

Toruń, styczeń 2023

Szanowni Państwo,

Przekazujemy Państwu materiał dotyczący zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne realizowanego od 1 stycznia 2023r.

ZLECENIA WYSTAWIONE I POTWIERDZONE DO DNIA 31.12.2022 r., KTÓRE OKRESEM WAŻNOŚCI OBEJMUJĄ ROK 2023, MOŻNA REALIZOWAĆ NA OBECNIE OBOWIĄZUJĄCYCH ZASADACH. UWAGA! OD 1 STYCZNIA 2023 R. NIE JEST WYMAGANY PODPIS OSOBY ODBIERAJĄCEJ.

IV.B. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)		
IV.B.1 Data wydania	IV.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis	
IV.C. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA)		
IV.C.1 Osoba odbierająca <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca		
IV.C.2 Imię (imiona) ¹⁶⁾	IV.C.3 Nazwisko ¹⁶⁾	IV.C.4 Numer PESEL ¹⁶⁾ []
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ¹⁶⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ¹⁷⁾		IV.C.6 Seria i numer ¹⁶⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) []
IV.C.7 Data odbioru	IV.C.8 Czytelny podpis osoby odbierającej zawierający imię (imiona) i nazwisko	

Wzór obowiązujący do 31 grudnia 2022 r.

IV.B. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)		
IV.B.1 Data wydania	IV.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis	
IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)		
IV.C.1 Osoba odbierająca <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca		
IV.C.2 Imię (imiona) ¹⁶⁾	IV.C.3 Nazwisko ¹⁶⁾	IV.C.4 Numer PESEL ¹⁶⁾ []
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ¹⁶⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ¹⁹⁾		IV.C.6 Seria i numer ¹⁶⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) []
IV.C.7 Data odbioru	[]	

Wzór obowiązujący od 1 stycznia 2023 r.

**OPRÓCZ KLASYCZNYCH 5-STRONICOWYCH ZLECEŃ, ZDARZAJĄ SIĘ RÓWNIEŻ
ZLECENIA O TZW. UPROSZCZONYM WZORZE.**

**LEKARZ MOŻE WYSTAWIĆ TAKIE ZLECENIE, JEŻELI PACJENTOWI UPŁYNEŁA WAŻNOŚĆ
POPRIEDZIEGO ZLECENIA, A JEST KONIECZNOŚĆ WYSTAWIENIA NASTĘPNEGO.**

**ZLECENIA UPROSZCZONE SKŁADAJĄ SIĘ NIE Z PIĘCIU, LECZ Z TRZECH STRON.
NA STRONIE TRZECIEJ NADAL WIDNIEJE **POLE Z PODPISEM ODBIORCY (IV.C.8).**
PODPIS ODBIORCY W TYM PRZYPADKU JEST NADAL **WYMAGANY!****

Strona 1 z 3

**ZLECENIE NA ZAPATRIENIE W WYROBU MEDYCZNE PRZYSŁUGUJĄCE COMIESIĘCZNIE –
KONTYNUACJA¹⁾**

IDENTYFIKACJA ZLECENIA

IDENTYFIKACJA LEKARZA (wymaga wpisania w formularzu danych osobowych ze strony wyrobów medycznych)

CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)

I.A. DANE PACJENTA

I.A.1 Imię i nazwisko
I.A.2 Płeć
I.A.3 Data urodzenia²⁾
I.A.4 Kod pocztowy³⁾
I.A.5 Adres⁴⁾

I.B. OŚRODOK WYROBU MEDYCZNEGO

I.B.1 Nazwa wyrobu medycznego
I.B.2 Kod kraju wyrobu medycznego
I.B.3 Kod firmy wyrobu medycznego
I.B.4 Nazwa placówki medycznej (nazwa i adres)
I.B.5 Systemy medyczne (zgodnie z 1 - 11)

I.C. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO

I.C.1 Numer gniazda wyrobu medycznego
I.C.2 Typ wyrobu medycznego
I.C.3 Produkt

CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA (WYPEŁNIA LEKARZ KONTROLUJĄCY WYSTAWIENIE ZLECENIA WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO – DOKŁAD 2024)

