www.curromed-shop.de

CURROMED+ GMBH
MEDIZIN- & HYGIENE-PRODUKTE

وسائل المساعدة المُعفاة

من الدفع الإضافي للأقارب مقدمي الرعاية

صندوق الرعاية

(CURRO-BOX)

بقيمة تصل
إلى 40
*يورو/الشهر

*شاملًا ضريبة القيمة المُضافة

شركة Curro Med GmbH شارع
Konrad-Zuse-Straße 12
Kirkel 66459
الهاتف: 06849750440
الفاكس: 068497504449
info@curro-med.de

أوقات العمل: الإثنين - الخميس:
الساعة 08:00 - 17:00
الجمعة: الساعة 08:00 - 16:30

CURROMED-SHOP.DE

بقيمة تصل
إلى 40
*يورو/الشهر

صندوق الرعاية (CURRO-BOX)

صُمم لتلبية احتياجاتكم

- كل شخص يخضع للتأمين بدرجة الرعاية (1-5) له الحق القانوني في الحصول على وسائل المساعدة في الرعاية بغرض الاستخدام الشخصي
- الطلب بسهولة وسرعة عبر نموذج الطلب لدينا

- نهتم بالطلب وجميع الإجراءات الرسمية مع صندوق تأمين الرعاية الصحية الخاص بك. يمكن الاستبدال الشهري لصناديق الرعاية، ويمكن تعديل المحتوى وفقًا لاحتياجاتك في أي وقت. يكفي الاتصال بنا: 06849750440
- يتحمل صندوق الرعاية كافة التكاليف. بدون أي مساهمة مالية إضافية. التوصيل مجاني
- نستخدم فقط المنتجات عالية الجودة ذات العلامات التجارية المرموقة، ولا يوجد التزام تعاقدي

نقدم أربعة صناديق مجمعة بشكل مختلف لتختار من بينها. قم ببساطة بوضع علامة على صندوق Curro-Box المطلوب في نموذج الطلب. إذا لم تجد أي شيء يناسبك، فيمكنك تجميع محتويات الصندوق بنفسك. لهذا نستخدم نظام النقاط الذي يمكنك من خلاله تحديد المنتجات الفردية التي تبلغ قيمتها الإجمالية 6 نقاط من أجل تجميع صندوق Curro-Box الفردي الخاص بك الذي يحتوي على وسائل الرعاية المساعدة. ويمكن الاطلاع هنا على محتويات الصناديق الجاهزة والنقاط الخاصة بالمنتجات الفردية.
ما عليك سوى ملء النموذجين وإرسال "طلب تحمّل التكاليف" [Antrag auf Kostenübernahme] و "نموذج الطلب" [Bestellformular] إلى شركة Curro Med GmbH وذلك ب بالبريد الإلكتروني أو الفاكس أو البريد العادي.
وبعد موافقة صندوق تأمين الرعاية التمريضية على الطلب، سوف تتلقى صندوق Curro-Box الخاص بك بكل سهولة بإرساله إلى منزلك.

المحتوى	25 قطعة، 60 × 90 سم	صندوق Curro - Box 1	صندوق Curro - Box 2	صندوق Curro - Box 3	نقاط
كساء حماية السرير - **الاستخدام لمرة واحدة**			25 قطعة		2
قفازات الاستخدام لمرة واحدة	نتريل، 100 قطعة	100 قطعة	100 قطعة	100 قطعة	1
تلبيسة الأصابع	من اللاتكس، 100 قطعة			100 قطعة	1
تعقيم اليدين	500 ملم	500 ملم	500 ملم	500 ملم	1
مناديل تطهير الأسطح	80 قطعة		80 قطعة		2
مطهر الأسطح	500 ملم	500 ملم		500 ملم	1
50 قطعة، بقوس أنفي	كمامة العمليات الجراحية وعازل				1
كمامات FFP2	5قطع، بقوس أنفي وعازل	5 قطع		5 قطع	1
مرايل واقية للاستخدام لمرة واحدة	100 قطعة، مقاوم للماء			100 قطعة	2
مريلة الاستخدام لمرة واحدة	100 قطعة	100 قطعة			

*شاملًا ضريبة القيمة المُضافة

CURROMED-SHOP.DE

BESTELLFORMULAR

(نموذج الطلب)

FÜR IHR MONATLICHES PFLEGEHILFSMITTELSET

(لمجموعة الرعاية الشهرية الخاصة بك)

gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

(وفق المادة 78 الفقرة 1 بالاتصال مع المادة 40 الفقرة 2 من الجزء الحادي عشر من قانون الشؤون الاجتماعية (SGB XI))

