

DETAILS VAN DE VERZEKERINGSGESCHIEDENIS:

GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE IN HET ZIEKENHUIS:

DETAILS VAN DE ZIEKENHUUSDIENTST::

DETAILS VAN CLAIM:

a) Details van de gedeclareerde behandelingskosten

Ingediende claimdocumenten - checklist:

- ☐ Claimformulier, naar behoren onderkendend
- ☐ Kopie van de claimindicatie, indien aanwezig
- ☐ Hoofddwet ziekenhuis
- ☐ Werpt op de opspijting van ziekenhuizen
- ☐ Betalingsbewijs ziekenhuisrekening
- ☐ Samenvatting ontslag uit ziekenhuis
- ☐ apotheekrekening
- ☐ Operatie Theater Opmerkingen
- ☐ ECG
- ☐ Artsenverzoek om onderzoek
- ☐ Onderzoeksrapporten (inclusief CT / MRI / USG / HPE)
- ☐ Doktersrecepten
- ☐ Anderen

c) Details van het aangevraagde forfaitaire bedrag/geldige uitkering:

[illegible]**DETAILS VAN BIJGEVOEGDE REKENINGEN:**

GEGEVENS VAN DE BANKREKENING VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE::

(BELANGRIJK: GRAAG OMKEREN)

VERKLARING VAN DE VERZEKERDE:

Hierbij verklaar ik dat de informatie op het claimformulier naar mijn beste weten en overtuiging waar en correct is. Als ik een valse of onware verklaring heb afgelegd, een wezenlijk feit heb onderdrukt of verborgen heb gehouden met betrekking tot vragen die in verband met deze claim zijn gesteld, vervalt mijn recht om terugbetaling te eisen. Ook geef ik toestemming aan en machtig ik TPA/Verzekeringsmaatschappij om de noodzakelijke medische informatie/documenten van elk ziekenhuis/arts die de persoon tegen wie deze claim is ingediend, heeft behandeld. Ik verklaar hierbij dat ik alle rekeningen/bewijzen voor deze claim heb bijgevoegd en dat ik geen aanvullende claim zal indienen, behalve de claim vóór/na de ziekenhuisopname, indien van toepassing.

Datum

Plaats:

Handtekening van de verzekerde

RICHTLIJNEN VOOR HET INVULLEN VAN HET CLAIMFORMULIER - DEEL A (In te vullen door de verzekerde)		
GEGEGENSELEMENT	BESCHRIJVING	FORMAAT
DEEL A - GEGEVENS VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE		
a) Beleidsnr.	Vul het polisnummer in	Zoals toegewezen door de verzekeringsmaatschappij
b) Sl. Nee/ Certificaatnr.	Vul het sofinummer of het certificaatnummer van de sociale ziektekostenverzekering in	Zoals toegewezen door de organisatie
c) Bedrijfs-TPA-ID-nr.	Voer het TPA-ID-nummer in.	Licentienummer zoals toegekend door IRDA en afgedrukt in TPA-documenten.
D) Naam	Vul de volledige naam van de verzekeringnemer in	Achternaam, voornaam, middelste naam
e) Adres	Vul het volledige postadres in	Inclusief straat, plaats en pincode
DEEL B - DETAILS VAN DE VERZEKERINGSGESCHIEDENIS		
a) Momenteel gedekt door een andere Mediclaim/ Zorgverzekering?	Geef aan of u momenteel gedekt bent door een andere Mediclaim/ Zorgverzekering	Vink Ja of Nee aan
b) Datum van aanvang van de eerste verzekering zonder onderbreking	Vul de ingangsdatum van de eerste verzekering in	Gebruik het dd-mm-jj-formaat
c) Bedrijfsnaam	Vul de volledige naam van de verzekeringsmaatschappij in	Naam van de organisatie volledig
Beleid Nee.	Vul het polisnummer in	Zoals toegewezen door de verzekeringsmaatschappij
Verzekerd bedrag	Vul het totaal verzekerde bedrag in volgens de polis	In roepies
d) Bent u in de afgelopen vier jaar sinds de aanvang van het contract in het ziekenhuis opgenomen?	Geef aan of u in de afgelopen vier jaar in het ziekenhuis bent opgenomen	Vink Ja of Nee aan
Datum	Vul de datum van de ziekenhuisopname in	Gebruik het mm-jj-formaat
Diagnose	Voer de diagnosegegevens in	Tekst openen
e) Was u voorheen gedekt door een andere Mediclaim/ Zorgverzekering?	Geef aan of u al eerder gedekt bent door een andere mediclaim/ Zorgverzekering	Vink Ja of Nee aan
f) Bedrijfsnaam	Vul de volledige naam van de verzekeringsmaatschappij in	Naam van de organisatie volledig
DEEL C -GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE IN HET ZIEKENHUIS		
A) Naam	Voer de volledige naam van de patiënt in	Achternaam, voornaam, middelste naam
B) Geslacht	Geef het geslacht van de patiënt aan	Vink Man of Vrouw aan
c) Leeftijd	Voer de leeftijd van de patiënt in	Aantal jaren en maanden
d) Geboortedatum	Voer de geboortedatum van de patiënt in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
e) Relatie met de hoofdverzekerde	Geef de relatie van de patiënt met de verzekeringnemer aan	Vink de juiste optie aan. Als er nog meer zijn, geef dit dan aan
F) Bezigheid	het beroep van de patiënt aangeven	Vink de juiste optie aan. Indien anders, graag specificeren.
g) Adres	Vul het volledige postadres in	Inclusief straat, plaats en pincode
h) Telefoonnummer	Voer het telefoonnummer van de patiënt in	Soa-code bij telefoonnummer vermelden
1) E-mailadres	Vul het e-mailadres van de patiënt in	Volledig e-mailadres
DEEL D - DETAILS VAN DE ZIEKENHUIDSDIENST		
A) Naam van ziekenhuis waar opgenomen	Vul de naam van het ziekenhuis in	Naam van het ziekenhuis volledig
B) Kamercategorie bezet	geef de kamercategorie aan die bezet is	Vink de juiste optie aan
C) Ziekenhuisopname vanwege	Geef de reden van de ziekenhuisopname aan	Vink de juiste optie aan
D) Datum van letsel/datum ziekte voor het eerst ontdekt/datum van levering	Vul de relevante datum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
e) Datum van toelating	Vul de ingangsdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
f) Tijd	Voer het tijdstip van toegang in	Gebruik het uu-mm-formaat
G) Datum van ontslag	Voer de ontslagdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
h) Tijd	Voer het tijdstip van ontslag in	Gebruik het uu-mm-formaat
I) Als letsel aanleiding geeft	de oorzaak van het letsel aangeven	Vink de juiste optie aan
Als Medico legaal is	Geef aan of letsel medisch legaal is	Vink Ja of Nee aan
Gemeld bij politie	Geef aan of er aangifte is gedaan bij de politie	Vink Ja of Nee aan
MLC-rapport en politie-FIR bijgevoegd	geef aan of het MLC-rapport en de politie-FIR zijn bijgevoegd	Vink Ja of Nee aan
J) Systeem van Mediceen	Voer het medicijnsysteem in dat wordt gevolgd bij de behandeling van de patiënt	Tekst openen
DEEL E - DETAILS VAN DE CLAIM		
A) Details van behandelingskosten	Vul het gedeclareerde bedrag in als behandelkosten	In roepies (voer geen paise-waarden in)
B) Claim voor thuishospitalisatie	Geef aan of de claim betrekking heeft op een thuishospitalisatie	Vink Ja of Nee aan
C) Details van het geclaimde forfaitaire bedrag/geldelijke uitkering	Voer het aangevraagde bedrag in als forfaitair bedrag/geldelijke uitkering	In roepies (voer geen paise-waarden in)
D) Claimdocumenten ingediend - checklist	Geef aan welke bewijsstukken worden ingediend	Vink de juiste optie aan
DEEL F - DETAILS VAN BIJGEVOEGDE REKENINGEN		
Geef aan welke bijletten zijn bijgevoegd met het bedrag in roepies		
DEEL G - GEGEVENS VAN DE BANKREKENING VAN DE PRIMAIRE VERZEKERDE		
A) PAN	Vul het vaste rekeningnummer in	Zoals toegewezen door de afdeling Inkomstenbelasting
b) Rekeningnummer	Vul het Bankrekeningnummer in	Zoals toegewezen door de Bank
C) Banknaam en filiaal	Voer de banknaam in samen met het filiaal	Naam van de bank voluit
C) Cheque/DD-betalingsgegevens	Voer de naam in van de begunstigde aan wie de cheque/DD moet worden uitgeschreven	Naam van de persoon/organisatie volledig
C) IFSC-code	Voer de IFSC-code van het bankfiliaal in	Volledige IFSC-code van het bankfiliaal
DEEL H - VERKLARING VAN DE VERZEKERDE		
Lees de verklaring aandachtig door en vermeld datum (in dd:mm:jj formaat), plaats (open tekst) en onderteken.		

SECTIE H

De afgifte van dit formulier mag niet worden opgevat als een erkenning van aansprakelijkheid. Voeg het originele formulier voor een pre-autorisatieaanvraag toe ter vervanging van DEEL A

(in te vullen in blokletters)

DETAILS VAN HET ZIEKENHUIS

a) Naam van het ziekenhuis:

b) Ziekenhuis-ID:

c) Type ziekenhuis:

d) Netwerk:

e) Niet-netwerk:

f) (indien geen netwerk, vul sectie E)

g) Naam van de behandelende arts:

h) S U R N A M E

i) F I R S T N A M E

j) M I D D L E N A M E

k) e) Kwalificatie:

l) f) Registratienummer met staatscode:

m) g) Telefoonnummer:

GEGEVENS VAN DE TOEGELATEN PATIËNT

a) Naam van de patiënt: S U R N A M E F I R S T N A M E M I D D L E N A M E

b) IP-registratienummer: c) Geslacht: mannelijk ☐ Vrouwelijk ☐ d) Leeftijd: jaren Maanden e) Geboortedatum:

f) Datum van toelating: g) Tijd: h) Datum van ontslag: i) Time:

j) Soort toelating: Noodgeval ☐ Gepland ☐ Dagopvang ☐ Moederschap ☐ k) Indien moederschap i) Datum van levering: ii) Gravida-status::

l) Status op het moment van ontslag: Ontlading naar huis ☐ Ontslag naar een ander ziekenhuis ☐ Overleden ☐ m) Totaal geclaimd bedrag

DETAILS VAN DE GEDIAGNOSEERDE ZIEKTE (PRIMAIR)

A)	ICD 10-codes	Beschrijving	B)	ICD 10 stuks	Beschrijving
I. Primaire diagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	i. Procedure 1:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
ii. Aanvullende diagnose:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	ii. Procedure 2:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
iii. Comorbiditeiten:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	iii. Procedure 3:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
iv. Comorbiditeiten:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	iv. Details van de procedure:	<input type="text"/> <input type="text"/>	

c) Pre-autorisatie verkregen: ☐ Ja ☐ Nee d) Pre-autorisatienummer:

e) Indien er geen toestemming is verkregen van het netwerkziekenhuis, geef dan de reden op:

f) Ziekenhuisopname vanwege letsel: ☐ Ja ☐ Nee I. Zo ja, geef een reden Zelf veroorzaakt ☐ Verkeersongeval ☐ Middenlenmisbruik/alcoholgebruik ☐

ii) Bij letsel als gevolg van middenlenmisbruik/alcoholgebruik, test uitgevoerd om dit vast te stellen: ☐ Ja ☐ Nee (Zo ja, rapporten bijvoegen) iii. Indien Medico legaal: ☐ Ja ☐ Nee iv. Gemeld bij politie ☐ Ja ☐ Nee

v. FIR-nr. vi. Indien niet gemeld bij de politie, geef dan de reden op:

CLAIMDOCUMENTEN INGEDIEND - CHECKLIST

<input type="checkbox"/>	Claimformulier naar behoren onderkend	<input type="checkbox"/>	Onderzoeksrapporten
<input type="checkbox"/>	Origineel pre-autorisatieverzoek	<input type="checkbox"/>	CT/MR/USG/HPE-onderzoeksrapporten
<input type="checkbox"/>	Kopie van de goedkeuringsbrief vóór autorisatie	<input type="checkbox"/>	Doktersreferentiefomulier voor onderzoek
<input type="checkbox"/>	Kopie van identiteitskaart met foto van patiënt Geveerd door ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	ECG
<input type="checkbox"/>	Samenvatting ziekenhuisontslag	<input type="checkbox"/>	Apotheekrekeningen
<input type="checkbox"/>	Operatiekamer Opmerkingen	<input type="checkbox"/>	MLC-rapporten en politie FIR
<input type="checkbox"/>	Hoofdrekening ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	Origineel overlijdensoverzicht uit het ziekenhuis, indien van toepassing
<input type="checkbox"/>	De rekening voor de ontbinding van het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	Eventuele andere, gelieve te specificeren

AANVULLENDE GEGEVENS IN GEVAL VAN GEEN NETWERKZIEKENHUIS (ALLEEN VUL IN GEVAL VAN GEEN NETWERKZIEKENHUIS)

a) Adres van het ziekenhuis

Stad: Staat:

Pincode: b) Telefoonnr. c) Registratienummer met staatscode:

d) Ziekenhuis-PAN: e) Aantal ziekenhuisbedden f) Voorzieningen beschikbaar in het ziekenhuis i. O.T. Ja Nee ii. IC Ja Nee

iii. Anderen:

VERKLARING VAN HET ZIEKENHUIS

(LEES ZEER ZORGVULDIG)

Hierbij verklaren wij dat de informatie in dit claimformulier naar ons beste weten waar en correct is. Als we een valse of onware verklaring hebben afgelegd, een materieel feit hebben onderdrukt of verborgen hebben gehouden, vervalt ons recht om op grond van deze claim een claim in te dienen.

Datum:

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

Plaats:	
---------	--

Handtekening en zegel van de ziekenhuisautoriteit:

