

Der Experte für Ihre Gesundheit

Das bieten wir Ihnen an

Entdecken Sie unsere Leistungsvielfalt. Für jeden Bereich einen Experten – mit dem MCS Medical Center Südwestfalen haben Sie den bestmöglichen Partner an Ihrer Seite.

- Sanitätshaus
 - Orthopädietechnik
 - Homecare
- Rehathechnik
 - Orthopädie-Schuhtechnik
 - Kinderversorgung
- Reha-Sonderbau
 - Gesundheit & Sport

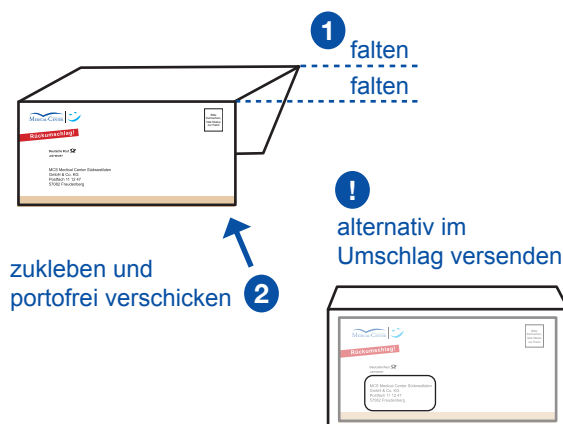
Bitte hier falten

Nach dem Falten hier mit einem Klebestreifen zukleben.

Bringen Sie den Klebestreifen auf der orange farbigen Fläche an und legen Sie ihn um die Kante, damit Ihre Daten sicher bei uns ankommen.

Ihr Rückumschlag So kommen Ihre Dokumente am schnellsten zu uns

- 1 Falten Sie dieses Blatt mit dem ausgefüllten Antrag auf Kostenübernahme auf der Rückseite entlang der gestrichelten Linien.
 - 2 Kleben Sie das gefaltete Blatt an der orangefarbenen Fläche mit einem Klebestreifen zu – fertig ist der portofreie Rückumschlag.
- ! Alternativ können Sie das Dokument auch in einem frankierten Umschlag an uns senden!



Bitte hier falten



Rückumschlag!

Bitte freimachen, falls Marke zur Hand

Deutsche Post ANTWORT

MCS Medical Center Südwestfalen
GmbH & Co. KG
Postfach 11 12 47
57082 Freudenberg

Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Name, Vorname Geb.-Datum Pflegekasse Versichertennummer

Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort Kunden-Nr.

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe 54 - bis max. 40,00 € monatlich, bei Beihilfeberechtigten bis max. 20,00 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.
- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene - Produktgruppe 51 - unter Abzug des Eigenanteils von 10%, soweit keine Befreiung vorliegt.

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch	ja	Pflege HiMiNr.
Bettwäsche Einmalgebrauch		54.45.01.0001
Fingerlinge		54.99.01.0001
Einmalhandschuhe		54.99.01.1001
Mundschutz		54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch		54.99.01.3001
Schutzschürze - wiederverwendbar		54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel		54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel		54.99.02.0002

Anzahl	Pflegemittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflege HiMiNr.
	Saugende Bettwäsche – wiederverwendbar	51.40.01.4

X

Datum, Unterschrift des/r Pflegebedürftigen/deren ges. Vertreter/Betreuer

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfeberechtigung zum Bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Datum

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift

Datenschutzerklärung

Ich wurde darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten nach den aktuellen Datenschutzrichtlinien für das Gesundheitswesen verarbeitet werden. Zur Abrechnung mit meiner Krankenkasse wird sich einer externen Abrechnungsstelle (opta data Abrechnungs GmbH) bedient, deren Mitarbeiter den gleichen Bestimmungen zum Datenschutz unterliegen.

Über das Patientenwahlrecht wurde ich informiert. Ich willige hiermit ein, dass mein behandelnder Arzt, mein Krankenhaus und meine Krankenkasse Daten über meine Versorgung sowie ein Rezept oder Entlassungsrezept an eines der vorgenannten Unternehmen weiterleitet.

Ich bin hiermit darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass meine leistungsbezogenen Daten zur weiteren Versorgung intern in der Unternehmensgruppe, in das entsprechende Fachteam/GmbH, an meine Krankenkasse sowie an andere Leistungserbringer weitergeleitet werden und erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden.

Ich willige einer Auslieferung an Dritte (z.B. Nachbarschaft), auch über Zustelldienste, ein.

X

Datum, Unterschrift des/r Pflegebedürftigen/deren ges. Vertreter/Betreuer