

Подача заявки на комунікаційну допомогу у вашій медичній страховій компанії

Ім'я користувача:	
-------------------	--

Для вашої зручності ми узагальнили результати консультацій та окремі кроки процесу подачі заявки тут:

Пристрій:	
Словниковий запас / додаток:	
Різне:	

Ось що відбувається далі:

Ви отримуйте рецепт (не електронний рецепт), у якому зазначено:

Зверніть увагу: Рецепти дійсні лише 28 днів. Допомога в бюджеті не передбачена.

Ви отримуйте висновок зі школи або з терапії.

Викладач або терапевт пише короткий відгук, в якому пояснює, навіщо людині потрібен комунікаційний пристрій, рекомендований під час консультації. За необхідності ми з радістю допоможемо з формулюванням.

Ви надсилаєте рецепт і відгук до нашого головного офісу в Касселі:

Prentke Romich GmbH, Karthäuserstraße 33, 4117 Kassel

Ми складаємо кошторис і відправляємо все в медичну страхову компанію.

Ми надсилаємо кошторис разом із рецептом і відгуком в електронному вигляді безпосередньо в медичну страхову компанію.

Медична страхова компанія перевіряє заявку.

Якщо медична страхова компанія потребує додаткової інформації, вона зв'яжеться з вами та/або з нами. Якщо у вас виникнуть запитання, ми з радістю вам допоможемо: Ел. пошта: beantragung@prentke-romich.de, телефон: 0561 78 559-18

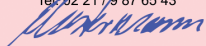
Медична страхова компанія повідомить вас і нас про рішення.

Медична страхова компанія зв'яжеться з вами та нами, якщо витрати будуть покриті або якщо заявку буде відхилено.

Будь ласка, повідомте школу або задіяного терапевта, якщо це необхідно.

- **Покриття витрат і доставка** Якщо ваша медична страхова компанія схвалила пристрій, ми негайно зв'яжемося з вами, щоб обговорити доставку та, якщо необхідно, домовитися про зустріч для інструктажу.
- **У разі відхилення можна подати заперечення.** Якщо медична страхова компанія відхилила вашу заявку, ви можете оскаржити це рішення протягом чотирьох тижнів. Ми раді вам у цьому допомогти.

Приклад рецепту:

☒ Geb.-mtr. ☐ Geb.-pfl. ☐ noctu. ☐ Sonstige ☐ Unfall ☐ Arbeitsunfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger		BVG ☐ Hilfs- ☒ Impf- ☐ Spr.-St. ☐ Begr.- ☐ mittel stoff Bedarf 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 Gesamt-Brutto		
	Kassen-Nr. 106415300 Versicherten-Nr. A123456789 Status 1000 1		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr. Faktor Taxe 1. Verordnung 2. Verordnung 3. Verordnung		
Betriebsstätten-Nr. 271111100 Arzt-Nr. 654321161 Datum 10.07.2012		Vertragsarztstempel 27/1111100 Dr. med. Markus Mustermann Dr. rer. nat. Erik Mustermann Dorfheidestraße 1 51069 Köln Tel. 02 21 / 0 87 65 43  Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)			
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) Комуникаційний пристрій «ХУ» з аксесуарами Код МКБ або (Діагноз «ХУ») ***** 666H					
Bei Arbeitsunfall auszufüllen! Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer		Abgabedatum in der Apotheke 2711111004			

Інструкція по написанню заявки:

Заявка може бути короткою. В ній повинно бути вказано:

- хто написав цю заявку,
- ким є постраждала особа (ім'я, вік, діагноз),
- які комунікативні потреби, навички та, залежно від випадку, попередній досвід у сфері комунікаційної підтримки має особа,
- що відбулася консультація, під час якої були представлені/випробувані різні допоміжні засоби,
- яких покращень/прогресу можна очікувати від надання рекомендованої комунікаційної допомоги, наприклад, задоволення базових потреб, розширення індивідуального простору для дій, можливості активної участі в повсякденних ситуаціях, підтримка особистого розвитку, отримання можливостей для самовизначення та незалежності.

Роздрукуйте заяву на фірмовому бланку школи/практики та підпишіть її від руки.