

PAKILAN APTEEKKI

Tervetuloa Pakilan apteekin kanta-asiakkaaksi!

Liittyessänne Pakilan apteekin kanta-asiakkaaksi voimme palvella Teitä entistä yksilöllisemmin ja saatte myös rahallisia etuja. Vuoden 2005 alusta lähtien myönnämme kanta-asiakkaillemme keskittämisalennusta ostoista. Kanta-asiakkaaksi liittyminen on ilmaista ja kanta-asiakaskorttina toimii oma KELA-korttinne.

• Keskittämisalennus

Ostojen keskittäminen apteekissamme kannattaa, sillä myönnämme niistä portaittain kasvavan alennuksen. Samassa taloudessa asuvat voivat kartuttaa yhteistä ostokertymää, joten koko perhe kannattaa rekisteröidä kanta-asiakkaaksi. Kertymää kartuttavat perheenne ostamat reseptiläkkeet sekä käsikauppaläkkeet ja vapaakauppatuotteet. Kun alla näkyvän taulukon ilmoittama ostokertymänne ylittyy, myönnämme alennusta kaikista itsehoitotuotteista ja reseptivapaista lääkkeitä. Alennusprosentti nousee, kun seuraava raja ylittyy. Apteekissa erityishinnoittelussa olevista tuotteista ei kanta-asiakasetua myönnetä, jos etu on niissä suurempi kuin kanta-asiakasetu.

Keskittämisalennus on vuonna 2005 seuraava:

Ostokertymä	Alennus
yli 155 €	2 %
yli 780 €	3 %
yli 1.600 €	4 %
yli 2.950 €	5 %

• Kanta-asiakkaaksi liittyminen

Kanta-asiakkaaksi liittyminen tapahtuu täyttämällä kanta-asiakassopimus apteekissamme. Kanta-asiakkuutenne alkaa heti, kun tietonne on tallennettu rekisteriin. Liittyminen on maksutonta ja ostokertymää seurataan kalenterivuosittain.

• Lääkeostojen seuranta

Kun asioitte apteekissamme, tallentuvat ostonne rekisteriin. Lääkeostojen kertymää voitte seurata kassakuitista.

• Kattokorvausseuranta

Kun vuotuinen reseptilääkeostojen omavastuuosuutenne on ylitetty, huolehdimme puolestanne lisäkorvauksen hakemisen KELA:lta ja saatte korvauksen piiriin kuuluvat lääkkeet maksutta. Reseptilääkeostojen kassakuitit kannattaa kuitenkin säilyttää. Tarvitsette kuitteja siltä kuukaudelta, jona kattosummanne täyttyy.

• Lääkkeeni-palvelu

Tulostamme Teille halutessanne yhteenvedon kuluvan vuoden reseptilääkeostoistanne. Näin voidaan esimerkiksi karsia turhaa, päällekkäistä lääkitystä.

• Reseptien uusiminen

Uusimme reseptinne puhelimitse ilman apteekin puhelinmaksua, mikäli olette sopineet uusimisesta lääkärinne kanssa.

KELA-kortti on henkilökohtainen kanta-asiakaskorttinne. Pitäkää se mukana aina, kun asioitte apteekissa, myös itsehoitokassalla. Näin kaikki ostoksenne kertyvät rekisteriin ja kartuttavat ostokertymää. Muistattehan ilmoittaa mahdolliset muutokset KELA-korttinne tiedoissa apteekkiin, jolloin rekisterinne pysyy ajan tasalla.

PAKILAN APTEEKKI

Sopimus asiakasrekisterin ylläpidosta ja lääkeostojen seurannasta

Kanta-asiakkaana hyväksyn sen, että Pakilan apteekki pitää sopimuksessa ilmoittamistani tiedoista sekä lääkeostoistani ATK-rekisteriä, jonka tietoja ei ilman suostumustani luovuteta muuhun tarkoitukseen. Kanta-asiakkaana saan etuja, jotka apteekki vuosittain päättää viranomaismääräysten puitteissa.

Apteekki seuraa rekisterinsä avulla reseptilääkeostojeni kustannuskertymää. Jos KELA:n vuosittain ilmoittama lääkekustannusten kattosumma täyttyy ja olen oikeutettu lisäkorvaukseen, toimittaa apteekki sv-korvauksen piiriin kuuluvat, lääkärin ohjeiden mukaan käytetyt reseptilääkkeeni minulle veloitusetta sen kalenterivuoden loppuun ja hakee lisäkorvauksen puolestani KELA:lta. Jos KELA jostain syystä hylkää lisäkorvaushakemuksen, sitoudun maksamaan ko. summan apteekille. Allekirjoittamalla tämän sopimuksen sitoudun ilmoittamaan Pakilan apteekille KELA:n korvausperusteisiin vaikuttavista muutoksista (erityiskorvattavien sairauksien muutokset, ulkomailla asuminen, työpaikkakassan jäsenyys, osoitteen muutos, jne).

Kanta-asiakas
Tiliasiakas

Kattokorvausseuranta-asiakas
Suoraveloitusasiakas

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Eryityiskorvattavien sairauksien numerot ja kesto _____

Osoite _____

Puhelinnumerot _____

Lääkeaineallergia tms. huomioitavaa _____

Päiväys _____

Asiakkaan allekirjoitus

Apteekin edustajan allekirjoitus ja leima

Samassa taloudessa asuva perheenjäsen: Nimi _____

Henkilötunnus _____ Puhelin _____

Eryityiskorvattavien sairauksien numerot ja kesto _____

Lääkeaineallergia tms. huomioitavaa _____

Päiväys _____ Allekirjoitus (huoltajan allekirjoitus alle 18 v.)

Samassa taloudessa asuva perheenjäsen: Nimi _____

Henkilötunnus _____ Puhelin _____

Eryityiskorvattavien sairauksien numerot ja kesto _____

Lääkeaineallergia tms. huomioitavaa _____

Päiväys _____ Allekirjoitus (huoltajan allekirjoitus alle 18 v.)