

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*

Numer ewidencyjny zlecenia: **Wpisz numer ewidencyjny z części B zlecenia**

1

Pieczętka przychodni

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

I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Nazwisko i imię: **2 KOWALSKI JAN**

Adres zamieszkania: **37-100 ŁAŃCUT**

Kod pocztowy: **37-100** Miejscowość: **ŁAŃCUT**

Ulica: **3-go MAJA** nr domu: **3** m.: **2**

Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: **3 2 0 3 2 5 3 4 8 9 3**

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Liczba porządkowa wyrobu medycznego: **P / 1 0 1 3**

liczba sztuk

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

4 NAZWA WYROBU ICD - 10

Zaopatrzenie: prawostronne lewostronne nie dotyczy **X 5**

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: **6 STYCZEŃ**

7 19.01.2018

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 a zaopatrzenie co miesięczne może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły.

** Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38u st. 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 PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM

Kod tytułu uprawnień

Kod tytułu uprawnień do datkowego 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

Podpis i pieczętka pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE

V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY

8 23.01.2018

Data przyjęcia do realizacji

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

Liczba sztuk **30** Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa)

PIELUCHOMAJTKI TEN SLIP PLUS SCA

Cena detaliczna wyrobu medycznego **1,95 zł / 117 zł** Kwota refundacji **63 zł** Dopłata świadczeniobiorcy **54 zł**

Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

PIECZĄTKA IMIENNA I PODPIS OSOBY

23.01.2018 REALIZUJĄCEJ ZLECENIA

Data, pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie

Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

23.01.2018 KOWALSKI JAN 32032534893

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

9 KOWALSKI JAN

podpis osoby odbierającej**

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

1 **Pieczętka przychodni.**
Nie ma konieczności podawania NIP, ale konieczny jest REGON oraz nr umowy jednostki z NFZ.

2 **Wypełnić dane:** nadrukowane, w postaci naklejki z danymi lub wpisane ręcznie przez osobę uprawnioną.

3 **Wpisać kod wymagany przez NFZ** (z rozszerzeniem PM, jeśli wymagane przez OW NFZ)
P.100 - schorzenie nowotworowe (wcześniej 9244)
P.101 - pozostałe schorzenia (wcześniej 9245)
P.094 - Cewniki zewnętrzne do 30 sztuk
P.095 - Cewniki urologiczne do 4 sztuk
P.096.Z - zwykłe cewniki jednorazowe
P.096.H - cewniki jednorazowe hydrofilowe
P.097 - Worki do zbiórki moczu z odpływem do 12 sztuk
P.098 - Worki do zbiórki moczu w ilości do 12 sztuk w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)
P.099.K - Sprzęt stomijny - stomia na jelicie grubym (kolostomia)
P.099.U - Sprzęt stomijny - stomia na układzie moczowym (urostomia)
P.099.I - Sprzęt stomijny - stomia na jelicie cienkim (ileostomia)

4 **Nazwa wyrobu / wyrobów**
Z pisemnym uzasadnieniem (np. w postaci kodu choroby wg klasyfikacji ICD-10, lub z podanym rodzajem schorzenia, jeśli jest wymagane przez OW NFZ).

5 **Zaznaczyć [x] „nie dotyczy”,** jeśli zlecenie jest tylko na wyroby chłonne.
Tabele pozostawić w takim przypadku pustą.

6 **Wpisać miesiąc słownie,** a jeśli zlecenie dotyczy więcej niż jednego miesiąca, wymienić w kolejności kalendarzowej, np. luty, marzec, kwiecień.

7 **Przedłużyć zlecenie** (przy kontynuacji pierwszego, wystawionego przez lekarza wniosku) może nie tylko lekarz, ale również pielęgniarka i położna.

8 **Sklep medyczny** przybija swoją pieczętka a numer umowy z NFZ wypełnia TZMO SA

9 **Podpis osoby uprawnionej do odbioru**

WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA