

Συμπλήρωση εντύπου

- Χρησιμοποιήστε το παρόν έντυπο για την υποβολή απαίτησης σχετικά με την οδοντιατρική θεραπεία.
- Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις και υπογράψτε τη δήλωση.
- Γράψτε ευκρινώς χρησιμοποιώντας κεφαλαία.
- Για οποιαδήποτε απορία, καλέστε μας στο +44 (0) 330 333 6686

Τι ακολουθεί μετά;

Στείλτε μας το συμπληρωμένο έντυπο με τα έγγραφα των απαιτήσεών σας, συμπεριλαμβανομένων των τιμολογίων, των αποδείξεων πληρωμής και τυχόν ιατρικών γνωματεύσεων χρησιμοποιώντας **μια** από τις ακόλουθες επιλογές. Σημειώνεται ότι πρέπει να φυλάξετε τα πρωτότυπα τιμολόγια και τις αποδείξεις σας για 6 μήνες για απαιτήσεις ελέγχου εκτός από την περίπτωση της ταχυδρομικής αποστολής στην οποία πρέπει να συμπεριληφθούν τα πρωτότυπα έγγραφα, οπότε θα πρέπει να τηρούνται φωτοαντίγραφα.

Διαδικτυακά μέσω της ιστοσελίδας: MyIMG

Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: GPMIclaims@imglobal.com

Φαξ: +44 (0) 330 333 6687

Για ταχυδρομική αποστολή:

Global Prima Claims Team,
PO Box 1114 Cardiff CF11 1UL United Kingdom

1 Στοιχεία ασθενούς

Τίτλος

☐ Κος ☐ Κα ☐ Δεσποινίς ☐ Άλλο

Όνομα

Επώνυμο

Αναγνωριστικό πάθησης ή κωδικός αναφοράς περιστατικού (εάν υπάρχει)

Αριθμός(-οί) κινητού τηλεφώνου

Ημερομηνία γέννησης (HH-MM-EEEE)

Όνομα ασφαλιζόμενου

Αριθμός πελάτη

Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου

Με την παροχή διεύθυνσης ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και αριθμού κινητού τηλεφώνου, συμφωνείτε να λαμβάνετε ηλεκτρονικές ειδοποιήσεις (συμπεριλαμβανομένων μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και SMS) για τους σκοπούς της επεξεργασίας των απαιτήσεών σας.

2 Στοιχεία πληρωμής

Αναφέρετε το πρόσωπο στο οποίο πρέπει να στείλουμε το ποσό πληρωμής: Πάροχος πληρωμής ☐ Αποζημίωση ασφαλιζόμενου/ασθενούς (Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία.) ☐

Ονοματεπώνυμο δικαιούχου λογαριασμού (ακριβώς όπως έχει καταχωριστεί στην τράπεζά σας)

Αριθμός λογαριασμού / IBAN (Ο αριθμός λογαριασμού που διαθέτετε μπορεί να έχει 8 έως 34 ψηφία.) Εκτός του Ηνωμένου Βασιλείου (HB), αναφέρετε το IBAN, παράδειγμα IBAN: GB17BUKB20182703450546)

Κωδικός τράπεζας (Λογαριασμός που διατηρείται μόνο στο HB)

Κωδικός SWIFT ή BIC (Λογαριασμός που διατηρείται εκτός του HB. Ο κωδικός αυτός έχει 8 ή 11 χαρακτήρες και αποτελεί το μοναδικό αναγνωριστικό της τράπεζάς σας, παραδείγματα: AIBKGB2X ή BARCGB22XXX)

Νόμισμα πληρωμής

Επωνυμία τράπεζας

Διεύθυνση τράπεζας

Ταχυδρομικός κώδικας

Χώρα

Κωδικός ταυτοποίησης τράπεζας

Κωδικός BSB/ABA/Transit

Συνιστάται να επικοινωνήσετε με την τράπεζά σας για να επιβεβαιώσετε τα σωστά στοιχεία πληρωμής προκειμένου να βεβαιωθείτε ότι λαμβάνετε χρήματα που αποστέλλονται από το HB. Ορισμένες χώρες και τράπεζες απαιτούν πρόσθετες πληροφορίες κατά τη λήψη ποσών πληρωμής από το εξωτερικό.

3 Περιγραφή δαπάνης

Επιλέξτε την κατάλληλη δαπάνη και, έπειτα, αναφέρετε λεπτομέρειες στη δεξιά στήλη	Ποσό χρέωσης (και νόμισμα)	Ημερομηνία θεραπείας (ΗΗ-ΜΜ-ΕΕΕΕ)
☐ Τακτική εξέταση, συμπεριλαμβανομένης γενικής εξέτασης και ακτινογραφιών		
☐ Καθαρισμός και στίλβωση (είτε πραγματοποιείται από οδοντίατρο ή ειδικό στοματικής υγιεινής)		
☐ Σφραγίσματα (αμάλγαμα ή σύνθετο υλικό)		
☐ Εξαγωγές		
☐ Εξαγωγή φρονιμίτη όταν πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια οδοντιατρικής επέμβασης		
☐ Νέα στεφάνη (θήκη) πορσελάνης ή νέο ένθετο πορσελάνης		
☐ Επισκευή στεφάνης (θήκης)/ένθετου		
☐ Απονεύρωση		
☐ Νέα γέφυρα		
☐ Επισκευή γέφυρας		
☐ Νέες τεχνητές οδοντοστοιχίες		
☐ Επείγουσα οδοντιατρική θεραπεία για ανακούφιση από τον πόνο, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας για ένα απόστημα, της αναδόμησης ενός ραγισμένου ή σπασμένου δοντιού ή της προσωρινού σφραγίσματος.		
☐ Ορθοδοντική θεραπεία (για τη μετακίνηση των δοντιών ή την προσαρμογή του υποκείμενου οστού) όταν είναι ιατρικά απαραίτητη για τη στοματική υγεία.		
☐ Τυχαία βλάβη που προκλήθηκε σε υγιή, φυσικά δόντια που καταστράφηκαν ή χάθηκαν σε ατύχημα. Η θεραπεία πρέπει να πραγματοποιηθεί εντός 5 ημερών από το ατύχημα.		
☐ Οδοντιατρική χειρουργική σε νοσοκομείο από στοματικό και γναθοπροσωπικό χειρουργό ή χειρουργό οδοντίατρο. Περιλαμβάνει τη χειρουργική αφαίρεση προσβεβλημένων ή θαμμένων φρονιμιτών και εξαγωγές πολύπλοκων θαμμένων ριζών.		
☐ Η ακροριζεκτομή διενεργείται από στοματικό και γναθοπροσωπικό χειρουργό ή χειρουργό οδοντίατρο.		

Η απαίτηση προέκυψε ως αποτέλεσμα του ατυχήματος;

Ναι ☐ Όχι ☐

Εάν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες σχετικά με τον τρόπο, τον χρόνο και τον τόπο εκδήλωσης του ατυχήματος

Στο ατύχημα εμπλεκόταν άλλο πρόσωπο/άλλη εταιρεία;

Ναι ☐ Όχι ☐

Εάν ναι, αναφέρετε την επωνυμία και τα στοιχεία επικοινωνίας της ασφαλιστικής εταιρείας, και τον αριθμό ασφαλιστήριου συμβολαίου τρίτου μέρους

Ο ασθενής διαθέτει κάποιο άλλο ασφαλιστικό πρόγραμμα ή ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα μπορούσε επίσης να παρέχει κάλυψη για αυτά τα ιατρικά έξοδα;

Ναι ☐ Όχι ☐

Εάν ναι, τι είδος ασφαλιστικού προγράμματος ή ασφαλιστηρίου;

Αναφέρετε την επωνυμία και τα στοιχεία επικοινωνίας της ασφαλιστικής εταιρείας, και τον αριθμό ασφαλιστήριου συμβολαίου του ασθενούς

Λάβετε υπόψη ότι, σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις του ασφαλιστηρίου σας, οι αιτήσεις πρέπει να υποβάλλονται εντός έξι (6) μηνών από την ημερομηνία θεραπείας.

Λόγος εκπρόθεσμης υποβολής εάν έχουν περάσει περισσότεροι από 6 (έξι) μήνες από την ημερομηνία της θεραπείας.

4 Δήλωση και συγκατάθεση

Η αξίωσή σας θα διαχειρίζεται η IMG ή άλλο τρίτο μέρος για λογαριασμό της IMG.

Βεβαιώνω ότι διάβασα τις πληροφορίες του παρόντος εντύπου. Επιθυμώ να υποβάλω αίτηση και να δηλώσω ότι όλες οι πληροφορίες που σας έδωσα είναι, εξ όσων γνωρίζω, αληθείς και ορθές.

- Συναινώ ώστε η IMG να ελέγχει τα στοιχεία τυχόν ιατρικών γνωματεύσεων ή φακέλου υγείας που μπορεί να ζητηθούν.
- Συναινώ στην IMG να μοιραστεί τις ιατρικές πληροφορίες και τις πληροφορίες υγείας που περιέχονται σε αυτό το έντυπο, ένα αρχείο υγείας ή οποιοδήποτε ιατρικές εκθέσεις με τους ασφαλιστές του ασφαλιστηρίου μου.
- Συναινώ ώστε ο ιατρός ή/και το νοσοκομείο που εμπλέκεται στην περίθαλψη του ασθενούς να ελέγξει τις ιατρικές ή θεραπευτικές λεπτομέρειες και τη διαδικασία έκδοσης εξιτηρίου με τη IMG.

☐ Δηλώνω ότι είμαι ο ασθενής

► Εάν ο ασθενής είναι κάτω των 16 ετών, ένας γονέας ή κηδεμόνας πρέπει να επιλέξει αυτό το πλαίσιο και να υπογράψει παρακάτω εκ μέρους του ασθενούς ☐

Ονοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα

Συγγένεια με ασθενή

☐ Επιθυμώ να διαβάσω κάθε γνωμάτευση του ιατρού, πριν αποσταλεί σε σας.

☐ Συμφωνώ να λαμβάνω δηλώσεις παροχών και προσωπικές ιατρικές πληροφορίες μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου

Υπογραφή ασθενούς (υπογράφεται από τον γονέα/κηδεμόνα εάν ο ασθενής είναι κάτω των 16)

Ημερομηνία υπογραφής (HH-MM-EEEE)

Ονοματεπώνυμο ασθενούς

5 Βεβαίωση οδοντολογικής εξέτασης – Συμπληρώνεται από τον οδοντίατρο

Οδοντόγραμμα

Συμπληρώστε το παρόν οδοντόγραμμα ή επισυνάψτε το υπάρχον σχέδιο θεραπείας και το οδοντιατρικό σας διάγραμμα μαζί με αυτήν την αίτηση.

Δεξιά πλευρά άνω γνάθου	18	17	16	15	14	13	12	11	Αριστερή πλευρά άνω γνάθου	21	22	23	24	25	26	27	28
Δεξιά πλευρά κάτω γνάθου	48	47	46	45	44	43	42	41	Αριστερή πλευρά κάτω γνάθου	31	32	33	34	35	36	37	38

Συμπληρώστε τους σχετικούς κωδικούς παρακάτω στα παραπάνω πλαίσια για να περιγράψετε ποια θεραπεία δόθηκε σε ποια δόντια.

Τυχαιά βλάβη	AD	Επισκευή στεφάνης (θήκης) ή ενθέτου	RC
Ακροριζεκτομή	AP	Επισκευή γέφυρας	RB
Νέα γέφυρα	B	Απονεύρωση	RCT
Νέες οδοντοστοιχίες	D	Χειρουργική επέμβαση	S
Εξαγωγές	E	Εξαγωγή φρονιμίτη	EX
Σφραγίσματα (αμάλγαμα/σύνθετο υλικό)	F	Άλλο, συμπεριλαμβανομένης επείγουσας θεραπείας	
Νέα στεφάνη (θήκη) πορσελάνης ή ένθετο	NC	αποστήματος, αναδόμησης ραγισμένου ή σπασμένου δοντιού, προσωρινής σφραγίσματος ή ακτινογραφίας. (Αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω)	

Εξετάσεις και θεραπεία

Ημερομηνία εξέτασης (HH-MM-EEEE)

Ημερομηνία τακτικής εξέτασης, αν υπάρχει (HH-MM-EEEE)

Ημερομηνία καθαρισμού, αν υπάρχει (HH-MM-EEEE)

Ο ασθενής χρειάζεται περαιτέρω θεραπεία;

☐ Όχι

☐ Ναι ► Πότε είναι η προτεινόμενη ημερομηνία; (HH-MM-EEEE)

Πλήρη στοιχεία της πάθησης για την οποία απαιτείται θεραπεία/χειρουργική επέμβαση

Ονοματεπώνυμο

Διεύθυνση

Ταχυδρομικός κώδικας

Χώρα

Προσόντα

Τηλέφωνο

Φαξ

5 Βεβαίωση οδοντολογικής εξέτασης – Συμπληρώνεται από τον οδοντίατρο (συνέχεια)

Ημερομηνία αρχικής διάγνωσης πάθησης

Αναλυτικές πληροφορίες για την προτεινόμενη θεραπεία/χειρουργική επέμβαση

Εάν ο ασθενής έχει παραπεμφθεί σε στοματικό και γναθοπροσωπικό χειρουργό, αναφέρετε αναλυτικές πληροφορίες παρακάτω.

