

Unsere Premium-Leistung: „Ärztliche Zweitmeinung“

Ihnen wurde eine einschneidende Behandlung oder eine Operation empfohlen? Sie sind sich nicht sicher, ob diese wirklich medizinisch notwendig oder sinnvoll ist?

Wir bieten unseren Kunden auf Wunsch ein innovatives ärztliches Zweitmeinungsverfahren an. Zu diesem Zweck haben wir mit dem Internetportal MEDEXO eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Das Internetportal bietet Patient/innen qualifizierte und standardisierte medizinische Zweitmeinungen über das Internet an. Es kommt ein einzigartiges Online-System zum Einsatz, welches höchsten Datenschutzansprüchen genügt, und eine objektive und umfassende Therapieempfehlung ermöglicht.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Website www.medexo.com oder telefonisch unter **0800 - 2013 123**.

Sie erhalten diese ärztliche Zweitmeinung ohne Kostenrisiko, denn die BKK EUREGIO erstattet die Kosten (grundsätzlich 300 Euro) des Zweitmeinungs-Verfahrens von MEDEXO. Reichen Sie einfach den beigefügten Erstattungsantrag zusammen mit der Originalrechnung bei uns ein.

Wir freuen uns, Ihnen diese Premium-Leistung anbieten zu dürfen.

Sind Sie mit uns zufrieden? Dann empfehlen Sie uns doch weiter und sichern sich eine Anerkennungsprämie in Höhe von **20,00 €**

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an. Wir sind für Sie da.

Ihre **BKK EUREGIO**

BKK EUREGIO
 Team Kundenservice
 Postfach 1320
 52517 Heinsberg

Bitte Personalien ergänzen

Name, Vorname									
Versichertennummer									

**falls Versichertennummer nicht vorliegt,
 bitte Angabe von:**

Geburtsdatum									
Straße Hausnummer									
PLZ Ort									

**Erstattungsantrag für die Premium-Leistung:
 „Ärztliche Zweitmeinung“**

Ich habe eine ärztliche Zweitmeinung von nicht zugelassenen Leistungserbringern eingeholt und beantrage deshalb Kostenerstattung im Rahmen der Satzungsmehrleistung für die *Ärztliche Zweitmeinung in einem Online-Verfahren durch die MEDEXO GmbH, Hauptstr. 117, 10827 Berlin.*

- für mich
- für das Kind

Bitte Personalien des Kindes ergänzen

Name, Vorname										Versichertennummer oder Geburtsdatum									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

spezifizierte Originalrechnung/en der MEDEXO GmbH

ist/sind beigelegt,

Bitte nehmen Sie die Erstattung auf folgendes Konto vor:

IBAN

BIC

Kontoinhaber _____
 (falls abweichend)

 Datum

 Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

**Sind Sie telefonisch erreichbar?
 (Bitte Telefonnummer angeben)**