II.A. INFORMACJA DIAGNOSTYCZNA

II.A.1 Rodzaj choroby dotyka
II.A.2 Rodzaj choroby dotyka

II.A.3 Dodatkowe informacje
1. Data wystawienia zlecenia (YYMMDD) w której tożsamość została potwierdzona w celu wyłączenia z listy pacjentów kwalifikujących się do świadczenia w ramach świadczenia zdrowotnego. 2. PIELICHOLOGICZNE, PIELICHOLOGICZNE, HEMATOLOGICZNE z listy plus 2 - WŁADZY ANATOMICZNE. 3. WŁADZY ANATOMICZNE. 4. WŁADZY ANATOMICZNE. 5. WŁADZY ANATOMICZNE.

II.B. POTWIERDZENIE WYSTAWIENIA ZLECENIA

II.B.1 Data wystawienia
II.B.2 Adresacja (zgodnie z numerem telefonu i adresem) informacyjnym NFZ

strona 1z3

strona 2z3

Strona 2 z 3

IDENTYFIKACJA LEKARZA (wymaga wpisania w formularzu danych osobowych ze strony wyrobów medycznych)

CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA I ŚWIADCZENIOWIDOCZWA (WYPEŁNIA OSOBA ŚWIADCZENIOWIDOCZWA REALIZUJĄCA ZLECENIE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO – DOKŁAD 2024)

III.A. PRZECHOD DO REALIZACJI ZLECENIA

III.A.1 Data przyjęcia do realizacji
III.A.2
III.A.3 Miejsce albo szpital, któreś do której realizacja została skierowana

III.B. DANE ŚWIADCZENIOWIDOCZWA REALIZUJĄCEGO ZLECENIE

III.B.1 Imię i nazwisko świadczeniowidoczwy
III.B.2 PESEL⁵⁾

III.B.3 Adres miejsca pobytu (adres zamieszkania, adres stałego, ulica, numer domu lub lokalu)
III.B.4 Nazwa szpitala i NFZ

III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

III.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczenia opieki zdrowotnej?
III.C.2 Czy pacjent dysponuje numerem (numerem) dokumentu potwierdzającego uprawnienie do świadczenia opieki zdrowotnej lub innymi uprawnieniami?
III.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienie do świadczenia opieki zdrowotnej (zgodnie z pkt III.C.2)

III.D. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIOWIDOCZWA REALIZUJĄCA ZLECENIE)

III.D.1 Data wydania
III.D.2 Rodzaj wyrobu medycznego
III.D.3 Typ wyrobu medycznego
III.D.4 Kod kraju wyrobu medycznego
III.D.5 Systemy medyczne (zgodnie z 1 - 11)

III.E. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA)

III.E.1 Nazwa placówki medycznej
III.E.2 Nazwa placówki medycznej
III.E.3 Nazwa placówki medycznej
III.E.4 Nazwa placówki medycznej
III.E.5 Nazwa placówki medycznej
III.E.6 Nazwa placówki medycznej
III.E.7 Nazwa placówki medycznej
III.E.8 Nazwa placówki medycznej

Data wprowadzenia: 2024-01-14 10:00 wersja: 1.00

Data wprowadzenia: 2024-01-14 10:00 wersja: 1.00

Strona 3 z 3

strona 3z3

IDENTYFIKACJA LEKARZA (wymaga wpisania w formularzu danych osobowych ze strony wyrobów medycznych)

IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA)

IV.A.1 Nazwa placówki medycznej
IV.A.2 Nazwa placówki medycznej
IV.A.3 Nazwa placówki medycznej
IV.A.4 Nazwa placówki medycznej
IV.A.5 Nazwa placówki medycznej
IV.A.6 Nazwa placówki medycznej
IV.A.7 Nazwa placówki medycznej
IV.A.8 Nazwa placówki medycznej
IV.A.9 Nazwa placówki medycznej
IV.A.10 Nazwa placówki medycznej

IV.B. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA)

IV.B.1 Data wydania
IV.B.2 Imię i nazwisko odbierającego

IV.C. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA)

IV.C.1 Rodzaj wyrobu medycznego
IV.C.2 Data wydania
IV.C.3 Nazwisko⁶⁾
IV.C.4 Numer PESEL⁶⁾

