ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*

Numer ewidencyjny zlecenia: **Przepisać z Karty Potwierdzenia Uprawnienia Na Zaopatrzenie w Wyroby Medyczne Przysługujące Comiesięcznie**

Pieczątka lub nadruk NZOZ

(ZAWIERAJĄCA DANE ADRESOWE I CZYTELNY NUMER REGON ŚWIADCZENIODAWCY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO)

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

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA

I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Nazwisko i imię: KOWALSKI JAN

Adres zamieszkania

Kod pocztowy: 02-801 Miejscowość: WARSZAWA

Ulica: PUŁAWSKA 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 90

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 ZAMIENNIE ICD-10: F-01
NIETRZYMANIE MOCZU – **INFORMACJA WYMAGANA DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH 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 pieczątka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia

(ZAWIERAJĄCA CZYTELNY NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU)

Czytelna data

Data wystawienia zlecenia

Pieczątka 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.).

Essity Internal

WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

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 .....

.....

Data potwierdzenia zlecenia .....

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

_____

Podpis i pieczątka pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE

V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY

Data realizacji świadczenia

_____

Data przyjęcia do realizacji

Pieczątka ESSITY wraz z numerem umowy z NFZ

Pieczątka Apteki/Sklepu realizującego świadczenie

_____

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

Liczba sztuk .....90..... Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) ....

SCA HYGIENE PRODUCTS AB - PIELUCHOMAJTKI - TENA SLIP PLUS MEDIUM - 30 SZT.x2,00 zł=60,00 zł

SCA HYGIENE PRODUCTS AB - PIELUCHY ANATOMICZNE - TENA LADY EXTRA - 60 SZT.x1,28 zł=76,80 zł

WAŻNE!!! Wpisać wartość za 1 szt.

Cena detaliczna wyrobu medycznego .....136,80 zł..... Kwota refundacji .....63,00 zł..... Dopłata świadczeniobiorcy .....73.80 zł

Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

Data wydania, pieczątka imienna i podpis osoby realizującej świadczenie

_____

Data, pieczątka i podpis osoby realizującej zlecenie

Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

Przy poprawkach w części osoby odbierającej wymagany jest podpis osoby odbierającej. Osoba realizująca nie może nanosić poprawek w tej części.

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.