

Подача заявки на получение коммуникационного устройства от вашей страховой компании

Имя пользователя:	
-------------------	--

Для вашего удобства мы обобщили результаты консультаций и отдельные этапы процесса подачи заявки здесь:

Устройство:	
Словарь/ Приложение:	
Другое:	

Вот что происходит дальше:

Вы получаете рецепт (не электронный), в котором будет указано следующее:

Обратите внимание: Рецепты действительны только в течение 28 дней. Вспомогательные приспособления не заложены в бюджет.

Вы получите справку из школы или от вашего психотерапевта.

Преподаватель или терапевт напишет краткое письмо, в котором объяснит, почему вам необходимо рекомендованное во время консультации коммуникационное устройство. При необходимости мы будем рады помочь с формулировкой.

Вы должны отправить рецепт и это письмо в наш головной офис в Касселе по адресу:

Prentke Romich GmbH
Karthäuserstraße 3
34117 Kassel

Мы составим смету расходов и отправим все данные в вашу страховую компанию.

Мы отправим смету расходов вместе с рецептом и письмом в электронном виде непосредственно в страховую компанию.

Страховая компания проверит документы.

Если страховой компании потребуются дополнительная информация, она свяжется с вами и/или с нами. Если у вас возникнут вопросы, мы будем рады помочь вам. Электронная почта: beantragung@prentke-romich.de, Телефон: 0561 78 559-18

Страховая компания сообщит вам и нам о принятом ей решении.

Страховая компания свяжется с вами и с нами, если расходы будут покрыты или если ваша заявка будет отклонена.

При необходимости сообщите об этом в школу или терапевту.

- Покрытие расходов и доставка Если ваша страховая компания одобрит приобретение устройства, мы немедленно свяжемся с вами, чтобы обсудить доставку и, при необходимости, назначить встречу для обучения.
- В случае отклонения заявки вы сможете подать апелляцию.
Если страховая компания отклонит вашу заявку, вы можете обжаловать это решение в течение четырех недель. Мы будем рады помочь вам с этим.

Пример рецепта:

☒ Geb.-pfl. ☐ noctu. ☐ Sonstige ☐ Unfall ☐ Arbeitsunfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG ☐ Hilfs- mittel ☒ Impf- stoff ☐ Spr.-St. Bedarf ☐ Begr.- Pflicht ☐ Apotheken-Nummer / IK		
	AOK Rheinland-Pfalz		6 ☐ 8 ☐ 9 ☐		
	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung		
	Mustermann Erika Heidestraße 17 51147 Köln		geb. am 12.08.1964 10/14		
	Kassen-Nr. 106415300		Versicherten-Nr. A123456789		
Status 1000 1		Gesamt-Brutto			
Betriebsstätten-Nr. 271111100		Arzt-Nr. 654321161		Datum 10.07.2012	
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel		27/1111100	
aut idem		Код по МКБ или (диагноз «XY») *****		Dr. med. Markus Mustermann Dr. rer. nat. Erik Mustermann Dorfheidestraße 1 51069 Köln Tel. 02 21 / 0 87 65 43	
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!		Abgabedatum in der Apotheke		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)	
Unfalltag		Unfallbetrieb oder Arbeitgebern timer		2711111004	

Инструкция по составлению заявки:

Заявка может быть сформулирована кратко. Она должна содержать следующее:

- автора заявки,
- информацию о заявителе (имя, возраст, диагноз),
- коммуникационные потребности, навыки и, если применимо, предыдущий опыт коммуникационной поддержки заявителя,
- факт получения консультации, на которой были представлены/протестированы различные вспомогательные средства,
- потенциальные улучшения/прогресс от использования рекомендуемого устройства, например, удовлетворение основных потребностей, расширение индивидуального поля деятельности, возможность активного участия в повседневных ситуациях, поддержка личностного роста, получение возможностей для самоопределения и независимости.

Распечатайте заявку на бланке школы/терапевта и подпишите ее от руки.