

wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze

ORT POM	Narodowy Fundusz Zdrowia	
	<b>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze</b>	
	pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon kod, nazwa komórki organizacyjnej numer identyfikacyjny świadczeniodawcy	
WYPELNIŁA ZLECAJĄCY	<b>I. Dane personalne świadczeniobiorcy PESEL</b> <input type="text"/>	
	Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia _____	
	Nr legitymacji inwalidy wojennego/wojskowego/osoby represjonowanej (jeśli dotyczy) _____	
	Nazwisko (-a) _____	
	Imiona _____	Data _____
	<b>Adres:</b> Kod : <input type="text"/> - <input type="text"/> Miejscowość _____	
	Ulica _____ nr domu _____ m. _____	
	Rodzaj schorzenia upoważniającego – według klasyfikacji ICD10 <input type="text"/>	
	Zaopatrzenie:    prawostronne <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/>	
	<input type="text"/>	
Kod zaopatrzenia wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego ilość _____		
Nazwa przedmiotu / środka _____		
Dodatkowe informacje, istotne przy doborze przedmiotu / środka _____		
-----		
-----		
Jakiego miesiąca/okresu dotyczy zaopatrzenie _____		
Dysfunkcja stała <input type="checkbox"/> dysfunkcja czasowa <input type="checkbox"/> do stałego użytkowania <input type="checkbox"/>		
Data wystawienia zlecenia _____      Pieczęćka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia _____		

WYPELNIŁA PRACOWNIK NFZ LUB REALIZATOR ZAOPATRZENIA	<b>II. Potwierdzenie prawa do uzyskania wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego bezpłatnie lub za częściową odpłatnością:</b>	
	Nr Oddziału NFZ : .....	
	Kod przedmiotu / środka: _____ Zlecenie ważne do _____	
	Limit cenowy _____ Refundacja NFZ w % _____	
	Ostatnio otrzymane przedmioty / środki. tego rodzaju (data): _____	
	Podpis i pieczęćka pracownika NFZ lub Realizatora zlecenia (zaopatrzenie comiesięczne)	
WYPELNIŁA REALIZATOR I OSOBA ODBIERAJĄCA	<b>III. Potwierdzenie odbioru wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego:</b>	
	Pieczęćka zakładu _____ data przyjęcia do realizacji _____	
	Ilość przedmiotów / środków _____ Rodzaj (typ, nr fabryczny, itp.) _____	
	-----	
	-----	
	Kwota refundacji _____ kwota zapłacona przez ubezpieczonego _____	
	Potwierdzam odbiór prawidłowo wykonanego przedmiotu / środka	
	Podpis Realizatora _____	Nazwisko, imię i podpis odbierającego _____
	Data odbioru _____	PESEL osoby odbierającej _____
	<b>Uwaga:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Jeżeli cena wydanego wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym / środka pomocniczego jest niższa lub równa określonymu 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.</li> </ul>		