--	--

SECTIE A

DEEL B

SECTION C

SECTIE D

SECTIE E

DEEL F

RICHTLIJNEN VOOR HET INVULLEN VAN HET CLAIMFORMULIER - DEEL B (In te vullen door het ziekenhuis)		
GEGEVENSELEMENT	BESCHRIJVING	FORMAAT
DEEL A - DETAILS VAN HET ZIEKENHUIS		
a) Naam van het ziekenhuis:	Vul de naam van het ziekenhuis in	Naam van het ziekenhuis voluit
b) Ziekenhuis-ID	Voer het ID-nummer van het ziekenhuis in	Zoals toegewezen door de TPA
c) Type ziekenhuis	Geef aan of het zich in een netwerkiekenhuis of een niet-netwerkiekenhuis bevindt	Vink de juiste optie aan
c) Naam behandelend arts	Vul de naam van de behandelend arts in	Naam arts volledig
e) Kwalificatie	Voer de kwalificatie van de behandelende arts in	Afkortingen van onderwijskwalificaties
f) Registratienummer met staatscode	Voer het registratienummer van de arts in, samen met de staatscode	Zoals toegewezen door de Medische Raad van India
g) Telefoonnummer.	Vul het telefoonnummer van de arts in	Soa-code bij telefoonnummer vermelden
DEEL B - GEGEVENS VAN DE TOEGELATEN PATIËNT		
a) Naam van de patiënt	Voer de naam van de patiënt in	Naam van de patiënt volledig
b) IP-registratienummer	Voer het registratienummer van de verzekeraar in	Zoals toegewezen door de verzekeraar
c) Geslacht	Geef het geslacht van de patiënt aan	Vink Man of Vrouw aan
d) Leeftijd	Voer de leeftijd van de patiënt in	Aantal jaren en maanden
e) Geboortedatum	Voer geboortedatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
f) Datum van toelating	Vul de ingangsdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
g) Tijd	Voer het tijdstip van toegang in	Gebruik het formaat uu:mm
h) Datum van ontslag	Voer de ontslagdatum in	Gebruik het formaat dd-mm-jj
ik) Tijd	Voer het tijdstip van ontslag in	Gebruik het formaat uu:mm
j) Soort toelating	Vermeld het type opname van de patiënt	Vink de juiste optie aan
k) Indien moederschap		
i. Datum van levering	Voer de bevallingsdatum in als u zwanger bent	Gebruik het formaat dd-mm-jj
ii. Gravida-status	Voer de Gravida-status in als u zwanger bent	Gebruik standaardformaat
l) Status op het moment van ontslag	Geef de status van de patiënt aan op het moment van ontslag	Vink de juiste optie aan
M) Totaal geclaimd bedrag	Vermeld het totale gedeclareerde bedrag	In roepies (voer geen paise-waarden in)
DEEL C - DETAILS VAN DE GEDIAGNOSEERDE AANVAL (PRIMAIR)		
a) ICD 10-code		
Primaire diagnose	Voer de ICD 10-code en de beschrijving van de hoofddiagnose in	Standaardformaat en open tekst
Aanvullende diagnose	Voer de ICD 10-code en de beschrijving van de aanvullende diagnose in	Standaardformaat en open tekst
Comorbiditeiten	Voer de ICD 10-code en de beschrijving van de comorbiditeiten in	Standaardformaat en open tekst
b) ICD 10 stuks		
Werkwijze 1	Voer de ICD 10-code en de beschrijving van de eerste procedure in	Standaardformaat en open tekst
Werkwijze 2	Voer de ICD 10-code en de beschrijving van de tweede procedure in	Standaardformaat en open tekst
Werkwijze 3	Voer de ICD 10-code en de beschrijving van de derde procedure in	Standaardformaat en open tekst
Details van de procedure	Voer de details van de procedure in	Tekst openen
c) Pre-autorisatie verkregen	Geef aan of er vooraf toestemming is verkregen	Vink Ja of Nee aan
d) Pre-autorisatienummer	Voer het pre-autorisatienummer in	Zoals toegewezen door TPA
e) Indien er geen toestemming is verkregen van het netwerkiekenhuis, geef dan een reden op	Voer de reden in waarom u geen pre-autorisatienummer krijgt	Tekst openen
f) Ziekenhuisopname vanwege letsel	Geef aan of de ziekenhuisopname het gevolg is van letsel	Vink Ja of Nee aan
Oorzaak	Geef de oorzaak van het letsel aan	Vink de juiste optie aan
Bij letsel als gevolg van middelennisbruik/alcoholgebruik wordt een test uitgevoerd om dit vast te stellen	Geef aan of er een test is uitgevoerd	Vink Ja of Nee aan
Medico Legal	Geef aan of letsel medisch legaal is	Vink Ja of Nee aan
Gemeld bij politie	Geef aan of er aangifte is gedaan bij de politie	Vink Ja of Nee aan
FIR-nr.	Voer het eerste informatierapportnummer in	Zoals uitgegeven door de politieautoriteiten
Als er geen aangifte wordt gedaan bij de politie, geef dan een reden op	Voer de reden in waarom u geen aangifte doet bij de politie	Tekst openen
DEEL D - INGEDIENDE CLAIMDOCUMENTEN - CHECKLIJST		
Geef aan welke bewijsstukken worden ingediend		
DEEL E - DETAILS IN GEVAL VAN GEEN NETWERKZIEKENHUIS		
a) Adres	Vul het volledige postadres in	Vermeld straat, plaats en postcode
b) Telefoonnr.	Voer het telefoonnummer van het ziekenhuis in	Soa-code bij telefoonnummer vermelden
c) Registratienummer met staatscode	Voer het registratienummer van het ziekenhuis in, verkregen van een lokale instantie zoals City Corporation / Municipality	Zoals toegewezen door het stadsbedrijf / gemeente
d) Ziekenhuis-PAN	Vul het vaste rekeningnummer in	Zoals toegekend door de afdeling Inkomstenbelasting
e) Aantal ziekenhuisbedden	Voer het aantal ziekenhuisbedden in	Cijfers
f) Voorzieningen beschikbaar in het ziekenhuis	Geef de beschikbare faciliteiten in het ziekenhuis aan	Vink de juiste optie aan. Indien anders, graag specificeren
DEEL F - VERKLARING VAN HET ZIEKENHUIS		
Lees de verklaring aandachtig door en vermeld datum (in dd:mm;jj formaat), plaats (open tekst) en onderteken. en stempel		