BESTELLER (PFLEGEBEDÜRFTIGE/R) (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

مقدم الطلب (المحتاجة/المحتاج للرعاية) (يُرجى الكتابة بحروف كبيرة)

Vorname (الاسم الأول) | Nachname (الاسم الأخير)

Straße, Haus-Nr. (الشارع ورقم المنزل) | PLZ, Ort (الرمز البريدي، المكان)

Telefon (الهاتف) | E-Mail (falls vorhanden) (البريد الإلكتروني (عند توافره))

ANGEHÖRIGE/R, PRIVATE PFLEGEPERSON ODER BETREUER/IN

(القريبة/القريب، مقدمة/مقدم الرعاية الخاص أو المشرفة/المشرف)

Vorname (الاسم الأول) | Nachname (الاسم الأخير)

Straße, Haus-Nr. (الشارع ورقم المنزل) | PLZ, Ort (الرمز البريدي، المكان)

Telefon (الهاتف) | E-Mail (falls vorhanden) البريد الإلكتروني (عند توافره)

☐ Curro-Box 1 (صندوق Curro-Box 1) ☐ Curro-Box 2 (صندوق Curro-Box 2) ☐ Curro-Box 3 (صندوق Curro-Box 3) ☐ Curro-Box individuell (صندوق Curro-Box الفردي)

Menge eintragen (أدخل الكمية)	Punkte (نقاط)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer (رقم موضع وسيلة الرعاية)	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (مواد رعاية محددة بغرض الاستخدام)
_____	2	54.45.01.0001	Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch (كساء حماية السرير ماصة - الاستخدام لمرة واحدة)
_____	1	54.99.01.0001	Einmalhandschuhe (قفازات الاستخدام لمرة واحدة)
_____	1	54.99.01.0001	Fingerlinge (تلبيسة الأصابع)
_____	1	54.99.01.2001	Mundschutz (غطاء الفم)
_____	2	54.99.01.3001	Schutzschürzen - Einmalgebrauch (مرايل واقية - للاستخدام لمرة واحدة)
_____	4	54.99.01.3002	Schutzschürzen - wiederverwendbar (مرايل واقية - للاستخدام المتكرر)
_____	1	54.99.02.0001	Händedesinfektionsmittel (مطهرات الأيدي)
_____	1	54.99.02.0002	Flächendesinfektionsmittel (مواد تطهير الأسطح)
_____	2		Flächendesinfektionstücher (مناديل تطهير الأسطح)
_____	1		FFP2-Masken (كمامات FFP2)
_____	2		Einmal-Schutzlätzchen (مريلة الاستخدام لمرة واحدة)

Lieferadresse: (عنوان التوصيل:) ☐ Besteller (مقدم الطلب) ☐ Private Pflegeperson (القريبة/القريب مقدمة/مقدم الرعاية)

Größe Handschuhe: (قفازات كبيرة:) XS ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐

Größe Fingerlinge: (تلبيسة الأصابع الكبيرة:) S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐

LEISTUNGSERBRINGER

Curro Med GmbH شركة
Konrad-Zuse-Straße 12 شارع
Kirkel 66459
رقم معرّف المؤسسة: 331003481

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass eine kostenlose Lieferung der Pflegehilfsmittel erst nach Bewilligung durch die Pflegekasse erfolgt. Im Falle eines Widerrufes der Bewilligung behält sich Curro Med GmbH vor, die Lieferung einzustellen. Ich kann die Pflegehilfsmittelbox monatlich per Telefon, E-Mail, Fax oder Post wechseln.

(أقر بمعرفتي بأنه لن يتم تسليم المساعدات التمريضية مجانًا إلا بعد موافقة صندوق تأمين الرعاية التمريضية. في حالة إلغاء الموافقة، تحتفظ شركة Curro Med GmbH بالحق في إيقاف التسليم. ويمكنني تغيير صندوق مساعدات الرعاية شهريًا عن طريق الهاتف أو البريد الإلكتروني أو الفاكس أو البريد العادي.)

