

# Solicitud de un dispositivo de ayuda a la comunicación a la aseguradora médica

Nombre de usuario:	
--------------------	--

Para su comodidad, hemos resumido aquí el resultado de la consulta y los distintos pasos del procedimiento de solicitud:

Dispositivo:	
Vocabulario/ aplicación:	
Otro:	

## Así continúa el proceso:

**Recibirá una receta** (que no es electrónica) **que indica:**


Atención: Las recetas solo son válidas por 28 días. Las ayudas no están presupuestadas.

### Obtendrá un certificado de la escuela o de la terapia.

Un profesor o un terapeuta redacta una breve declaración que explica por qué la persona necesita el dispositivo de comunicación recomendado en la consulta. Si es necesario, estaremos encantados de ayudarle con la redacción.

### Envíe la receta y el extracto a nuestra sede en Kassel:

Prentke Romich GmbH  
Karthäuserstraße 3  
34117 Kassel

### Elaboramos un presupuesto y enviamos todo a la aseguradora médica.

Enviamos el presupuesto, junto con la receta y el estado de cuenta, por medio electrónico directamente a la aseguradora médica.

### La aseguradora médica revisa la solicitud.

Si la aseguradora médica necesita más información, se pondrá en contacto con usted o con nosotros. Si tiene alguna pregunta, estaremos encantados de ayudarle: Correo electrónico: [beantragung@prentke-romich.de](mailto:beantragung@prentke-romich.de)  
Teléfono: 0561 78 559-18

### La aseguradora médica le informará a usted y a nosotros sobre la decisión.

La aseguradora médica se pondrá en contacto con usted y con nosotros si los costes están cubiertos o si se rechaza la reclamación. Informe a la escuela o al terapeuta involucrados si es necesario.

#### • Cobertura de costos y entrega

Si su aseguradora médica ha aprobado el dispositivo, nos comunicaremos con usted de inmediato para organizar la entrega y, si es necesario, concertar una cita para una sesión de instrucción.

#### • En caso de rechazo, se podrá presentar reclamación.

Si la aseguradora médica rechaza su solicitud, puede apelar la decisión dentro de cuatro semanas. Estaremos encantados de ayudarle con esto.

**Ejemplo de receta:**

Geb.- pfl.	Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK	
	AOK Rheinland-Pfalz		6	X	8	9			
noctu	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		Gesamt-Brutto				
	Mustermann Erika Heidestraße 17 51147 Köln		geb. am 12.08.1964						
Sonstige	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.				
	106415300	A123456789	1000 1		Faktor Taxe				
Arbeits- unfall	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		1. Verordnung				
	271111100	654321161	10.07.2012						
<p><b>Rp.</b> (Bitte Leerräume durchstreichen)</p>									
aut idem	Dispositivo de comunicación "XY" con accesorios				Vertragsarztstempel				
	Código CIE o (Diagnóstico "XY")				27/1111100				
aut idem	*****				<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				
	***** 6667				Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)				
<p>Bei Arbeitsunfall auszufüllen!</p>									
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer			2711111004				

**Instrucciones para redactar la declaración:**

La declaración puede ser breve. Debería incluir la siguiente información:

- Quién escribió esta declaración.
- Quién es la persona afectada (nombre, edad, diagnóstico).
- Qué necesidades comunicativas, habilidades y, en su caso, experiencia previa en el área de apoyo a la comunicación tiene la persona.
- Que se realizó una consulta en la que se presentaron/probaron diversas ayudas.
- ¿Qué mejoras o avances se pueden esperar de la prestación de la ayuda de comunicación recomendada? Por ejemplo: satisfacción de necesidades básicas, ampliación del margen de acción individual, posibilidades de participación activa en situaciones cotidianas, apoyo al desarrollo personal, fomento de opciones de autodeterminación e independencia.

Imprima la declaración en papel membretado de la escuela o consultorio y fírmela a mano.