

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*Numer ewidencyjny zlecenia: **Przepisać z Karty Potwierdzenia Uprawnienia Na Zaopatrzenie w Wyroby Medyczne Przysługujące Comiesięcznie****Pieczętka lub nadruk NZOZ****(ZAWIERAJĄCA DANE ADRESOWE I CZYTELNY NUMER REGON ŚWIADCZENIODAWCY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO)**

Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ

I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCYNazwisko i imię: KOWALSKI JAN

Adres zamieszkania _____

Kod pocztowy: 02-801 Miejscowość: WARSZAWAUlica: PULAWSKA Nr domu 435 A m _____

Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

3 2 1 0 1 5 2 8 0 1 6

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

P / 1 0 1

liczba sztuk 60

Zgodnie z Rozp. MZ z dnia 6.12.2013r.:

P.100 – schorzenia nowotworowe

P.101 – pozostałe schorzenia

Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10):

PIELUCHOMAJTKI LUB ZAMIENNICZEICD-10: F-01NIETRZYMANIE MOCZU – INFORMACJA WYMAGANA DLA PACJENTÓWUBEZPIECZONYCH W LUBELSKIM OW NFZ

Zaopatrzenie:

prawostronne lewostronne nie dotyczy

Soczewki okularowe korekcyjne

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	
Do dali	OP					Odległość źrenic mm
	OL					
Do bliży	OP					Odległość źrenic mm
	OL					

III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE:Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: MARZEC**Czytelna pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia****Czytelna data****(ZAWIERAJĄCA CZYTELNY NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU)**

Data wystawienia zlecenia _____

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu _____

* Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące. Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły.

** Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn.zm.).

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA

IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM

Kod tytułu uprawnienia
 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego nr dokumentu
 Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
 Limit finansowania ze środków publicznych Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia%
 Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji

**W PRZYPADKU PIERWSZEGO
ZLECENIA WYPEŁNIA
PRACOWNIK NFZ,
W PRZYPADKU KOLEJNYCH
ZLECEŃ POZOSTAJE PUSTE**

Podpis i pieczęć pracownika oddziału wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY

**Data realizacji
świadczenia**

**Pieczęćka SCA wraz z
numerem umowy z NFZ**

**Pieczęćka Apteki/Sklepu
realizującego świadczenie**

Data przyjęcia do realizacji

Pieczęćka podmiotu realizującego czynności z zakresu
zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca
udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ

Liczba sztuk 60 Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa)

SCA HYGIENE PRODUCTS AB - PIELUCHOMAJTKI - TENA SLIP PLUS MEDIUM - 30 SZT. x 1,95 zł = 58,50 zł
SCA HYGIENE PRODUCTS AB - PIELUCHY ANATOMICZNE - TENA LADY EXTRA - 30 SZT. x 1,28 zł = 38,40 zł

WAŻNE!!!
Wpisać
wartość za
1 szt.

1,95 zł 1,28 zł

Cena detaliczna wyrobu medycznego 96,90 zł Kwota refundacji 63,00 zł Dopłata świadczeniobiorcy 33,90 zł

Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

Kod P.100 - limit 77 zł - refundacja 100%
Kod P.101 - limit 90 zł - refundacja 70%

Data wydania, pieczęćka imienna
i podpis osoby realizującej świadczenie

Data, pieczęćka i podpis osoby realizującej zlecenie

Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

Data odbioru zgodna z datą realizacji,
imię i nazwisko oraz
numer PESEL osoby odbierającej

Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku
nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej
(wypełnić drukowanymi literami)

Czytelny podpis osoby odbierającej

Podpis osoby odbierającej***

*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.