

WYPEŁNIA UPRAWNIONY LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB FELCZER UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

**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/dodatkowe 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. źrenic .....mm
	OL					
Do bliży	OP					Odl. źrenic .....mm
	OL					

Rodzaj schorzenia – według klasyfikacji ICD-10

Dysfunkcja trwała  Dysfunkcja czasowa

Zaopatrzenie w (PO)/(SP):

prawostronne  lewostronne  nie dotyczy

Data wystawienia zlecenia

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia

WYPEŁNIA PRACOWNIK NFZ

**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

WYPEŁNIA OSOBA REALIZUJĄCA ŚWIADCZENIE ORAZ OSOBA ODBIERAJĄCA

**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 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 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 ceny. 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.).