IV.C.5 Rodzaj wyrobu medycznego (zgodnie z 1 - 11)
IV.C.6 Seria i numer⁶⁾ (naależy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)

IV.C.7 Data odbioru
IV.C.8 Czytelny podpis osoby odbierającej zawierający imię (imiona) i nazwisko

OSOBA MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA)

ca

IV.C.3 Nazwisko⁶⁾

IV.C.4 Numer PESEL⁶⁾

IV.C.5 Rodzaj wyrobu medycznego (zgodnie z 1 - 11)

IV.C.6 Seria i numer⁶⁾ (naależy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL)

IV.C.7 Data odbioru

IV.C.8 Czytelny podpis osoby odbierającej zawierający imię (imiona) i nazwisko

¹⁾ W przypadku wydania zlecenia na zakupienie w sprawie medycznej lub innej podobnej, należy wypełnić formularz danych osobowych ze strony wyrobów medycznych (DOKŁAD 2024) w formularzu. ²⁾ Numer identyfikacyjny PESEL. Należy wpisać PESEL – 11 cyfr dla pełnoletnich mieszkańców oraz 12 cyfr dla pełnoletnich obywateli zagranicy. ³⁾ Należy wpisać 5 cyfr, które w przypadku braku danych o kodzie pocztowym, należy wpisać 00000. ⁴⁾ Należy wpisać adres zamieszkania, adres stałego, ulica, numer domu lub lokalu. ⁵⁾ Należy wpisać numer PESEL. ⁶⁾ Należy wpisać w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL. ⁷⁾ Należy wpisać w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL. ⁸⁾ Należy wpisać w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL. ⁹⁾ Należy wpisać w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL. ¹⁰⁾ Należy wpisać w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL.

Zasady wystawiania, potwierdzania i realizacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne - aplikacja eZWM:

Pacjent ma prawo otrzymać zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne od osoby uprawnionej do jego wystawienia. Ma to miejsce przy użyciu aplikacji eZWM – osoba uprawniona zleca wyrób medyczny oraz weryfikuje uprawnienia pacjenta, dzięki którym ten wyrób może otrzymać.

Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne może być wystawione na dwa sposoby:

- 1. podczas wizyty lekarskiej**
- 2. przez tzw. "teleporadę"**

W przypadku, gdy osoba zlecająca nie ma dostępu do serwisów internetowych i systemów informatycznych NFZ, weryfikacja wystawionego zlecenia i potwierdzenie uprawnień pacjenta do świadczeń odbywa się w Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

UPRAWNIENIA PACJENTA ZOSTAJĄ POTWIERDZONE NA II CZĘŚCI ZLECENIA

Pacjent w celu realizacji zlecenia udaje się ze zleceniem do apteki lub sklepu medycznego, który posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na zaopatrzenie w wyroby medyczne. W miejscu realizacji okazuje otrzymane od lekarza i potwierdzone zlecenie, lub w przypadku zlecenia wystawionego przez teleporadę podaje jego numer. Po pobraniu zlecenia następuje jego realizacja w aplikacji eZWM. Na tym etapie apteka lub sklep medyczny ma prawo na podstawie przedstawionych przez pacjenta dokumentów zmienić uprawnienia pacjenta do realizacji tego zlecenia oraz zmienić limit finansowania. Zrealizowane zlecenie zostaje wydrukowane w miejscu realizacji, osoba realizująca składa podpis we wskazanym na zleceniu miejscu.

- ✓ Zlecenie wystawione i poprawnie zweryfikowane w aplikacji eZWM przez osobę uprawnioną do jego wystawienia może być wystawione na **max. 12 miesięcy** kolejno po sobie występujących.
- ✓ Zlecenie można zrealizować **jednorazowo na okres nie dłuższy niż 6 kolejnych miesięcy**.