CURROMED-SHOP.DE

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

(طلب تحمل التكاليف)

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

VERSICHERTE/R (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)
(المؤمن عليها/عليه (يرجى ملء النموذج بحروف كبيرة))

Name, Vorname *(الاسم والاسم الأول)*	Geburtsdatum *(تاريخ الميلاد)*
Straße, Hausnummer *(الشارع ورقم المنزل)*	PLZ, Ort *(الرمز البريدي، المكان)*
Telefon *(الهاتف)*	E-Mail (falls vorhanden) *(البريد الإلكتروني (عند توافره))*
Krankenkasse *(صندوق التأمين الصحي)*	Versicherten-Nr. *رقم صاحب التأمين*

_____ Pflegegrad: *(درجة الحاجة للرعاية:)*

Privatversichert: *(خاضع للتأمين الصحي الخاص:)* Ja *(نعم)* ☐ Nein *(لا)* ☐

Beihilfeberechtigt: *(مستحق للمساعدة:)* Ja *(نعم)* ☐ Nein *(لا)* ☐

ICH BEANTRAGE DIE KOSTENÜBERNAHME FÜR

(أتقدم بطلب لتحمل التكاليف)

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. 40,00€ (inkl. Mwst.) pro Monat ☐
(الخاصة بمواد رعاية محددة بغرض الاستخدام (قانون الرعاية 54) حتى 40,00 يورو بحد أقصى (شاملًا ضريبة القيمة المضافة) شهريًا)

54.45.01.0001	Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch - 60 x 90 cm (كساء حماية السرير ماصة - الاستخدام لمرة واحدة - 60 × 90 سم)
54.99.01.0001	Einmalhandschuhe (قفازات الاستخدام لمرة واحدة)
54.99.01.0001	Fingerlinge (تلبيسة الأصابع)
54.99.01.2001	Mundschutz (غطاء الفم)
54.99.01.3001	Schutzschürzen - Einmalgebrauch (مرايل واقية - للاستخدام لمرة واحدة)
54.99.01.3002	Schutzschürzen - wiederverwendbar (مرايل واقية - للاستخدام المتكرر)
54.99.02.0001	Händedesinfektionsmittel (مطهرات الأيدي)
54.99.02.0002	Flächendesinfektionsmittel Flächendesinfektionstücher (مواد تطهير الأسطح ومناديل تطهير الأسطح)

darüber hinaus beantrage ich einmalig die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 51 nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI. (wiederverwendbare Bettschutzeinlagen) ☐
(كما أتقد بطلب لتحمل تكاليف مواد الرعاية لمرة واحدة من فئة المنتجات 51
وفق المادة 40 الفقرة 3 الجملة 5 من الجزء الحادي عشر من قانون الشؤون الاجتماعية (SGB XI) (كساء حماية السرير متكرر الاستخدام))

durch den Leistungserbringer: *(عن طريق مقدم الخدمة):* Curro Med GmbH, Konrad-Zuse-Straße 12, 66459 Kirkel, Tel.:06849 / 750 440
E-Mail: info@curro-med.de, IK-Nummer: 331003481

Ich beauftrage die Curro Med GmbH mit der fortlaufenden Belieferung und der Abrechnnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die Curro Med GmbH mit Eingang des Antrages als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Hiermit trete ich als Antragssteller/Leistungsnehmer gemäß § 38 BGB an die Curro Med GmbH, Konrad-Zuse-Straße 12, 66459 Kirkel meinen Kostenerstattungsanspruch nach Bewilligung des Pflegepaketes gegenüber der Pflegekasse ab. Die Curro Med GmbH nimmt die Abtretung hiermit an. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante, private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt.

Versicherte/r bitte hier unterschreiben!
(يرجى توقيع المؤمن عليها/عليه هنا!)

Ort und Datum *(المكان والتاريخ)*

Unterschrift Versicherte/r bzw. Bevollmächtigte/r *(توقيع المؤمن عليها/عليه أو وكيله)*

GENEHMIGUNGSVERMERK MIT DER PFLEGEKASSE

von der Pflegekasse auszufüllen

- ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte 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

Ort und Datum *(المكان والتاريخ)*

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift *(توقيع المؤمن عليها/عليه أو وكيله)*

... وإن كنت تعاني من
سلس البول،

يُرجى تقديم
الوصفة
الطبية لنا

وسوف نصرف وصفتك
الطبية ونقدم لك المنتجات اللازمة
عالية القيمة.

شكرًا جزيلًا

لاختياركم لنا

يُرجى إعادة إرسال النموذج بالبيانات إلينا.

وبعد موافقة صندوق تأمين الرعاية التمريضية على الطلب، سوف تتلقى صندوق Curro-Box الخاص بك بكل سهولة بإرساله إلى منزلك - بدون تكاليف إضافية!

CURROMED+ GMBH
MEDIZIN- & HYGIENE-PRODUKTE

Curro Med Gmb H
Konrad- Zuse- Straße 12
66459 Kirkel

info@curro-med.de

الهاتف: 06849750440

الفاكس: 068497504449

06/2023