

1 Przepisać numer ewidencyjny zlecenia czyli karty zaopatrzenia - identyczny jak na karcie zaopatrzenia comiesięcznego wydawanej przez oddział NFZ czyli „części B” zlecenia

2 Pieczętka przychodni. Nie ma konieczności podawania NIP, ale konieczny jest Regon oraz nr umowy jednostki z NFZ.

5 Wpisać kod **P.100** lub **P.101** *z rozszerzeniem PM (jeśli wymagane przez OW NFZ) zgodnie z Rozp. MZ z dnia 6.12.2013r. **P.100 – schorzenia nowotworowe** **P.101 – pozostałe schorzenia** Kody P zastąpiły obowiązujące do końca 2013 roku kody: **9244 (odpowiednik P.100)** **9245 (odpowiednik P.101)**

7 Zaznaczyć [x] nie dotyczy, jeśli zlecenie dotyczy tylko pieluchomajtek. Tabelę pozostawić w związku z tym pustą.

8 Jeśli brak dodatkowych wskazań – pozostawić miejsce puste.

9 Miesiąc słownie, jeśli więcej niż 1 miesiąc – w kolejności kalendarzowej np. luty, marzec, kwiecień

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE*

Numer ewidencyjny zlecenia: 1

2 Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ

I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Nazwisko i imię: 3
 Adres zamieszkania
 Kod pocztowy: Miejscowość:

Ulica nr domu m.

Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: 4

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Liczba porządkowa wyrobu medycznego 5
 Liczba sztuk

Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10): 6

Zaopatrzenie: prawostronne lewostronne nie dotyczy 7
 Soczewki okularowe korekcyjne

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	
Do dali	OP					Odległość źrenic mm
	OL					
Do bliży	OP					Odległość źrenic mm
	OL					

III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE: 8

Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: 9 11

Data wystawienia zlecen 10

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu

* Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące. Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły.
 ** Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

10 Data wystawienia przez lekarza lub osobę upoważnioną do kontynuacji zlecenia - jest obowiązkowa

3 Wypełnić dane:
 - nadrukowane
 - w postaci naklejki z danymi
 - wpisane ręcznie przez lekarza

4 PESEL Świadczeniobiorcy. W przypadku braku – wpisać tu nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. W przypadku noworodka – data urodzenia (w formacie: RRRRMMDD)

6 Nazwa środka / środków (jest możliwość łączenia kilku rodzajów w ramach limitu): 60 sztuk miesięcznie
 - majtki chłonne
 - pieluchomajtki
 - podkłady higieniczne
 - pieluchy anatomiczne
 - wkłady anatomiczne
 z pisemnym uzasadnieniem (np. w postaci kodu choroby wg klasyfikacji ICD-10, lub z podanym rodzajem schodzenia (jeśli wymagane przez OW NFZ)

11 Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji z numerem prawa wykonywania zawodu.

Przedłużyć zlecenie (przy kontynuacji pierwszego, wystawionego przez lekarza wniosku) może nie tylko lekarz, ale również **pielęgniarki i położne.**

14

Wpisać pełne dane: TZMO SA, przykładowo: PIELUCHOMAJTKI SUPER SENI MEDIUM

Jeśli zlecenie dotyczy więcej niż 1 produktu wpisuje się tu liczby sztuk sprzedanych wyrobów oraz cenę jednostkową detaliczną za 1 sztukę każdego produktu.

NFZ dopuszcza pełną dowolność zamiany produktów w ramach danego kodu.

15

Tu realizator wpisuje przykładowo:

*Cena detaliczna wyrobu medycznego 2,25 zł/tęcza cena wydanych wyrobów medycznych 135 zł
Kwota refundacji 63 zł
Dopłata świadczeniobiorcy 72 zł*

W cenie detalicznej wyrobu wpisać ceny jednostkowe produktu oraz cenę całego pakietu.

WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM Kod tytułu uprawnienia Kod tytułu uprawnienia dodatkowego nr dokumentu Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia: Limit finansowania ze środków publicznych Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia% Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji 12 Data potwierdzenia zlecenia
	Podpis i pieczęć pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia 13
WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE	V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIOBIORCY Data przyjęcia do realizacji Liczba sztuk Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) 14
	Cena detaliczna wyrobu medycznego Kwota refundacji Dopłata świadczeniobiorcy 15
	Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem 16 Data, pieczęć i podpis osoby realizującej zlecenie
	Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem 17 Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami) 18 podpis osoby odbierającej***
*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.	

12

Tą część wypełnia tylko NFZ (nie jak wcześniej Realizator) – w przypadku pierwszego zlecenia. W kolejnych – należy zostawić tą część pustą.

13

Pieczęć realizatora (odcisk pieczęci) (nr umowy z NFZ wypełnia TZMO SA przybija swoją pieczęć i uzupełnia nr umowy z NFZ).

16

Pieczęć imienna farmaceuty / sprzedawcy, jego podpis i data potwierdzenia.

17

Czytelnym pismem, (sugerowane) drukowanymi literami – data odbioru wyrobu medycznego, imię i nazwisko osoby odbierającej oraz jej PESEL (lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

18

Czytelny podpis

UWAGI!

Całość zlecenia musi być wypełniona w sposób **czytelny**.

Ewentualne poprawki muszą być przekreślone, poprawione parafką i pieczęcią lekarza, pielęgniarki lub położnej lub osoby realizującej zlecenie.

Zlecenie, w przeciwieństwie do poprzednich wytycznych, **ważne jest** przez cały okres zaopatrzenia, na który zostało wystawione przez lekarza, a nie jak wcześniej 30 dni od daty wystawienia przez lekarza. Zlecenie bez względu na datę wystawienia jest ważne od pierwszego miesiąca wskazanego przez lekarza lub inne uprawnione osoby. Bez względu na to, czy zostało wystawione na 1, 2 czy 3 miesiące, można je zrealizować w pierwszym, drugim lub trzecim miesiącu, z zastrzeżeniem, że realizując zlecenie w miesiącu drugim – nie możemy zrealizować już zlecenia na miesiąc pierwszy – czyli nie ma możliwości realizacji wniosków wstecz.

Kod P.100 - limit 77 zł - refundacja 100%

Kod P.101 - limit 90 zł - refundacja 70%

UWAGI!

Od 1 czerwca obowiązuje nowy sposób naliczania udziału własnego pacjenta w limicie finansowania w przypadku, gdy świadczeniobiorca korzysta z mniejszej liczby wyrobów medycznych niż określone w rozporządzeniu. Dotyczy gdy zamiast 60 szt. pieluchomajtek, odbiera tylko 30 szt. Bez względu na to, ile sztuk wyrobu medycznego zleci lekarz, pacjent ma prawo odebrać mniej sztuk i skorzystać z pełnego limitu przysługującego na dany okres. Przy naliczaniu refundacji należy brać pod uwagę: (1) faktyczny koszt wydanego wyrobu medycznego (2) limit finansowania ze środków zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia oraz (3) wysokość udziału własnego w limicie finansowania.

Jeżeli wartość wydanego wyrobu medycznego jest niższa niż limit finansowania ze środków publicznych (wartość wyrobu jest mniejsza od 90 zł dla kodu P.101 i od 77 zł dla kodu P.100), wysokość refundacji jest liczona od wartości wydanego wyrobu.

Jeżeli wartość wydanego wyrobu medycznego jest wyższa niż limit (wartość wyrobu jest większa od 90 zł dla kodu P.101 i od 77 zł dla kodu P.100), wysokość refundacji jest liczona od limitu.