Kostenübernahme

Krankenhausaufenthalt

Die Kosten in Verbindung mit dem Krankenhausaufenthalt können nur dann übernommen werden, wenn sie Gegenstand einer vorherigen Genehmigung unserer medizinischen Abteilung sind. Der Antrag auf Zusicherung muss von dem in das Krankenhaus überweisenden Arzt ausgefüllt und **mindestens 15 Tage** vor dem vorgesehenen Datum des Krankenhausaufenthalts (oder in medizinisch begründeten **dringenden Fällen 3 Tage nach Aufnahme**) per Post, per Fax oder per E-Mail geschickt werden an:

Médecin-conseil d'AXA Luxembourg / Service Remboursement Santé
1, place de l'Etoile L-1479 LUXEMBOURG
healthclaims@axa.lu
N° Tel (+352) 44 24 24 48 48
N° Fax (+352) 44 24 24 46 31

Die Zustimmung der medizinischen Abteilung wird direkt an die angegebene Einrichtung geschickt. Im Falle einer Ablehnung erhält die versicherte Person eine entsprechende Benachrichtigung.

Versicherungsnehmer

☐ Frau ☐ Herr Luxembourgische Sozialversicherungsnummer

Nachname Vorname

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

Versicherte Person - Patient (wenn anders als Versicherungsnehmer)

☐ Frau ☐ Herr Luxembourgische Sozialversicherungsnummer

Nachname Vorname

Geburtsdatum ...../...../..... Geschlecht ☐ W ☐ M

Erfolgt die Behandlung aufgrund eines Unfalls? ☐ Ja ☐ Nein

Krankenhausaufenthalt ☐ geplant ☐ aufgrund eines Notfalls

Mir liegt eine Genehmigung der gesetzlichen Krankenkasse vor: ☐ Ja ☐ Nein

Für Personen mit Wohnsitz in Luxemburg

Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes im Ausland, bitten wir Sie uns eine Kopie des Formulars S2 zu übermitteln. Falls Ihnen kein S2 vorliegt, fügen Sie bitte die komplette medizinische Akte bei.

Unterschrift des versicherten Patienten
(oder gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters)

Entente_prealable_Hospi_W01_19_De_43320

Von dem ins Krankenhaus einweisenden/überweisenden Arzt auszufüllen:

Name | Vorname

Telefon | Fax

Email

VORGESEHENER ORT DES KRANKENHAUSAUFENTHALTS

Name der Einrichtung

Adresse

Telefon | Fax

Email

GRUND DES KRANKENHAUSAUFENTHALTS/FESTGESTELLTE KLINISCHE SYMPTOME

DIAGNOSE, ART DES VORGESEHENEN EINGRIFFS UND THERAPIE

ZUSÄTZLICHE NOCH VORGESEHENE UNTERSUCHUNGEN

Aufnahmedatum ...../...../..... | Geplante Dauer des Aufenthalts

Handelt es sich um eine Verlängerung des Aufenthalts ☐ Ja ☐ Nein

Voraussichtliche detaillierte Kosten des Krankenhausaufenthalts:
(Bitte übermitteln Sie uns im Falle eines Krankenhausaufenthalts außerhalb von Luxemburg einen Kostenvoranschlag.) €

Der in das Krankenhaus überweisende Arzt des Versicherten ist befugt, dem Vertrauensarzt von AXA Luxembourg alle für die Erstellung seiner Akte erforderlichen medizinischen Informationen zu übermitteln. Die Informationen werden vertraulich behandelt. Sie werden ausschließlich den Personen mitgeteilt, die an der Behandlung oder Pflege beteiligt sind.

Ausgefertigt in | den ...../...../.....

Unterschrift und Stempel des zuständigen Arztes

Entente_prealable_Hospi_W01_19_De_43320