

How to claim Wie melde ich einen Erstattungsanspruch an?

Once you have a policy with Morgan Price our claims procedure is simple.

All you need to do is follow the steps below:

Sobald Sie eine Police mit Morgan Price haben, ist es einfach, einen Erstattungsanspruch anzumelden. Sie müssen nur die unten aufgeführten Schritte befolgen.

Medical emergency/evacuation claims Medizinischer Notfall/Rücktransport Erstattungsansprüche



Contact our 24 hour claims helpline immediately on the number shown on your membership card: +44 (0) 3300 581 668
You will need to provide your certificate number and details of the treating physician/medical facility

Rufen Sie sofort unsere 24 Stunden verfügbare Notfallnummer an, die auf der Mitgliedskarte zu sehen ist:

+44 (0) 3300 581 668

Sie werden Ihre Zertifikatnummer und Einzelheiten über ihren behandelnden Arzt/medizinische Einrichtung angeben müssen



Assistance will be provided to approve and arrange evacuation/transportation, if necessary, and to arrange direct settlement of costs with medical facilities for covered treatment.

Wir helfen ihnen bei der Genehmigung und beim Arrangieren der Evakuierung/dem Transport und wenn dies notwendig sein sollte, die direkte Abrechnung der Kosten mit der medizinischen Einrichtung für die abgedeckte Behandlung.



If you are unable to make contact immediately, you must call the helpline within 48 hours to obtain approval and pre-authorization of costs.

You will be responsible for 25% of the covered costs if you do not obtain pre-authorization.

Sollten Sie nicht in der Lage sein sofort mit uns in Kontakt zu treten, rufen sie die Helpline Nummer wegen der Bewilligung und Vorgenehmigung der Kosten innerhalb von 48 Stunden an.

Sie sind für 25% der abgedeckten Kosten verantwortlich, wenn Sie die Vorgenehmigung nicht einholen.

Claims requiring pre-authorization (all in-patient and day-patient claims) Erstattungsansprüche, für die eine Vorgenehmigung erforderlich ist (alle stationären und Tagespatienten Ansprüche)



Pre-authorization must be obtained before commencing any In-patient and Day-patient treatment.

YOU WILL BE RESPONSIBLE FOR 25% OF THE COVERED COSTS IF YOU DO NOT OBTAIN PRE-AUTHORISATION.

Sie müssen eine Vorgenehmigung erwirken, bevor Sie irgendwelche Behandlungen stationär oder als Tagespatient beginnen.

SIE SIND FÜR 25% DER ABGEDECKTEN. KOSTEN VERANTWORTLICH, WENN SIE DIE VORGENEHMIGUNG NICHT EINHOLEN.



Contact our 24 hour claims helpline on the number shown on your membership card: +44 (0) 3300 581 668 or

mpclaims@morgan-price.com

For German Residents select Option 1 or email **euroclaims@morgan-price.com**

You will need to provide your certificate number and details of the treating physician/medical facility

Rufen Sie unsere 24 Stunden verfügbare Notfallnummer an, die auf der Mitgliedskarte zu sehen ist: +44 (0) 3300 581 668

oder **mpclaims@morgan-price.com**

Für deutsche Staatsbürger wählen Sie Option 1 oder schreiben sie eine E-Mail zu **euroclaims@morgan-price.com**

Sie werden Ihre Zertifikatnummer und Einzelheiten über ihren behandelnden Arzt/medizinische Einrichtung angeben müssen



Once the treatment costs have been approved by our Claims Team, in most circumstances we can arrange to pay the treatment costs directly to the hospital/clinic.

Sobald die Behandlungskosten von unserem Anspruchsteam genehmigt wurden, können wir in den meisten Fällen arrangieren, dass die Behandlungskosten direkt an das behandelnde Krankenhaus/Klinikum gezahlt werden.

Out-patient and dental claims Ambulante Behandlung und zahnärztliche Ansprüche



Visit your physician or dentist in the usual way, remembering to take a claim form with you.

The physician/dentist must complete sections 6 or 7 of the form.

Gehen Sie auf gewohnte Weise zu Ihrem Arzt und Zahnarzt und denken Sie daran, Ihr Erstattungsformular mitzunehmen.
Der Arzt/Zahnarzt muss Abschnitt 6 oder 7 des Formulars ausfüllen.



Pay for the treatment yourself and obtain an invoice/receipt. Complete sections 1 to 5 of the claim form.

Wenn Sie selbst für die Behandlung bezahlen, dann lassen Sie sich bitte eine Rechnung/einen Beleg geben.

Füllen sie die Abschnitte 1 bis 5 auf des Erstattungsformular aus



Email the fully completed claim form with the invoices/receipts to mpclaims@morgan-price.com or if you are a German Resident, email euroclaims@morgan-price.com or by post to the address on the claim form.

Remember to retain a copy of the claim form and invoices/receipts

Senden Sie das vollständig ausgefüllte Antragsformular mit den Rechnungen/Quittungen per E-Mail an mpclaims@morgan-price.com oder wenn Sie in Deutschland wohnhaft sind, schreiben Sie eine E-Mail

euroclaims@morgan-price.com oder per Post an die Adresse auf dem Antragsformular.

Bitte behalten Sie eine Kopie Ihres Antragsformulars und den Rechnungen/Belegen

PLEASE NOTE:

We would remind you that all claims should be submitted within **3 months** of the date of treatment otherwise they will not be considered for reimbursement.

BITTE BEACHTEN SIE:

Wir möchten Sie daran erinnern, dass alle Erstattungsanträge innerhalb von **3 Monaten** ab Datum des Behandlungsbeginn eingereicht werden müssen, Ansonsten können sie nicht für die Rückerstattung in Betracht gezogen werden.

Haftungsausschluss

Es wird keine Gewährleistung und/oder Zusicherung über die Richtigkeit der deutschen Übersetzung gegeben, ob im Einzelnen oder insgesamt. Es wird hier klargestellt, dass die deutsche Version eine Übersetzung des englischen Originals ist, die zur Information dient und Morgan Price International Healthcare schließen jegliche Haftung für Fehler und/oder Ungenauigkeiten in der Übersetzung aus. Es wird hier klargestellt, dass die Version in englischer Sprache Vorrang haben wird über alle Fragen zu Unrichtigkeiten und Auslegung der Inhalte des Planes/Produktes inklusive, aber nicht nur beschränkt auf die allgemeinen Geschäftsbedingungen.