

WZÓR ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE BĘDĄCE PRZEDMIOTAMI ORTOPEDEZYJNYMI I ŚRODKI POMOCNICZE

ORT POM	Narodowy Fundusz Zdrowia	
	ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze	
	<small>pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon kod, nazwa komórki organizacyjnej numer identyfikacyjny świadczeniodawcy</small>	
WYPEŁNIA ZLECAJĄCY	I. Dane personalne świadczeniobiorcy	PESEL <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia _____	
	Nr legitymacji inwalidy wojennego/wojskowego/osoby represjonowanej (jeśli dotyczy) _____	
	Nazwisko (-a) _____	
	Imiona _____ Data _____	
	Adres:	Kod : <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Miejscowość _____
	Ulica _____ nr domu _____ m. _____	
	Rodzaj schorzenia upoważniającego – według klasyfikacji ICD-10 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
	Zaopatrzenie: prawostronne <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/>	
	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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		

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