

# التقدم بطلب للحصول على وسيلة مساعدة في التواصل من شركة التأمين الصحي

مدخستملا مسا:	
---------------	--

لتسهيل الأمر عليك، قمنا بتلخيص نتائج الاستشارة والخطوات الفردية لعملية تقديم الطلب هنا:

زاهجلا:	
قييبتلا/تادرفملا:	
برخأ:	

وإليك ما يحدث بعد ذلك:

ستحصل على وصفة طبية (ليس وصفة طبية إلكترونية)، تنص على:


يُرجى الملاحظة: الوصفات الطبية صالحة لمدة 28 يومًا فقط. وسائل المساعدة ليست مدرجة في الميزانية.

تحصل على بيان من المدرسة أو من العلاج.

يكتب المعلم أو المعالج بيانًا قصيرًا يشرح فيه سبب احتياج الشخص إلى جهاز التواصل الموصى به في الاستشارة. إذا لزم الأمر، فسوف نكون سعداء بمساعدتك في الصياغة.

ترسل الوصفة الطبية والبيان إلى مقرنا الرئيسي في كاسل:

شركة Prentke Romich ش.ذ.م.م.

كارتهوييز شتراسه 3

34117 كاسل

نقوم بإعداد تقدير بالتكلفة ونرسل كل شيء إلى شركة التأمين الصحي.

نقوم بإرسال تقدير التكلفة، مع الوصفة الطبية والبيان، إلكترونياً مباشرة إلى شركة التأمين الصحي.

تقوم شركة التأمين الصحي بفحص الطلب.

إذا احتاجت شركة التأمين الصحي إلى مزيد من المعلومات، فسوف نتواصل معك و/أو معنا. إذا كان لديك أي أسئلة، فسنكون سعداء بمساعدتك: البريد الإلكتروني: [beantragung@prentke-romich.de](mailto:beantragung@prentke-romich.de). الهاتف: 0561 78 559-18

وسوف تقوم شركة التأمين الصحي بإبلاغك وإبلاغنا بالقرار.

ستصل بك شركة التأمين الصحي وبنا إذا تمت تغطية التكاليف أو إذا تم رفض الطلب.

يُرجى إبلاغ المدرسة أو المعالج المعني إذا لزم الأمر.

• تغطية التكاليف والتسليم

إذا وافقت شركة التأمين الصحي على الجهاز، فسنقوم بالاتصال بك على الفور لمناقشة التسليم، وإذا لزم الأمر، ترتيب موعد لجلسة تعليمية.

• في حالة الرفض، يمكن تقديم اعتراض.

إذا رفضت شركة التأمين الصحي طلبك، فيمكنك تقديم اعتراض على هذا القرار خلال أربعة أسابيع. وسنكون سعداء بمساعدتك في هذا الأمر.

مثال على الوصفة الطبية:

Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>AOK Rheinland-Pfalz</b>		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
Name, Vorname des Versicherten <b>geb. am</b> <b>Mustermann</b> <b>Erika</b> <b>Heidestraße 17</b> <b>51147 Köln</b>		<b>6</b>	<b>X</b>	<b>8</b>	<b>9</b>			
Kassen-Nr. <b>106415300</b>		Versicherten-Nr. <b>A123456789</b>		Status <b>1000 1</b>		Zuzahlung		
Betriebsstätten-Nr. <b>271111100</b>		Arzt-Nr. <b>654321161</b>		Datum <b>10.07.2012</b>		Gesamt-Brutto		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		
						Faktor		
						Taxe		
						1. Verordnung		
						2. Verordnung		
						3. Verordnung		
						Vertragsarztstempel		
						27/1111100		
						<b>Dr. med. Markus Mustermann</b>		
						<b>Dr. rer. nat. Erik Mustermann</b>		
						Dorfheidestraße 1		
						<b>51069 Köln</b>		
						Tel. 02 21 / 0 87 65 43		
						<i>Dr. Mustermann</i>		
						Unterschrift des Arztes		
						Muster 16 (7.2008)		
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke						
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer						
						<b>2711111004</b>		

تعليمات كتابة البيان:

يمكن أن يكون البيان مختصراً. ينبغي أن يظهر،

• من كتب هذا البيان،

• من هو الشخص المعني (الاسم، العمر، التشخيص).

• ما هي الاحتياجات والمهارات التواصلية، وإذا لزم الأمر، الخبرات السابقة في مجال دعم التواصل التي يمتلكها الشخص،

• أن هناك استشارة تم فيها تقديم/تجربة وسائل مساعدة مختلفة،

• ما هي التحسينات/التقدم الذي يمكن توقعه من توفير مساعدة التواصل الموصى بها، مثل: تلبية الاحتياجات الأساسية الأولية، وتوسيع نطاق العمل الفردي، وإمكانيات المشاركة الفعالة في المواقف اليومية، ودعم التنمية الشخصية، واكتساب خيارات تقرير المصير والاستقلال.

اطبع البيان على ورقة مراسلات رسمية خاصة بالمدرسة/العيادة، وقم بالتوقيع عليه بخط اليد.

شركة Prentke Romich ش.ذ.م.م. • كارنيجيز شتراسه 3 • 34117د - كاسل  
هاتف 0561-78559-0 • فاكس 29-78559-0561 • البريد الإلكتروني: info@prentke-romich.de



prentke romich deutschland  
weil jede:r was zu sagen hat!