Υπογραφή

Ημερομηνία (HH-MM-EEEE)

Επίσημη σφραγίδα

6 Σημαντικές πληροφορίες

Διαβάστε προσεκτικά και φυλάξτε τις για τον φάκελό σας

Νόμος περί πρόσβασης σε ιατρικές γνωματεύσεις του 1988:

Πρέπει να κατανοήσετε τα δικαιώματα αυτά προτού συμφωνήσετε όταν αιτείστε μια γνωμάτευση από τον θεράποντα ιατρό σας. Αυτά τα δικαιώματα δεν σχετίζονται με αναφορές από ιατρούς που δεν είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία σας. Επίσης, όταν ζητάμε πληροφορίες από τον ιατρικό σας φάκελο, όπως αντίγραφο των ιατρικών σας σημειωμάτων, ισχύει μόνο το πρώτο σημείο.

- Μπορείτε να έχετε τη συγκατάθεσή σας, αλλά σε περίπτωση που το πράξετε, ενδέχεται να μην μπορέσουμε να επεξεργαστούμε την απαίτησή σας.
- Εάν χρειαζόμαστε μια γνωμάτευση, θα σας γράψουμε για να σας πούμε την ημερομηνία που ζητήθηκε.
- Μπορείτε να υποδείξετε στο πλαίσιο στην ενότητα 4 «Δήλωση και συγκατάθεση του παρόντος εντύπου» εάν επιθυμείτε να διαβάσετε κάθε γνωμάτευση από τον ιατρό πριν τη λάβουμε. Έχετε στη διάθεσή σας 21 ημέρες από την ημερομηνία υποβολής του αιτήματός μας για να το πράξετε και εναπόκειται σε εσάς να επικοινωνήσετε με τον ιατρό. Εάν αλλάξετε γνώμη πριν μας σταλεί η γνωμάτευση, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον ιατρό σας για να την εξετάσει. Έχετε στη διάθεσή σας 21 ημέρες από την ημερομηνία υποβολής του αιτήματός μας για να το πράξετε.
- Εάν διαφωνείτε με τις πληροφορίες που περιέχονται στη γνωμάτευση, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον ιατρό για να την αλλάξετε. Εάν ο ιατρός δεν συμφωνεί μαζί σας, θα σας ζητήσει να γράψετε μια δήλωση που θα επισυναφθεί στη γνωμάτευση που στέλνετε σε μας.
- Μπορείτε να ζητήσετε από τον ιατρό να εξετάσει τη γνωμάτευση ανά πάσα στιγμή εντός έξι μηνών αφού αποσταλεί από τον ιατρό σε εμάς.
- Ο ιατρός σας μπορεί να σας χρεώσει για ένα αντίγραφο της γνωμάτευσης. Η χρέωση αυτή δεν καλύπτεται από το πρόγραμμά/ ασφαλιστήριό σας.
- Ο ιατρός σας δεν χρειάζεται να σας δείξει μέρος της γνωμάτευσης εάν πιστεύει ότι θα μπορούσε να βλάψει τη σωματική ή την ψυχική σας υγεία.
- Εάν η γνωμάτευση περιλαμβάνει πληροφορίες για κάποιον άλλο, ο ιατρός δεν θα σας δείξει αυτό το μέρος της γνωμάτευσης.
- Εάν ο ιατρός δεν θέλει να δείτε μέρος της γνωμάτευσής του, θα σας ενημερώσει γραπτώς, ωστόσο μπορείτε να δείτε άλλα μέρη της γνωμάτευσης.

Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ):

Οι πληροφορίες σχετικά με την υγεία, το ιατρικό ιστορικό και οποιαδήποτε θεραπεία έχετε λάβει συνιστούν ευαίσθητες προσωπικές πληροφορίες.

