

Cigna Global Health Options

Erstattungsformular für zahnärztliche Leistungen



DATEN PATIENT/PATIENTIN

Ausfüllen durch den Begünstigten oder seinen gesetzlichen Vertreter

1 Name des Patienten			
2 Nummer des Versicherungsvertrags		3 Geburtsdatum des Patienten	
4 Vollständige Postanschrift des Patienten			
5 Art der Erkrankung			
E-Mail-Adresse			
Telefon:		Fax:	
6 Haben Sie eine andere Kranken- oder Reiseversicherung, über die Sie diese Kosten ganz oder teilweise erstattet bekommen können?			Ja
			Nein
Wenn Sie im Abschnitt 6 mit „Ja“ geantwortet haben, machen Sie bitte folgende Angaben:			
Vollständiger Name			
Versicherungsnummer			
Adresse der Versicherungsgesellschaft			

ZAHLUNGSDetails

Ausfüllen durch den Begünstigten oder seinen gesetzlichen Vertreter

7 Angabe der Kosten, für die eine Erstattung beantragt wird, und des Betrags		8 Geben Sie an, an wen die Zahlung und in welcher Währung erfolgen soll		
Art der Behandlung	Datum	Betrag	Zahlung an	Währung
9 Verfügbare Zahlungsmethode für die Erstattung				Banküberweisung
10 Bitte geben Sie unten Ihre Bankverbindung an:				
Kontonummer		Bankname		
Bankleitzahl		Name des Kontoinhabers		
BIC*		IBAN*		
Anschrift der Bank				
11 Ich stimme der Übermittlung aller medizinischen Daten zu, die zur Bearbeitung dieses Antrags erforderlich sind. Alle Angaben sind nach bestem Wissen und Gewissen erstellt worden.				
Unterschrift der versicherten Person (oder des gesetzlichen Vertreters):			Datum:	

*Durch Angabe dieser Informationen wird die Zahlung von der Empfängerbank effizienter abgewickelt.

DIESER ABSCHNITT IST VOM ZAHNARZT AUSZUFÜLLEN

VORSORGEUNTERSUCHUNG				
CODE	BEHANDLUNG	ANZAHL DER EINHEITEN	DATUM DER BEHANDLUNG	KOSTEN FÜR DEN PATIENTEN
UNTERSUCHUNGEN				
AOI	Normal			
AII	Umfangreich			
A2I	Vollständige Untersuchung			
X-RAYS				
BOI	Bissflügel			
B02	Intraoral			
B03	O.P.G.			
SCALING UND POLISHING				
EOI	Ein Termin			
DOI	Fissurenversiegelungen			
DII	Topische Fluoridanwendung			
MOU	Okklusionsschiene/Splint			

KLEINERE MEDIZINISCHE BEHANDLUNG				
CODE	BEHANDLUNG	ANZAHL DER EINHEITEN	DATUM DER BEHANDLUNG	KOSTEN FÜR DEN PATIENTEN
FÜLLUNGEN				
G01	Amalgam – eine Oberfläche			
G02	Amalgam – zwei Oberflächen			
G03	Amalgam – drei oder mehr Oberflächen			
G2I	Komposit – eine Oberfläche			
G22	Komposit – zwei Oberflächen			
G3I	Zusatzkosten für die Verwendung eines Pins			
WURZELKANALBEHANDLUNG				
H01	Obere und untere Frontzähne (1 Wurzel)			
H02	Oberer Prämolare (2 Wurzeln)			
H03	Unterer Prämolare (1 Wurzel)			
H04	Molaren (3+ Wurzeln)			
EXTRAKTIONEN				
LOI	Einzelzahn			
LO2	Pro zusätzlichem Zahn			
NII	Nachsorge-Untersuchungen			

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular zusammen mit den Originalbelegen/Rechnungen an:

Behandlungen außerhalb der USA senden an:

Cigna Global Health Options
 1 Knowe Road
 Greenock
 PA15 4RJ
 Schottland

Tel: +44 (0) 1475 788182
 Fax: +44 (0) 1475 492113
 E-Mail: cignaglobal_customer.care@cigna.com

MASSIVE BEHANDLUNG				
CODE	BEHANDLUNG	ANZAHL DER EINHEITEN	DATUM DER BEHANDLUNG	KOSTEN FÜR DEN PATIENTEN
PARODONTALBEHANDLUNG (NICHTOPERATIV)				
E2I	Verlängert (Kürettage/Rootplaning)			
F5I	Schienen			
PARODONTALBEHANDLUNG (OPERATIV)				
FOI	Gingivektomie			
FII	Mucoperio-Gewebe, Knochenaufbau			
ZAHNPROTHESEN – METALL/ACRYL				
R63	Zusätzlicher Zahn			
R6I	Anpassung von Halteklammern			
K7I	Prothesenreparatur			
KRONEN/BRÜCKEN				
JOI	Veneers (pro Zahn)			
K32	Adhäsive Brücken			
K4I	Konventionelle Brückenarbeit			
KI2	Herkömmlicher Post und Core			
KII	Goldpost und Core			
K07	Adhäsiv befestigte Krone aus Edelmetall			
K05	Adhäsiv befestigte Krone aus Nichtedelmetall			
K08	Vollgusskrone			
K06	Porzellankrone			
INLAYS				
K02	Edelmetall			
K0I	Nichtedelmetall			
K03	Porzellan			

GESAMT:

Ich bestätige, dass die Behandlung durchgeführt wurde/werden wird und erkläre hiermit, dass die gesamte Behandlung, wie angegeben, zur Genehmigung eingereicht wird/abgeschlossen wurde.

Unterschrift des Zahnarztes:

Datum:

Stempel des Zahnarztes:

Behandlungen innerhalb der USA senden an:

Cigna International
 PO Box 15964
 Wilmington, Delaware 19850
 Vereinigte Staaten von Amerika

Tel: +44 (0) 1475 788182
 Fax: +44 (0) 1475 492113
 E-Mail: cignaglobal_customer.care@cigna.com

BETRUGSBEKÄMPFUNG: Jeder, der wissentlich und in der Absicht, eine Versicherungsgesellschaft oder eine andere Person zu betrügen, einen Versicherungsantrag oder eine Schadensmeldung mit vorsätzlich falschen Angaben stellt, begeht eine betrügerische Versicherungshandlung, die eine Straftat ist.

Wir bearbeiten keine Anträge, die wir für betrügerisch halten. Bei Betrug kann Ihr Versicherungsvertrag gekündigt werden, oder wir untersuchen jeden Antrag, den wir für betrügerisch halten.

Ihr zuständiger Cigna Healthcare-Vertragspartner wird in Ihren Versicherungsbedingungen und Ihrer Versicherungsbescheinigung aufgeführt.

- a) Cigna Global Insurance Company Limited; oder
- b) Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.; oder
- c) Cigna Worldwide General Insurance Company Limited; oder
- d) Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. (UK-Niederlassung); oder
- e) Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. (Niederlassung Singapur)



Der Name Cigna Healthcare, das Logo und andere Cigna-Marken sind Eigentum von Cigna Intellectual Property, Inc., lizenziert für die Nutzung durch The Cigna Group und ihre operativen Tochtergesellschaften. Alle Produkte und Dienstleistungen werden von diesen oder durch diese operativen Tochtergesellschaften und nicht durch The Cigna Group zur Verfügung gestellt. Zu den operativen Tochtergesellschaften gehören Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. und Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2024 Cigna Healthcare. Alle Rechte vorbehalten.