

WYPEŁNIA UPRAWNIONY LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB FELCZER UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	<b>NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA</b>																						
	Numer ewidencyjny zlecenia																						
	<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE PRZYSŁUGUJĄCE COMIESIĘCZNIE „CZĘŚĆ A”</b>																						
	pieczęć świadczeniodawcy ubezpieczenia zdrowotnego, adres, telefon; kod, nazwa komórki organizacyjnej; numer identyfikacyjny świadczeniodawcy																						
	<b>I. Dane świadczeniobiorcy PESEL</b>																						
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>																						
	W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a przypadku noworodka – data urodzenia.																						
	Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej/dodatkové uprawnienia																						
	Nazwisko _____																						
Imię (Imiona) _____																							
Adres zamieszkania																							
Kod pocztowy: _____ Miejscowość : _____																							
Ulica _____ nr domu _____ m. _____																							
<b>KOD ŚRODKA POMOCNICZEGO (SP)</b> <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																							
Określony w tabeli 3, w załączniku nr 1 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi dla środka pomocniczego z wykazu zawartego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141) zwanym dalej „rozporządzeniem MZ”																							
Liczba sztuk (SP) _____ Nazwa (SP) _____																							
<b>Dodatkowe informacje istotne przy doborze (SP)</b>																							
_____																							
_____																							
<b>Rodzaj schorzenia– według klasyfikacji ICD-10</b> <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																							
<b>Zaopatrzenie:</b> <b>(należy zakreślić kółkiem miesiąc jakiego dotyczy zaopatrzenie)</b> <b>styczeń, luty, marzec, kwiecień, maj, czerwiec, lipiec, sierpień, wrzesień, październik, listopad, grudzień</b>																							
Data wystawienia zlecenia																							
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia																							

**II. POTWIERDZENIE PRAWA DO PEŁNEJ LUB CZĘŚCIOWEJ REFUNDACJI (SP)**

Kod tytułu uprawnienia \_\_\_\_\_

Kod tytułu uprawnienia dodatkowego \_\_\_\_\_

Nazwa Oddziału Funduszu \_\_\_\_\_ Nr Oddziału Funduszu: \_\_\_\_\_

KOD (SP) 

--	--	--	--

 . 

--	--

Limit cenowy \_\_\_\_\_ Refundacja NFZ w % \_\_\_\_\_

Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji \_\_\_\_\_

Data potwierdzenia zlecenia \_\_\_\_\_ Data ważności zlecenia \_\_\_\_\_

Pieczątką i podpis pracownika NFZ lub  
pieczętką i podpis osoby realizującej świadczenie**III. POTWIERDZENIE WYDANIA (SP)**

Pieczątką świadczeniodawcy \_\_\_\_\_ Numer umowy \_\_\_\_\_ Pieczętką podwykonawcy \_\_\_\_\_

Liczba sztuk (SP) \_\_\_\_\_ Dane dotyczące (SP) (producent, nazwa handlowa) \_\_\_\_\_

Całkowita kwota refundacji NFZ \* \_\_\_\_\_

Całkowita kwota zapłacona przez świadczeniobiorcę\* \_\_\_\_\_

\*Jeżeli cena nabycia (SP) jest niższa niż limit ceny, określony w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % ceny nabycia w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 70 % ceny nabycia w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca przypadku refundacji pełnej otrzymuje (SP) bezpłatnie, a w przypadku refundacji częściowej pokrywa 30 % ceny nabycia (SP).

-Jeżeli cena nabycia (SP) jest równa limitowi ceny, określonego w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % limitu ceny w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 70 % limitu ceny w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca przypadku refundacji pełnej otrzymuje (SP) bezpłatnie, a w przypadku refundacji częściowej pokrywa 30 % limitu ceny.

-Jeżeli cena nabycia (SP) jest wyższa niż limit ceny określony w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % limitu ceny w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 70 % limitu ceny w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca, w przypadku refundacji pełnej, pokrywa kwotą ponad limit ceny a w przypadku refundacji częściowej, 30 % limitu ceny oraz kwotą ponad limit.

**POTWIERDZAM WYDANIE ZGODNIE ZE ZLECENIEM (SP)**

Data, pieczętką imienna i podpis osoby realizującej świadczenie

**IV. POTWIERDZENIE ODBIORU (SP)- WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA  
POTWIERDZAM ODBIÓR (SP)**

Imię i nazwisko osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)

Data odbioru, czytelny podpis osoby odbierającej imieniem i nazwiskiem, PESEL osoby odbierającej \*\*

\*\* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dowodowych, związanych z odbiorem przedmiotu ortopedycznego ośrodka pomocniczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).