- Επεξεργαζόμαστε τα ευαίσθητα προσωπικά σας δεδομένα στο πλαίσιο των έννομων συμφερόντων μας να σας παρέχουμε ασφάλιση υγείας. Αυτό περιλαμβάνει την αξιολόγηση της αίτησής σας, τη διαχείριση του ασφαλιστήριού σας και τον χειρισμό των αιτήσεων αποζημίωσης. Επιπλέον, βασίζομαστε στις νόμιμες βάσεις ουσιαστικού δημόσιου συμφέροντος για την πρόληψη της απάτης και τη διασφάλιση της ακεραιότητας του ασφαλιστικού κλάδου, στις νομικές υποχρεώσεις συμμόρφωσης με τους κανονισμούς και τις απαιτήσεις αναφοράς, καθώς και στη συμβατική αναγκαιότητα, προκειμένου να σας παρέχουμε την κάλυψη και τις υπηρεσίες που περιγράφονται στο ασφαλιστήριό σας.
- Για μια πλήρη περιγραφή του τρόπου με τον οποίο συλλέγονται και χρησιμοποιούνται τα προσωπικά σας στοιχεία, και των δικαιωμάτων σας βάσει του ΓΚΠΔ, ανατρέξτε στην Πολιτική Απορρήτου της εταιρείας μας στη διεύθυνση: <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>

Έλεγχος και πρόληψη και εντοπισμός εγκληματικών πράξεων

Ενδέχεται να διενεργηθεί έλεγχος των αρχείων των ιατρών και νοσοκομείων με σκοπό:

- τη διασφάλιση ότι εφαρμόζεται η ορθή χρέωση για τις υπηρεσίες τους.
- την πρόληψη και τον εντοπισμό εγκληματικών πράξεων, ιδιαίτερα απάτης.
- τον έλεγχο της απόδοσης των ιατρών.

Οι έλεγχοι μπορεί να αποτελούν μέρος ενός προγράμματος ή την απάντηση σε μια συγκεκριμένη περίπτωση και μπορεί να περιλαμβάνουν έλεγχο των ιατρικών φακέλων των πελατών που τηρούνται από το πρόσωπο ή τον οργανισμό που ελέγχεται.

Ενδέχεται η ανταλλαγή πληροφοριών που λαμβάνουμε με τρίτα μέρη. Αυτό περιλαμβάνει ιατρικούς εμπειρογνώμονες, άλλες ασφαλιστικές εταιρείες, την Υπηρεσία Διαχείρισης Ασφάλειας και Καταπολέμησης της Απάτης (Counter Fraud Security Management Service) του NHS και το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο. Είμαστε υποχρεωμένοι από τον νόμο, σε ορισμένες περιπτώσεις, να γνωστοποιούμε πληροφορίες στις υπηρεσίες επιβολής του νόμου σχετικά με υποψίες για δόλιες απαιτήσεις και άλλες εγκληματικές πράξεις.

Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την προσθήκη μη ιατρικών πληροφοριών σε βάση δεδομένων στην οποία θα έχουν πρόσβαση άλλες ασφαλιστικές εταιρείες και υπηρεσίες επιβολής του νόμου. Είμαστε υποχρεωμένοι να ενημερώσουμε το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο ή άλλον σχετικό ρυθμιστικό φορέα για οποιοδήποτε ζήτημα για το οποίο έχουμε λόγους να πιστεύουμε ότι η ικανότητα ενός ιατρού να ασκεί το επάγγελμά του ενδέχεται να είναι ανεπαρκής.

Η International Medical Group Limited είναι εξουσιοδοτημένη και εποπτευόμενη από την Financial Conduct Authority (311496). Εγγεγραμμένος στην Αγγλία και την Ουαλία (4163178). Εγγεγραμμένο γραφείο: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex, BN43 6BF.

Η IMG Europe AB είναι οδοντολογική και εποπτευόμενη από τη Σουηδική Αρχή Χρηματοπιστωτικής Εποπτείας (71922) και είναι εγγεγραμμένη ως εξουσιοδοτημένος αντιπρόσωπος από την Αρχή Χρηματοπιστωτικής Συμπεριφοράς (Financial Conduct Authority) (1003200). Εγγεγραμμένος στη Σουηδία (559405-0469). Έδρα: c/o SiriusPoint International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Sweden. Διεύθυνση γραφείου εγκατάστασης στο Ηνωμένο Βασίλειο (BR025974): 3rd Floor, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, UK.

0825