αυτές τις πληροφορίες.

- Μπορείτε να αποσύρετε τη συναίνεσή σας, αλλά σε αυτή την περίπτωση, ενδεχομένως να μην είμαστε σε θέση να πληρώσουμε την απαίτησή σας.
- Αν ζητήσετε μια έκθεση, θα σας γράψουμε αναφέροντάς σας την ημερομηνία διεξαγωγής αυτής της ενέργειας.
- Έχετε στη διάθεσή σας 21 ημέρες από την ημερομηνία του αιτήματός μας για να επικοινωνήσετε με τον ιατρό και να κανονίσετε να δείτε την έκθεση, προτού ο ιατρός την στείλει σε εμάς. Εναπόκειται στη δική σας ευχέρεια, να επικοινωνήσετε με τον ιατρό. Μπορείτε να ζητήσετε από τον ιατρό να δείτε την έκθεση οποιαδήποτε στιγμή εντός έξι μηνών από την έκδοσή της από τον ιατρό. Ο ιατρός μπορεί να σας χρεώσει το αντίγραφο της έκθεσης. Αυτό το κόστος δεν καλύπτεται από το ασφαλιστικό σας πρόγραμμα.
- Αν διαφωνείτε με οποιεσδήποτε πληροφορίες περιλαμβάνονται στην έκθεση, μπορείτε να ζητήσετε, γραπτώς, από τον ιατρό να τις αλλάξει. Αν ο ιατρός δεν συμφωνήσει μαζί σας, θα κληθείτε να συντάξετε μια δήλωση με την άποψή σας, η οποία θα επισυναφθεί στην έκθεση.

- Αν μας ενημερώσετε ότι δεν θέλετε να δείτε την έκθεση και κατόπιν αλλάξετε γνώμη προτού ο ιατρός την στείλει σε εμάς, μπορείτε να επικοινωνήσετε γραπτώς με τον ιατρό σας, ο οποίος και θα σας δώσει πρόσβαση στην έκθεση.
- Θα έχετε στη διάθεσή σας 21 ημέρες από την ημερομηνία υποβολής του αιτήματός σας για να δείτε την έκθεση. Όσο συντομότερα λάβουμε την έκθεση, τόσο συντομότερα θα επεξεργαστούμε την απαίτησή σας.

Εξαιρέσεις στο νόμο του 1988 περί πρόσβασης σε ιατρικές αναφορές:

- Ο ιατρός σας δεν έχει υποχρέωση να σας δείξει κανένα τμήμα της έκθεσης, εάν κάτι τέτοιο, σύμφωνα με τη γνώμη του, μπορεί να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στη σωματική ή ψυχική υγεία σας ή αποκαλύπτει τις προθέσεις του ιατρού αναφορικά με εσάς.
- Αν μια έκθεση αποκαλύπτει πληροφορίες που αφορούν τρίτους, ο ιατρός δεν θα σας δείξει το συγκεκριμένο τμήμα της έκθεσης.
- Αν ισχύει οποιαδήποτε εξαίρεση, ο ιατρός θα σας το αναφέρει γραπτώς, αλλά θα μπορείτε να δείτε όλα τα τμήματα της έκθεσης που δεν καλύπτονται από τις εξαιρέσεις.

Έλεγχοι και πρόληψη εγκληματικών ενεργειών

Ελέγχουμε τα αρχεία των ιατρών, των νοσοκομείων κ.ό.κ. ώστε:

- να βεβαιωθούμε ότι οι χρεώσεις των μελών μας είναι σωστές για τις υπηρεσίες που έχουν λάβει,
- να αποτρέψουμε και να εξιχνιάσουμε εγκληματικές ενέργειες, ιδιαίτερα απάτες,
- να αξιολογήσουμε την απόδοση παρόχων υγείας.

Με αυτόν τον τρόπο, οι συνδρομές διατηρούνται σε κατάλληλα επίπεδα. Οι έλεγχοι μπορεί να αποτελούν τμήμα ενός προγράμματος ή να ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένες συνθήκες.

Για την πρόληψη και την εξιχνίαση εγκληματικών ενεργειών, διεξάγουμε επίσης άλλες έρευνες, όπως η εξέταση των ιατρικών αρχείων των μελών μας και άλλων αρχείων υγείας που τηρούνται από το υπό έλεγχο άτομο ή οργανισμό πριν ή/και μετά τη θεραπεία.

Μπορούμε να μεταβιβάζουμε πληροφορίες απευθείας σε τρίτους ή χρησιμοποιώντας κοινόχρηστες βάσεις δεδομένων. Στους τρίτους περιλαμβάνονται ιατρικοί εμπειρογνώμονες, άλλοι ασφαλιστές, η Υπηρεσία διαχείρισης ασφάλειας και καταπολέμησης απάτης NHS, το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο και οι αστυνομικές αρχές. Αυτό γίνεται για την πρόληψη ή διερεύνηση εγκληματικών ενεργειών, συμπεριλαμβανομένων δολίων ή άλλων ανάρμοστων απαιτήσεων. Σε ορισμένες περιστάσεις, πρέπει να δώσουμε πληροφορίες σχετικά με υποψίες μας για εγκληματικές ενέργειες στις αστυνομικές αρχές. Όταν έχουμε βάσιμους λόγους να αμφιβάλουμε για την ιατρική καταλληλότητα ενός παρόχου υγείας, πρέπει να ενημερώσουμε τον αρμόδιο ρυθμιστικό φορέα.

Ενσωματωμένη περίθαλψη για ομαδικά υγειονομικά προγράμματα:

Αν είστε μέλος ενός εταιρικού υγειονομικού προγράμματος, ο εργοδότης σας μπορεί επίσης να παράσχει ή να χρησιμοποιήσει την Υγειονομική Υπηρεσία Εργασίας ή/και το Πρόγραμμα Βοήθειας Εργαζομένων. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από ξεχωριστές εταιρείες.

Κατόπιν δικής σας συναίνεσης, εμείς και οι εταιρείες αυτές θα μοιραζόμαστε τα ευαίσθητα ή/και προσωπικά δεδομένα, εμπιστευτικά με βάση την ηθική ανάγκη ενημέρωσης, ώστε να παρέχουν σε εσάς και στον εργοδότη σας (στην περίπτωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών Εργασίας και του Προγράμματος Βοήθειας Εργαζομένων) υποστήριξη και συμβουλές για την υγεία σας.