

**Wichtige Information zu Ihrer  
Krankenkasse**  
zur Versorgung mit saugenden Inkontinenzhilfsmitteln.

**PharmaCare®**  
Homecare- und Klinikservice

**PharmaCare GmbH**

Raiffeisenallee 16 • 82041 Oberhaching

Tel.: 089-219 66 88-70 • Fax: 089-219 66 88-76

E-Mail: [info@pharmacare.de](mailto:info@pharmacare.de) • [www.pharmacare.de](http://www.pharmacare.de)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

**die PharmaCare GmbH stellt für Sie die Versorgung mit Inkontinenzhilfen sicher. Der Vertrag Ihrer Krankenkasse sieht vor, dass die Vergütung der Leistung in Form von Monatspauschalen erfolgt. Deshalb sind die nachstehenden Hinweise wichtig für Sie:**

- Die PharmaCare GmbH stellt die Versorgung mit Inkontinenzhilfen ab \_\_\_\_\_ einschließlich aller Dienst- und Serviceleistungen sicher. Die PharmaCare GmbH bietet eine aufzahlungsfreie Versorgung an, die der vertragsärztlichen Verordnung entspricht, medizinisch ausreichend und zweckmäßig ist. Wenn Sie eine aufzahlungspflichtige Ausführung der ärztlichen Verordnung wünschen, gehen die dadurch entstehenden Mehrkosten zu Ihren Lasten.
- Alle Hilfsmittel und Leistungen, die Sie im Zusammenhang mit Ihrer Inkontinenzversorgung benötigen, sollen nur bei einem Leistungserbringer (der PharmaCare GmbH) bezogen werden.
- Bitte wenden Sie sich ausschließlich an die PharmaCare GmbH, wenn Lieferungen von Inkontinenzhilfen sowie sonstige Dienst- und Serviceleistungen notwendig werden.
- Zur Versorgung mit Inkontinenzhilfen akzeptiert Ihre Krankenkasse Verordnungen für einen unbefristeten Zeitraum. Versorgungszeitraum ab Monatsbeginn und der Hinweis „saugende Inkontinenzhilfen“.
- Ein Wechsel zu einem anderen Versorger ist nur zum Ende eines vollen Kalendermonats möglich. Werden innerhalb eines Versorgungszeitraumes mehrere Versorger von Ihnen beauftragt, gehen die dadurch entstehenden Mehrkosten zu Ihren Lasten.
- Bitte verständigen Sie die PharmaCare GmbH unverzüglich über einen Wohnortwechsel, Wechsel in eine vollstationäre Pflege, Todesfall oder einen Wechsel der Krankenkasse.
- Der Leistungserbringer ist zur Lieferung der medizinisch indizierten Inkontinenzhilfen unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes verpflichtet. Grundsätzlich fallen für Sie bei der Wahl einer aufzahlungsfreien Versorgung – abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung – keine weiteren Kosten an. Die gesetzliche Zuzahlung beträgt 10 Prozent, maximal 10 Euro für den Monatsbedarf an Verbrauchshilfsmitteln, soweit Sie nicht von der gesetzlichen Zuzahlung befreit sind. Das bedeutet, dass bei der Bestellung eines Quartalsbedarfs die Zuzahlung für drei Monate zu entrichten ist.
- Sofern Sie von der gesetzlichen Zuzahlung nicht befreit sind, erhalten Sie von der PharmaCare GmbH vierteljährlich Rechnungen.
- Bei Entscheidung für eine aufzahlungspflichtige Versorgung erfolgt die Rechnungsstellung für den Aufzahlungsbetrag und die gesetzliche Zuzahlung nach der Lieferung.
- Bitte informieren Sie Ihren Leistungserbringer rechtzeitig (ca. 1 Woche vorher) über notwendige Lieferungen von Inkontinenzhilfen.
- Bitte achten Sie auf korrekte Lagerung und fachgerechte Entsorgung der Ihnen gelieferten Artikel.
- Sollten Unstimmigkeiten bei Ihrer Versorgung auftreten, setzen Sie sich bitte unverzüglich mit der PharmaCare GmbH in Verbindung.

**Bitte bestätigen Sie den Erhalt und die Kenntnisnahme der Versicherungsinformation und schicken Sie diese unterschrieben per Fax oder per Post an oben rechts genannte Fax Nr./Adresse zurück.**

**X** \_\_\_\_\_ Datum  
**X** \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten, ggf. des gesetzlichen Vertreters