wzór zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

ORT

POM

Narodowy Fundusz Zdrowia

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE **w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**

Numer ewidencyjny zlecenia

numer Karty zaopatrzenia comiesięcznego

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

WYPEŁNIA LEKARZ ZLECAJĄCY

I. Dane personalne **PESEL** | | | | | | | | | | | |

Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia _____

Nr legitymacji inwalidy wojennego/wojskowego (jeśli dotyczy) _____

Nazwisko (-a) _____

Imiona _____ Data urodzenia _____

Adres: Kod : | | - | | | Miejscowość _____

Ulica _____ nr domu _____ m. _____

Rodzaj schorzenia – według klasyfikacji ICD-10 | | |

Zaopatrzenie: prawostronne | | lewostronne | |

Kod zaopatrzenia przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego | | | | . | |

ilość_____

Nazwa przedmiotu / środka

_____

Dodatkowe informacje, istotne przy doborze przedmiotu / środka_____

_____

Za jaki miesiąc/okres _____(dotyczy zaopatrzenie)

Dysfunkcja stała | | dysfunkcja czasowa | | do stałego użytkowania | |

w przypadku zlecenia na sprzęt stomijny zaznaczyć właściwy rodzaj stomiii:

kolostomia | | ileostomia | | urostomia | |

Data wystawienia zlecenia

Pieczątka i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

Narodowy Fundusz Zdrowia

WYPEŁNIA PRACOWNIK NFZ LUB REALIZATOR ZAOPATRZE-NIA

II. Potwierdzenie prawa do uzyskania przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego bezpłatnie lub za częściową odpłatnością:

Nr Oddziału NFZ : .....

Kod przedmiotu / środka:_____ Zlecenie ważne do_____

Limit cenowy_____Refundacja NFZ w %_____

Ostatnio otrzymane przedm. ortop. / śr. pom. tego rodzaju (data):_____

_____

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

WYPEŁNIA REALIZATOR I OSOBA ODBIERAJĄ - CA

III. Potwierdzenie odbioru przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego:

_____ _____

Pieczątka nagłówkowa 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

Uwaga:

1. W przypadku gdy odbioru dokonuje osoba inna niż ubezpieczony, dla którego wystawione jest zlecenie należy do zlecenia dołączyć upoważnienie lub oświadczenie osoby odbierającej.

2. Jeżeli cena wydanego przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego jest niższa lub równa określonemu limitowi ceny – NFZ należy obciążyć ceną przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego wprzypadku refundacji pełnej lub na kwotę stanowiącą 50, 70% ceny przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego w przypadku refundacji częściowej. W podanym przypadku oraz w sytuacji, gdy cena przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego jest wyższa niż określa limit – różnicę oraz kwotę ponad limit pokrywa ubezpieczony.