

III 300 załącznika III
58/2009/DSOZ Prezesa
Narodowego Funduszu
Zdrowia

WYPEŁNIA UPRAWNIENY LECARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB FELCZER UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

Numer ewidencyjny zlecenia _____

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE PRZYSŁUGUJĄCE COMIESIĘCZNIE „CZĘŚĆ A”

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 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”

Liczba sztuk (SP) _____ **Nazwa (SP)** _____

Dodatkowe informacje istotne przy doborze (SP)

Rodzaj schorzenia– według klasyfikacji ICD-10

Zaopatrzenie:
(należy zakreślić kółkiem miesiąc jakiego dotyczy zaopatrzenie)

styczeń, luty, marzec, kwiecień, maj, czerwiec, lipiec, sierpień, wrzesień, październik, listopad, grudzień

Data wystawienia zlecenia _____ Pieczęćka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia _____

Strona nr _____

WYPEŁNIA PRACOWNIK NFZ ALBO OSOBA REALIZUJĄCA ŚWIADCZENIA

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

Kod tytułu uprawnienia _____

Kod tytułu uprawnienia dodatkowego _____

Nazwa Oddziału Funduszu _____ **Nr Oddziału Funduszu:** _____

KOD (SP)

Limit cenowy _____ **Refundacja NFZ w %** _____

Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji _____

Data potwierdzenia zlecenia _____ **Data ważności zlecenia** _____

Pieczęćka i podpis pracownika NFZ lub pieczęćka i podpis osoby realizującej świadczenie

III. POTWIERDZENIE WYDANIA (SP)

Pieczęćka świadczeniodawcy _____ **Numer umowy** _____ **Pieczęćka podwykonawcy** _____

Liczba sztuk (SP) _____ **Dane dotyczące (SP) (producent, nazwa handlowa)** _____

Całkowita kwota refundacji NFZ * _____

Całkowita kwota zapłacona przez świadczeniobiorcę* _____

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

POTWIERDZAM WYDANIE ZGODNIE ZE ZLECENIEM (SP)

Data, pieczęćka imienna i podpis osoby realizującej świadczenie

IV. POTWIERDZENIE ODBIORU (SP)- WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA POTWIERDZAM ODBIÓR (SP)

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.).**