do zarządzenia nr 58/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

Numer ewidencyjny zlecenia

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE PRZYSŁUGUJACE COMIESIĘCZNIE „CZĘŚĆ B”

Pieczęć Oddziału Wojewódzkiego NFZ

WYPEŁNIA PRACOWNIK NFZ

I. Dane świadczeniobiorcy PESEL | | | | | | | | | | | |

Nazwisko _____

Imię (Imiona) _____

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: _____**Miejscowość** : _____

Ulica _____ **nr domu**_____ **m.**_____

Kod tytułu uprawnienia _____

Kod tytułu uprawnienia dodatkowego _____

NFZ POTWIERDZA PRAWO DO PEŁNEJ LUB CZĘŚCIOWEJ REFUNDACJI ŚRODKA POMOCNICZEGO PRZYSŁUGUJĄCEGO COMIESIĘCZNIE

OD _____**-----DO** _____
(MIESIĄC, ROK) (MIESIĄC, ROK)

JEŻELI ZOSTANIE WYSTAWIONA PRZEZ LEKARZA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB FELCZERA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO „CZĘŚĆ A” ZLECENIA NA ŚRODEK POMOCNICZY PRZYSŁUGUJĄCY COMIESIĘCZNIE, ZGODNIE Z ROZPORZĄDZENIEM 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)

KOD ŚRODKA POMOCNICZEGO (SP) | | | | | . | | |

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”

KOD ZAMIENNIKA | | | | | . | | |
| | | | | . | | |
| | | | | . | | |

Pieczątka i podpis pracownika NFZ

POTWIERDZENIE WYSTAWIONYCH ZLECEŃ ORAZ ICH REALIZACJI

WYPEŁNIA ZLECAJĄCY ORAZ OSOBA REALIZUJĄCA ŚWIADCZENIE

Lp.	Data wystawienia zlecenia	Kod (SP) Nazwa (SP)	Liczba sztuk	Zaopatrzenie dotyczy miesiąca (nazwę miesiąca wpisać słownie)*	Pieczątka i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wystawiającego zlecenie	Data realizacji* Pieczątka i podpis osoby realizującej świadczenie

*Zlecenie jest ważne do końca miesiąca, na który zostało wystawione, nie dłużej niż 30 dni.