

BEHANDLUNGSSCHEIN

Versicherungsschein-Nr. / Policy-No.

Name der zu behandelnden versicherten Person
/ Name of the insured person to be treated

Straße / Street

Postleitzahl und Ort / Postcode and place

Name des Versicherungsnehmers / Name of
the Policy holder

Welche Symptome sind wann zum ersten Mal
aufgetreten? / Which symptoms have appeared
when for the first time?

Bankverbindung (IBAN, BIC) / bank details

Ich ermächtige den behandelnden Arzt, alle
medizinischen Informationen, die zur
Regulierung meines bzw. des Schadens meines
Ehegatten und meines Kindes notwendig sind,
an den Versicherer Foyer Global Health
weiterzugeben. Eine Kopie dieser Vollmacht ist
ebenso gültig wie das Original.

Unterschrift des Versicherungsnehmers /
Signature policy holder

TREATMENT TICKET

Sehr geehrte Frau Doktor / Sehr geehrter Herr
Doktor,

bitte unbedingt vor Behandlungsbeginn lesen!

- Dieser Behandlungsschein ermöglicht eine
leichtere Abwicklung der
Leistungsabrechnung.
- Dies ist ein zeitlich begrenzter Basis-
Versicherungsschutz für akut auftretende
Erkrankungen ohne Zusammenhang auf
eine Vorerkrankung (Selbstzahlerprinzip).
- Ihre Leistung können wir erst nach Vorlage
des von Ihnen ausgefüllten und
unterschriebenen Behandlungsscheines
(siehe Rückseite) erstatten.
- Die Abrechnung erfolgt im Rahmen der
aktuellen GOÄ/GOZ.
- Leistungen, die nach der Regel der
ärztlichen Kunst für eine medizinisch
notwendige ärztliche Versorgung
erforderlich sind, können von uns erstattet
werden.

Bei stationären Aufenthalten beantragen Sie
bitte umgehend eine **Kostenzusage**
per Fax: +49 (0) 4282 / 958 9009 oder
per Email: leistung@ishcp.eu
unter Angabe von Namen, Vornamen des
Patienten, Versicherungsschein-Nr., Diagnose
und voraussichtlicher Dauer des
Krankenhausaufenthaltes.

**Bitte schicken Sie Ihre Rechnung mit diesem
Behandlungsschein an Ihren Patienten.**

BEHANDLUNGSSCHEIN

Nicht erstattet werden insbesondere:

- Alle bekannten medizinischen Tatbestände, die Folge einer Gesundheitsstörung sind, die vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, behandlungsbedürftig waren oder diagnostiziert wurden
- Geburtsfehler, erbliche und angeborene Krankheiten
- Alle versäumten Impfungen gemäß unserem Impfkalender und alle versäumten Vorsorgeuntersuchungen U1-U9.
- Hilfsmittel
- Transplantationen
- Kosmetische Behandlungen (z. B. Warzenentfernungen etc.)
- Unfruchtbarkeit und extrakorporale Befruchtung
- Schwangerschaftsuntersuchungen und -behandlungen, Entbindung
- Schwangerschaftsverhütungsmittel und deren Folgen sowie Schwangerschaftsabbrüche
- Alle physikalisch-medizinischen Behandlungen
- geistige und seelische Störungen und alle damit verbundenen Ausschlussuntersuchungen und Krankheiten sowie psychoanalytische und psycho-therapeutische Behandlung
- Tuberkulose, AIDS und alle damit verbundenen Krankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten
- Alternativmedizin, z.B. Osteopathie, Chirotherapie, etc.
- auf Vorsatz beruhende Krankheiten (z. B. durch Selbstmord, Alkoholmissbrauch, Drogenabhängigkeit oder -missbrauch) sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen
- Untersuchung zur Erlangung der Aufenthaltsgenehmigung
- Leistungen, Behandlungen und Ausgaben, die nicht ausdrücklich im Versicherungsschein, in den Versicherungsbedingungen und im Tarif genannt und spezifiziert sind
- Nuklearmedizin (z.B. Szintigraphie), Magnetresonanztomographie (MRT), Strahlentherapie

TREATMENT TICKET

Erstattet werden unter anderem die Kosten für:

- Medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung beim Arzt
- Stationäre Behandlungen in der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer) ohne Wahlleistungen
- Medizinisch notwendiger Krankentransport zur stationären Behandlung im nächsten geeigneten Krankenhaus
- Arznei- und Verbandmittel
- Labor- und Strahlendiagnostik (GOÄ 5000-5380)
- Zahnärztliche / Kieferchirurgische Heilbehandlung zu 100% bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 150,00 EUR

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

IHC-Company S.A.

Tel.: +49 (0) 4282 / 59 47 510

Fax: +49 (0) 4282 / 95 89 009

Email: leistung@ishcp.eu

Hauptdiagnose/-n: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich die Hinweise zum Versicherungsschutz gelesen habe:

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes