

**Behandlungsschein für Kunden  
der Care Concept AG  
zur Vorlage beim Arzt / Krankenhaus**



Sehr geehrte Frau YOSHIZAWA,

dieser Behandlungsschein ist zu jedem Erstbesuch der versicherten Person beim Arzt oder im Krankenhaus **vor Behandlungsbeginn** in der Praxis bzw. Anmeldung vorzulegen. Der Behandlungsschein soll allen Beteiligten die Abwicklung im Leistungsfall erleichtern. Er enthält die allgemeinen Vertragsdaten und Informationen bei Behandlungsbedarf wegen Krankheit oder nach einem Unfall in Deutschland bzw. im Ausland.

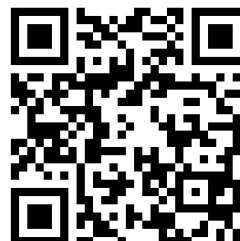
Bitte überprüfen Sie zunächst die nachfolgenden Vertragsdaten. Sollten diese hier nicht korrekt genannt sein oder sich zwischenzeitlich geändert haben, teilen Sie dies bitte der Arztpraxis bzw. dem Krankenhaus bei Abgabe des Behandlungsscheines mit. Bitte vergessen Sie nicht, auch uns darüber zu informieren. Gerne können Sie die Änderungen direkt über unser Service Portal zur Korrektur einstellen. Sie erhalten in Folge dessen von uns einen aktualisierten Behandlungsschein.

<b>Versicherungsdaten</b>	
Versicherungsscheinnummer:	CC219033621
<b>Tarif:</b>	<b>Care College Comfort</b>
Versicherter Zeitraum:	08.09.2021 bis 08.12.2021
<b>Versicherungsnehmer</b>	
Nachname, Vorname:	Yoshizawa, Noriko
Straße Hausnummer:	Umenosato 3-21-39
PLZ Ort:	584-0001 Tondabayashi-Shi Osaka
<b>Versicherte Person</b>	
Nachname, Vorname:	YOSHIZAWA, Noriko
Geburtsdatum:	22.02.1988

Unter dem nachfolgenden Link / QR-Code finden Sie nähere Informationen zu den versicherten Leistungen:

[www.care-concept.de/avb-cc](http://www.care-concept.de/avb-cc)

oder



**Hinweis!**

Bei geplanten Aufenthalten im Heimatland oder Drittländern vergewissern Sie sich bitte **vor Reiseantritt**, ob und in welchem Umfang Ihr Tarif hierfür Versicherungsschutz vorsieht und welche Obliegenheiten Sie berücksichtigen müssen (z.B. die schriftliche Anmeldung des Aufenthaltes vor Reiseantritt bei der Care Concept AG über das Service Portal).

Bitte unterschreiben Sie die unten stehende Erklärung und legen alle drei Seiten dieses Dokuments vor **Behandlungsbeginn dem Arzt oder Krankenhaus** vor.

**Erklärung:**

Mir ist bekannt, dass ein Anspruch auf Versicherungsleistung unter anderem voraussetzt, dass die Prämie laufend bezahlt ist und ich auch die Versicherungsfähigkeit nachgewiesen habe. Gegenüber dem Behandler bleibe ich zur Zahlung des Honorars verpflichtet, wenn die Kosten von der Versicherung nicht oder nur anteilig übernommen werden, und zwar auch dann, wenn der Arzt die Rechnung direkt an die Care Concept AG schickt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter

## **Hinweis für den Patienten bei Behandlung außerhalb Deutschlands**

Bitte versichern Sie sich zunächst, dass das Land, in dem Sie sich aufhalten und in dem die ärztliche Behandlung erfolgt / erfolgen soll, bedingungsgemäß vom Versicherungsschutz umfasst ist.

Im Ausland werden Sie als Patient vor Ort beim jeweiligen Arzt oder Krankenhaus in Vorleistung treten müssen. Dies gilt in der Regel für ambulante Behandlungen und Untersuchungen oder z.B. schmerzstillende Zahnbehandlungen.

Die von Ihnen bezahlten Rechnungen senden Sie uns bitte im Original unter Angabe Ihrer Versicherungsnummer und Ihrer Bankverbindung zusammen mit den Reisedauernachweisen zur Leistungsprüfung an:

**Care Concept AG**  
**Postfach 30 02 62**  
**53182 Bonn**

Achten Sie bitte darauf, dass auf den Rechnungen die Diagnosen, die Behandlungsdaten etc. aufgeführt sind. Sollte dies im Reiseland nicht üblich oder auf den ausgehändigten Belegen nicht erkennbar sein, so können Sie uns helfen, indem Sie bitte persönliche Angaben zum Behandlungsgrund, der Art der Behandlung usw. machen. Ihnen ausgehändigte Befundunterlagen fügen Sie bitte immer in Kopie bei.

Bei geplanten umfangreichen Behandlungen / Untersuchungen wie z.B. der Aufnahme in ein Krankenhaus oder in Notfallsituationen, setzen Sie oder der jeweilige Arzt / Krankenhaus sich bitte direkt mit uns in Verbindung.

Unsere Kontaktdaten lauten:

**Care Concept AG**  
**Bürozeiten:** Montag bis Freitag 08:00 - 18:00 Uhr (MEZ)  
**Telefon:** +49 228 9773522  
**Fax:** +49 228 97735922  
**E-Mail:** [leistung@care-concept.de](mailto:leistung@care-concept.de)  
**Internet:** [www.care-concept.de](http://www.care-concept.de)

Außerhalb der Bürozeiten sowie an Wochenenden und Feiertagen erreichen Sie uns über die **24-Stunden-Notrufnummer +49 1803 977350**.

### **Ausnahme USA, Kanada oder Mexiko:**

Bei Krankheitsfällen in den **USA, Kanada** oder **Mexiko** (NAFTA-Staaten) erfolgt die Leistungsabwicklung **immer** direkt über unser bevollmächtigtes Schadenbüro:

Die Kontaktdaten unseres Schadenbüros lauten:

**MedCare International**, 12480 West Atlantic Blvd, Suite 2, Coral Springs, FL 33071, USA,  
**Bürozeiten:** Montag bis Freitag 08:00 - 17:00 Uhr (EST)  
**Telefon:** +1 954.345.5650  
**Fax:** +1 954.340.4245  
**E-Mail:** [care-concept@medcareinternational.com](mailto:care-concept@medcareinternational.com)  
(bitte auch in Notfällen außerhalb der Bürozeiten verwenden)  
**Internet:** [www.MedCareInternational.com](http://www.MedCareInternational.com)

Dort erfahren Sie auch, ob und in welchem Umfang für den gegenständlichen Fall Versicherungsschutz besteht und welche Informationen / Unterlagen ggf. noch benötigt werden. Bitte setzen Sie sich deshalb vor **jeder Behandlung** unbedingt mit der **MedCare International** in Verbindung, da Ihnen ansonsten Nachteile z. B. in Form von anfallenden Selbstbehalten entstehen können.

Rechnungen, die Ihnen vom Behandler ausgehändigt werden, senden Sie bitte im Original zur Prüfung an die **MedCare International**.

Sollten Sie noch weitergehende Informationen benötigen, können Sie uns unter den für die Care Concept AG genannten Kontaktdaten – während unserer Bürozeiten gerne auch telefonisch – erreichen.

**Hinweis für den behandelnden Arzt (bei Behandlung in Deutschland)**

**Tarif: Care College Comfort**

Sehr geehrte/r Frau/Herr Doktor,

dieser Behandlungsschein enthält Informationen zum Versicherungsschutz Ihres Patienten und zur Regulierung der Behandlungskosten. Er soll helfen, Nachteile für alle Beteiligten zu vermeiden.

Die von uns betreuten Auslandskrankenversicherungen bieten Kunden einen zeitlich begrenzten Versicherungsschutz während ihres vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland für akut auftretende neue Erkrankungen oder nach einem Unfall.

Eine Direktabrechnung mit uns ist generell möglich. Die tariflichen Leistungen können – im Falle einer bestehenden Leistungspflicht des Deckungsschutz gewährenden Versicherers – erst nach vollständiger Prüfung des Leistungsanspruches unter Vorlage aller im Einzelfall benötigten Unterlagen erstattet werden. Bitte beachten Sie auch, dass Ihr Patient / Ihre Patientin (außer im Falle einer ausdrücklichen Kostenübernahmeerklärung) Schuldner(in) Ihres Vergütungsanspruches bleibt. Die von Ihnen erbrachten Leistungen bei einer ambulanten ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung werden grundsätzlich im Rahmen der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ / GOZ) bis zu den darin vorgesehenen Höchstsätzen anerkannt.

**Achtung:**

Hiervon ausgenommen sind **die Tarife Care College Basic, Care Au-Pair Si und Care Au-Pair S**, die auf den **1,8fachen Satz begrenzt sind**. In den Tarifen **Care College Comfort und Care College Premium** sowie dem Tarif **Care Visa Protect** sind die Leistungen **auf den 2,3fachen Faktor begrenzt**.

Unsere Produkte können in unterschiedliche Varianten vorsehen, sodass sich Ihr Patient / Ihre Patientin auch bei gegebener Leistungspflicht selbst an den Behandlungskosten beteiligt. Insoweit kann z.B. eine **Selbstbeteiligung je Versicherungsfall** oder ein **Eigenanteil je Versicherungsjahr** vereinbart worden sein. Auch wenn sich der Versicherungsschutz grundsätzlich nur auf neue Erkrankungen bezieht, können **Vorerkrankungen** unter bestimmten Voraussetzungen und / oder in beschränktem Rahmen (z.B. mit einer **Selbstbeteiligung von 5.000 EUR**) mitversichert sein. Näheres hierzu ergibt sich im Einzelfall aus den jeweils vereinbarten Versicherungsbedingungen.

Die genauen Tarifleistungen Ihres Patienten können Sie schnell und einfach unter Verwendung des **Links auf der ersten Seite** aufrufen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne – auch telefonisch – zur Verfügung unter

**Care Concept AG**

**Bürozeiten:** Montag bis Freitag 08:00 - 18:00 Uhr (MEZ)

**Telefon:** +49 228 9773522

**Fax:** +49 228 97735922

**E-Mail:** [leistung@care-concept.de](mailto:leistung@care-concept.de)

Sollten im Krankheitsfall umfangreichere, diagnostische, therapeutische oder operative Maßnahmen für notwendig erachtet werden, bitten wir Sie um Einreichung eines Kostenvoranschlages und Befundberichtes zur Prüfung der Kostenübernahme.

**Bei Aufnahme zur stationären Behandlung im Krankenhaus bitten wir Sie, uns dies umgehend unter Einreichung eines Kostenübernahmeantrages mitzuteilen.**

**Dieser Behandlungsschein dient nur der Information für den behandelnden Arzt oder Zahnarzt und begründet noch keinen direkten Anspruch gegen den Versicherer. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich allein aus dem Versicherungsschein, den Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Bestimmungen.**

**Erklärung des behandelnden Arztes:**

Hiermit erkläre ich, dass ich die Hinweise zum Versicherungsschutz gelesen habe.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_ Stempel

# Medical Treatment Certificate for Care Concept AG

Customers for submission

to medical care provider / hospital



Dear Ms. YOSHIZAWA,

This Medical Treatment Certificate is to be presented by the insured party at the first appointment with a medical care provider or hospital **before beginning treatment**. The Medical Treatment Certificate simplifies the processing of claims for all involved. It contains general contract data and information in case of treatment due to illness or injury in Germany or abroad.

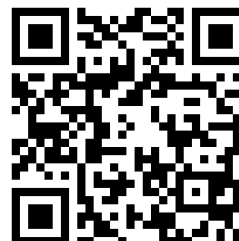
Please first verify the following contract information. If any information is incorrect or has changed in the meantime, please inform your medical care provider or hospital when presenting this certificate. Please do not forget to inform us of these changes as well. You may make these changes or corrections directly over our service portal. We will then send you an updated certificate.

Details of the insurance	
Insurance-Nr.:	CC219033621
<b>Plan:</b>	<b>Care College Comfort</b>
Period of insurance:	08.09.2021 bis 08.12.2021
Policy holder	
Last name, first name:	Yoshizawa, Noriko
Street no:	Umenosato 3-21-39
Postal code City:	584-0001 Tondabayashi-Shi Osaka
Insured person	
Last name, first name:	YOSHIZAWA, Noriko
Date of birth:	22.02.1988

You will find more information on insurance benefits at the following link / QR code:

[www.care-concept.de/avb-cc](http://www.care-concept.de/avb-cc)

or



### **Important!**

Please inform yourself of the scope of your insurance coverage **before departure** regarding planned stays within your home country or abroad, and what requirements you must fulfill (e.g. written notification before your departure to Care Concept AG via the service portal).

Please sign the declaration below and present all three pages of this document to your medical care provider or hospital **before commencement of treatment**.

#### **Declaration:**

I acknowledge that any claim to insurance benefits requires that my premiums are regularly paid and that I have also given evidence of my insurability. I shall remain obligated to pay my medical care provider's fee if the costs are not covered by my insurance or are only partly covered, even if the bill is sent directly to Care Concept AG by my medical care provider.

\_\_\_\_\_  
Date, place

\_\_\_\_\_  
Signature of policyholder or legal representative

## Medical Treatment Certificate for Care Concept AG

Customers for submission

to medical care provider / hospital



### Information for patients regarding medical care outside of Germany

Please first check whether the country to which you are traveling and in which you are receiving or will receive medical treatment is included in your insurance coverage.

Outside of Germany, you will be required to pay in advance for medical treatment at a medical practice or hospital. This generally applies for outpatient treatment and tests or, for example, analgesic dental treatment.

Please send original copies of your paid medical bills together with your insurance number, your bank account information and proof of the length of your stay to:

**Care Concept AG**  
**Postbox 30 02 62**  
**D-53182 Bonn**

Please make sure that the dates of medical treatment, diagnoses, etc., are included in the bills. If this is not customary in the country where treatment was received, or not found on the documents you were given, you can assist us by including information regarding the reason for treatment, type of treatment received, etc. Please always include a copy of the medical reports given to you.

If you intend to receive extended treatment / tests, for example including admission to a hospital or a medical emergency, please contact us directly or have your medical care provider do so.

Our contact information:

#### **Care Concept AG**

**Office hours:** Monday through Friday 8:00 a.m. - 6:00 p.m. (CET)

**Phone:** +49 228 9773522

**Fax:** +49 228 97735922

**e-Mail:** [leistung@care-concept.de](mailto:leistung@care-concept.de)

**Web:** [www.care-concept.de](http://www.care-concept.de)

You can reach us outside of office hours, including weekends and holidays, at our **24-hour emergency number +49 1803 977350**.

#### **For the USA, Canada, or Mexico:**

For cases of illness in the **USA, Canada, or Mexico** (NAFTA countries), benefit processing **always** takes place directly through our authorized claims office:

**MedCare International**, 12480 West Atlantic Blvd, Suite 2, Coral Springs, FL 33071, USA

**Office hours:** Monday through Friday 8:00 a.m. - 6:00 p.m. (EST)

**Phone:** +1 954.345.5650

**Fax:** +1 954.340.4245

**e-Mail:** [care-concept@medcareinternational.com](mailto:care-concept@medcareinternational.com)  
(please use outside of regular office hours as well)

**Web:** [www.MedCareInternational.com](http://www.MedCareInternational.com)

There you can learn whether and to what extent you are covered for the present case, and what information / documentation may be required. Therefore, to avoid any unpleasant surprises such as any costs not included in your coverage, please contact **MedCare International** before **any medical treatment**.

Please send the original copies of medical bills received by you to **MedCare International** for verification.

Should you require additional information, you can reach us through the contact information supplied for Care Concept AG, or by telephone during office hours.

## Medical Treatment Certificate for Care Concept AG

Customers for submission

to medical care provider / hospital



### Information for medical care providers (for treatment in Germany)

**Plan: Care College Comfort**

Dear physician,

This Medical Treatment Certificate contains information on your patient's insurance coverage, and for the settlement of medical expenses. It is intended to help avoid unpleasant surprises for all involved.

Our overseas health insurance offers policyholders temporary insurance coverage for acute illness or injury during their travels in Germany.

A direct settlement with us is usually possible. In the case of an obligation to provide benefits by the insurer, the plan benefits can be reimbursed only after complete verification of the claim upon submission of all documents on a case-by-case basis. Please also note that your patient shall remain in debt to your claim to reimbursement (except in cases of express declaration of cost absorption). Any outpatient medical or dental services performed by you shall be recognized within the scope of the respective fee schedule (GOÄ / GOZ), up to the maximum rate included therein.

#### **Important:**

This excludes **Care College Basic**, **Care Au-Pair Si**, and **Care Au-Pair S**, which are **limited to 1.8 times the rate**. In the **Care College Comfort**, **Care College Premium**, and **Care Visa Protect** plans, the payments are **limited to 2.3 times the rate**.

Our products can be provided in different variants so that your patient assumes the costs of treatment in part or in whole in case of obligation to provide benefits. For example, a **deductible per insured event** or a **personal contribution per insurance year** can be agreed to in this regard. Although the insurance coverage basically pertains to new illnesses only, **pre-existing medical conditions** may be insured under certain conditions and/or to a limited extent (e.g. with a **personal contribution of 5,000 EUR**). For details, please refer to the agreed Terms and Conditions for Insurance on a case-by-case basis.

You may use the **link on the first page** to see the exact insurance details for your patient quickly and easily. If you have any questions you may contact us, also by telephone, at

#### **Care Concept AG**

**Office hours:** Monday through Friday 8:00 a.m. - 6:00 p.m. (CET)

**Phone:** +49 228 9773522

**Fax:** +49 228 97735922

**e-Mail:** [leistung@care-concept.de](mailto:leistung@care-concept.de)

Should extensive diagnostic, therapeutic, or operative measures be required in case of illness, we request that you submit a cost estimate and diagnostic report for the verification of cost transfer.

**For treatment involving hospital admittance we kindly request that you immediately inform us by submitting an insurance verification request.**

**This Medical Treatment Certificate is only for informational purposes for the attending physician or dentist, and does not constitute a direct claim against the insurer. The scope of the insurance cover is set out in the insurance certificate, the insurance terms and conditions, and the statutory provisions of the Federal Republic of Germany.**

#### **Statement of attending medical care provider:**

I hereby declare that I have read the above information on insurance coverage.

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature of medical care provider

\_\_\_\_\_

Stamp