

WYPEŁNIA UPRAWNIONY LEKARZ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB FELCZER UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	<b>NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA</b>	
	Numer ewidencyjny zlecenia	
	<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE PRZYSŁUGUJĄCE COMIESIĘCZNIE „CZĘŚĆ A”</b>	
	pieczęć świadczeniodawcy ubezpieczenia zdrowotnego, adres, telefon; kod, nazwa komórki organizacyjnej; numer identyfikacyjny świadczeniodawcy	
	<b>I. Dane świadczeniobiorcy</b>	<b>PESEL</b>
	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. _____		
<b>KOD</b> <b>ŚRODKA POMOCNICZEGO (SP)</b> 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) _____		
<b>Dodatkowe informacje istotne przy doborze (SP)</b> _____ _____		
<b>Rodzaj schorzenia– według klasyfikacji ICD-10</b>		
<b>Zaopatrzenie:</b> (należy zakreślić kółkiem miesiąc jakiego dotyczy zaopatrzenie) styczeń, luty, marzec, kwiecień, maj, czerwiec, lipiec, sierpień, wrzesień, październik, listopad, grudzień		
Data wystawienia zlecenia _____ Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia _____		

WYPEŁNIA PRACOWNIK NFZ ALBO OSOBA REALIZUJĄCA ŚWIADCZENIA	<p><b>II. POTWIERDZENIE PRAWA DO PEŁNEJ LUB CZĘŚCIOWEJ REFUNDACJI (SP)</b></p> <p>Kod tytułu uprawnienia _____</p> <p>Kod tytułu uprawnienia dodatkowego _____</p> <p>Nazwa Oddziału Funduszu _____ Nr Oddziału Funduszu: _____</p> <p>KOD (SP)    <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> .    <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>Limit cenowy _____ Refundacja NFZ w % _____</p> <p>Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji _____</p> <p>_____</p> <p>Data potwierdzenia zlecenia _____ Data ważności zlecenia _____</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">_____ Pieczętka i podpis pracownika NFZ lub pieczętka i podpis osoby realizującej świadczenie</p>						
WYPEŁNIA OSOBA REALIZUJĄCA ŚWIADCZENIE ORAZ OSOBA ODBIERAJĄCA	<p><b>III. POTWIERDZENIE WYDANIA (SP)</b></p> <p>_____ Pieczętka świadczeniodawcy                      Numer umowy                      Pieczętka podwykonawcy</p> <p>Liczba sztuk (SP) _____ Dane dotyczące (SP) (producent, nazwa handlowa) _____</p> <p>_____</p> <p>Całkowita kwota refundacji NFZ * _____</p> <p>Całkowita kwota zapłacona przez świadczeniobiorcę* _____</p> <p><small>*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).</small></p> <p><small>-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.</small></p> <p><small>-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.</small></p> <p><b>POTWIERDZAM WYDANIE ZGODNIE ZE ZLECENIEM (SP)</b></p> <p>_____ Data, pieczętka imienna i podpis osoby realizującej świadczenie</p> <p><b>IV. POTWIERDZENIE ODBIORU (SP)- WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA</b></p> <p><b>POTWIERDZAM ODBIÓR (SP)</b></p> <p>_____ Imię i nazwisko osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)</p> <p>_____ Data odbioru, czytelny podpis osoby odbierającej imieniem i nazwiskiem, PESEL osoby odbierającej **</p> <p><small>** Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dowodowych, związanych z odbiorem przedmiotu ortopedycznego ośrodka 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.).</small></p>						