

ORT POM

Narodowy Fundusz Zdrowia

**ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE
w wyroby medyczne będące przedmiotami
ortopedycznymi i środki pomocnicze**

(czytelna pieczętka ZOZ)

Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon,
kod, nazwa komórki organizacyjnej,
numer identyfikacyjny świadczeniodawcy

WYPELNIŁ ZLECĄJĄCY

I. Dane personalne świadczeniobiorcy **PESEL** 2 6 0 7 1 2 4 6 3 9 5

Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia (nr dok. ubezpieczenia – jeśli jest wymagany)

Nr legitymacji inwalidy wojennego / wojskowego
/ osoby represjonowanej (jeśli dotyczy) nr legitymacji wystawionej przez ZUS

Nazwisko (-a) **Nowak**

Imiona **Jan** Data **12.07.1926 r.**

Adres: Kod : **0 0 - 8 5 0** **Miejscowość** **Warszawa**

Ulica **Sitarska** nr domu **12** m. **5**

Rodzaj schorzenia upoważniającego – według klasyfikacji ICD10 **F 0 1**

Zaopatrzenie: prawostronne lewostronne

Kod zaopatrzenia wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznego / środka pomocniczego
ilość **60 szt.** **9 2 4 5 0 1**

Nazwa przedmiotu / środka **pieluchomajtki**

Dodatkowe informacje, istotne przy doborze przedmiotu / środka **pacjent leżący**

Jakiego miesiąca/okresu dotyczy zaopatrzenie **styczeń 2006 r.**

Dysfunkcja stała dysfunkcja czasowa do stałego użytkowania

(czytelnie data) **(czytelna pieczętka i podpis
lekarza) zlecającego)**

Data wystawienia zlecenia Pieczętka i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

WYPELNIŁ PRACOWNIK NFZ LUB REALIZATOR ZAOPATRZENIA

**II. Potwierdzenie prawa do uzyskania wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub
środka pomocniczego bezpłatnie lub za częściową odpłatnością:**

7R

Nr Oddziału NFZ : (wpisać datę 30 dni od dnia wystawienia)

Kod przedmiotu / środka: **9245.01** Zlecenie ważne do

Limit cenowy **90,00 zł** Refundacja NFZ w % **70%**

(wpisać datę realizacji poprzedniego zlecenia – z Karty Zaop. Comies.)

Ostatnio otrzymane przedmioty / środki tego rodzaju (data):

(pieczętka NFZ lub Świadczeniodawcy mającego umowę z NFZ)

Podpis i pieczętka pracownika NFZ lub Realizatora zlecenia (zaopatrzenie comiesięczne)

WYPELNIŁ ŚWIADCZENIODAWCA I OSOBA ODBIERAJĄCA

III. Potwierdzenie odbioru wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego:

(pieczętka Apteki/Sklepu realizującego zlecenie) (wpisać datę realizacji – nie później niż 30 dni od dnia wystawienia)

Pieczętka zakładu data przyjęcia do realizacji

Ilość przedmiotów / środków **60 szt.** Rodzaj (typ, nr fabryczny, itp.) **pieluchomajtki**

Kwota refundacji **63.00 zł** kwota zapłacona przez ubezpieczonego **45.00 zł**

(czytelny podpis pracownika Apteki / Sklepu realizującego zlecenie) Potwierdzam odbiór prawidłowo wykonanego przedmiotu / środka

(wpisać czytelnie imię i nazwisko)

Podpis Realizatora Nazwisko, imię i podpis odbierającego

(wpisać datę realizacji – nie później niż 30 dni od dnia wystawienia) **(wpisać czytelnie PESEL osoby odbierającej)**

Data odbioru PESEL osoby odbierającej

Uwaga:

Jeżeli cena wydanego wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym/środka pomocniczego jest niższa lub równa określonej limitowi ceny, NFZ należy obciążyć ceną wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego w przypadku refundacji pełnej lub na kwotę stanowiącą 50, 70% ceny wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym/środka pomocniczego w przypadku refundacji częściowej. W podanym przypadku oraz w sytuacji, gdy cena wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego jest wyższa niż określa limit – różnicę oraz kwotę ponad limit pokrywa Świadczeniobiorca.