PODSTAWOWE ZASADY REFUNDACJI

LIMIT FINANSOWY:

- ✓ 1,00 zł za sztukę - dla pieluchomajtek, majtek chłonnych, podkładow, wkładów anatomicznych, lub wkładek urologicznych zamiennie z minimalną chłonnością 450 g (kod środka PW)
- ✓ 1,70 zł za sztukę - dla majtek chłonnych z min. chłonnością 1000 g (kod środka MCH1), pieluch anatomicznych i pieluchomajtek z min. chłonnością 1400 g (kod środka PP)
- ✓ 2,30 za sztukę - dla majtek chłonnych z min. chłonnością 1400 g (kod środka MCH2) i pieluchomajtek z min. chłonnością 2500 g (kod środka PM2)

LIMIT ILOŚCIOWY:

- ✓ 90 sztuk miesięcznie
- ✓ Uprawnienia 47DN / 47ZN / 47 ZND – o wysokości limitu decyduje osoba wystawiająca zlecenie

PACJENT ZAWSZE MA PRAWO ZREALIZOWAĆ ZLECENIE NA MNIJSZĄ ILOŚĆ ŚRODKA POMOCNICZEGO NIŻ WSKAZANA NA ZLECENIU.

PACJENT MA MOŻLIWOŚĆ REALIZACJI ZLECENIA NA RÓŻNE ŚRODKI POMOCNICZE (MOŻNA MIESZAĆ NP. PIELUCHOMAJTKI + PODKŁADY, RÓŻNE CHŁONNOŚCI, ROZMIARY ITP.)

kod	kody chorobowe ICD-10 wraz z opisem		
P.100	CHOROBY NOWOTWOROWE I POWIKŁANIA ICH LECZENIA	C51-57	Nowotwory żeńskich narządów płciowych
		C60-C63	Nowotwory męskich narządów płciowych
		C64-C68	Nowotwory układu moczowego
		N32	Inne zaburzenia układu moczowego
		N36.0	Przetoka cewkowa
	N30.4	Popromienne zapalenie pęcherza moczowego	
P.101	JATROGENNE USZKODZENIE DRÓG MOCZOWYCH	T88.8	Inne określone powiktania opieki chirurgicznej i medycznej niesklasyfikowane gdzie indziej
		N39.4	Inne określone nietrzymanie moczu
		T83.9	Nieokreślone powiktania protez, wszczepów i przeszczepów układu moczowego
		N35.0	Pozabiegowe zwężenie cewki moczowej
		N99.1	Pocewnikowe zwężenie cewki moczowej
	POURAZOWE USZKODZENIE DRÓG MOCZOWYCH	S37.3	Uraz cewki moczowej
		N39.4	Inne określone nietrzymanie moczu
	ZESPOŁY OTĘPIENNE	F00 / G30	Otępienie w chorobie Alzheimera
		F01	Otępienie naczyniowe
		F02	Otępienie w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
		F03	Otępienie bliżej nieokreślone
	CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO	I69	Następstwa chorób naczyń mózgowych
		G20	Choroba Parkinsona
		G21	Parkinsonizm wtórny
		G22	Parkinsonizm w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
		G35	Stwardnienie rozsiane
		N31	Nerwowo-mięśniowa dysfunkcja pęcherza niesklasyfikowana gdzie indziej
	GLEBOKIE UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE	F73	Upośledzenie umysłowe głębokie
	WADY WRODZONE	Q00-Q07	Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego
		Q60-Q64	Wrodzone wady rozwojowe układu moczowego

NADAWANIE UPRAWNIEŃ UŻYTKOWNIKOM eZWM

Użytkownicy PORTALU ŚWIADCZENIODAWCY

(woj. dolnośląskie, lubuskie, łódzkie, małopolskie, opolskie, podkarpackie, pomorskie, śląskie):

Po zalogowaniu się na Portalu Świadczeniodawcy należy w oknie **ADMINISTRACJA I OPCJE** wybrać pole **ADMINISTRACJA PRAWAMI DOSTĘPU**. Następnie przechodzimy do opcji **DODAWANIE UŻYTKOWNIKA**. Konieczne jest uzupełnienie wymaganych danych, nadanie hasła dostępowego, oznaczenie odpowiedniego uprawnienia, wyrażenie zgody na przestrzeganie regulaminu oraz zatwierdzenie wprowadzonych danych kliknięciem opcji **DODAJ**. Użytkownik, który będzie Administratorem systemu powinien mieć oznaczone uprawnienie **ADMINISTRATOR**, pozostali pracownicy uprawnieni tylko do korzystania z aplikacji eZWM nie powinni mieć zaznaczonej tej opcji.

Przechodzimy do **LISTA UŻYTKOWNIKÓW**, odnajdujemy utworzone konto i klikamy na jego **IDENTYFIKATOR**. Na liście *Edycja uprawnień użytkownika dla systemów: DiLO, KOLCE, Zarządzanie modułem PKUŚ, e-potwierzeń, rejestrami Instytutu Kardiologii* odnajdujemy **UPRAWNIENIE DOSTĘPOWE DO SYSTEMU eZWM** – zaznaczamy i zapisujemy uprawnienia użytkownika.

Użytkownicy SZOI

(woj. kujawsko-pomorskie, lubelskie, mazowieckie, podlaskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie):

Po zalogowaniu się na SZOI wybieramy zakładkę **ADMINISTRATOR** i przechodzimy do opcji **OPERATOR**, gdzie wybieramy **DODAWANIE OPERATORA**. Należy uzupełnić wymagane dane oraz kliknąć **ZATWIERDŹ**. W oknie **OPERATOR** wyświetlą się konta założonych operatorów, uprawnienia należy nadać klikając w **UPRAWNIENIA** i wybierając **REALIZACJA ZAOPATRZENIA**.

Na SZOI w zakładce **ADMINISTRATOR** wybieramy **ZARZĄDZANIE SYSTEMAMI CENTRALNYMI** → **ZZ** oraz klikamy **DODAWANIE UPRAWNIEŃ ADMINISTRATORA**. Z listy rozwijanej **OPERATOR WŁASNY** wybieramy użytkownika, którego założyliśmy i **ZATWIERDZAMY**.

INSTRUKCJA REALIZACJI ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE W

APLIKACJI eZWM - <https://ezwm.nfz.gov.pl>

eZWM jest aplikacją internetową. Do pracy z systemem niezbędne jest posiadanie komputera z dostępem do Internetu oraz konta dostępowego do systemu.

Przeglądarki internetowe i ustawienia:

Lista obsługiwanych przeglądarek internetowych:

- Mozilla Firefox w wersji 67.x (zalecana)
- Google Chrome w wersji 74.x
- Opera w wersji 61.x
- Edge 41.x (mogą wystąpić problemy z wyświetlaniem niektórych elementów)

Zalecane ustawienia przeglądarek:

- należy włączyć obsługę mechanizmu cookies

Optymalna rozdzielczość ekranu:

- 1024x768 pikseli lub większa

Do wykonywania wydruków:

- aplikacja czytająca pliki *.pdf np.: Acrobat Reader

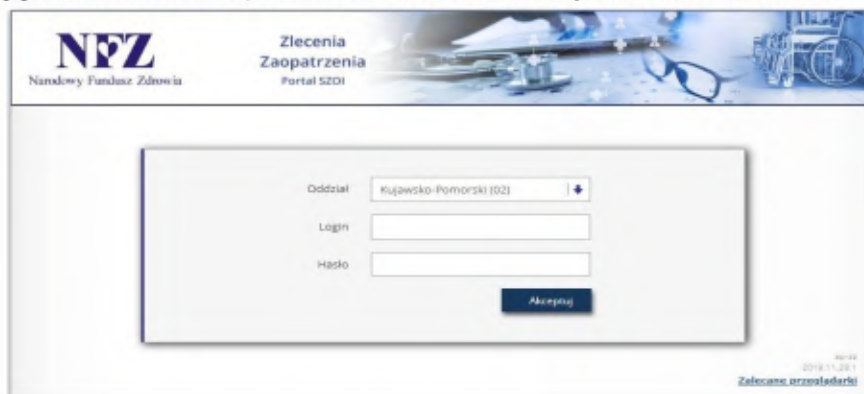
1. Dostęp do aplikacji poprzez przeglądarkę internetową: <https://ezwm.nfz.gov.pl>
2. Logowanie do aplikacji należy rozpocząć wybierając z listy rozwijanej Oddział Wojewódzki NFZ, na terenie którego znajduje się miejsce udzielania świadczeń.

The screenshot shows the top part of the 'Zlecenia Zaopatrzenia Portal SZOI' page. A dropdown menu is open for the 'Oddział' field, listing 17 voivodeships: Dolnośląski (01), Kujawsko-Pomorski (02), Lubelski (03), Lubuski (04), Łódzki (06), