

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

Numer ewidencyjny zlecenia

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE BĘDĄCE PRZEDMIOTAMI ORTOPEDYCZNYMI I ŚRODKI POMOCNICZE (Z WYŁĄCZENIEM ŚRODKÓW POMOCNICZYCH PRZYSŁUGUJĄCYCH COMIESIĘCZNIE)

pieczęć świadczeniodawcy ubezpieczenia zdrowotnego, adres, telefon; kod, nazwa komórki organizacyjnej; numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

I. Dane świadczeniobiorcy PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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. _____

**KOD PRZEDMIOTU ORTOPEDYCZNEGO (PO) /
ŚRODKA POMOCNICZEGO (SP)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Określony w tabeli 1, 3 i 4 załącznika 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 przedmiotu ortopedycznego (PO)/środka pomocniczego (SP) z wykazu zawartego 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 (PO) / (SP) _____ Nazwa (PO) / (SP) _____

Dodatkowe informacje, istotne przy doborze (PO) / (SP)

Soczewki okularowe korekcyjne

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	
Do dali	OP					Odl. źrenicmm
	OL					
Do bliży	OP					Odl. źrenicmm
	OL					

Rodzaj schorzenia– według klasyfikacji ICD-10

--	--	--	--

Dysfunkcja trwała Dysfunkcja czasowa

Zaopatrzenie w (PO) /(SP):

prawostronne lewostronne nie dotyczy

Data wystawienia zlecenia

Pieczęćka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia

WYPEŁNIA UPRAWNIONY LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB FELCZER UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

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

Kod tytułu uprawnienia _____

Kod tytułu uprawnienia dodatkowego _____

Nazwa Oddziału Funduszu _____ Nr Oddziału Funduszu: _____

KOD (PO)/(SP)

--	--	--	--

 .

--	--

 .

--	--

 .

--	--

 .

--	--

Limit cenowy _____ Refundacja NFZ w % _____

Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji _____

Data potwierdzenia zlecenia _____ Data ważności zlecenia _____

Podpis i pieczętka pracownika NFZ**III. POTWIERDZENIE WYDANIA (PO) / (SP)**_____
Pieczętka świadczeniodawcy_____
Numer umowy_____
Pieczętka podwykonawcy_____
Data przyjęcia do realizacji

Liczba sztuk (PO) / (SP) _____ Dane dotyczące (PO) / (SP) (producent, model, nazwa handlowa) _____

Całkowita kwota refundacji NFZ * _____

Całkowita kwota zapłacona przez świadczeniobiorcę* _____

*Jeżeli cena nabycia (PO) / (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 50 %, 70 % ceny nabycia w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca w przypadku refundacji pełnej otrzymuje (PO) / (SP) bezpłatnie, a w przypadku refundacji częściowej pokrywa 50%, 30 % ceny nabycia (PO) / (SP).

-Jeżeli cena nabycia (PO) / (SP) jest równa limitowi ceny, określonego w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % limitu ceny w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 50 %, 70 % limitu ceny w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca w przypadku refundacji pełnej otrzymuje (PO) / (SP) bezpłatnie, a w przypadku refundacji częściowej pokrywa 50%, 30 % limitu ceny.

-Jeżeli cena nabycia (PO) / (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 50%, 70 % limitu ceny w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca, w przypadku refundacji pełnej, pokrywa kwotę ponad limit ceny a w przypadku refundacji częściowej 50 %, 30 % limitu ceny oraz kwotę ponad limit.

POTWIERDZAM WYDANIE ZGODNIE ZE ZLECENIEM PRAWIDŁOWO WYKONANEGO (PO) / (SP)_____
Data, pieczętka i podpis osoby realizującej świadczenie**IV. POTWIERDZENIE ODBIORU (PO)/(SP) – WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA****POTWIERDZAM ODBIÓR PRAWIDŁOWO WYKONANEGO (PO) / (SP)** _____

(nazwa handlowa, producent, model)

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/środka 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.).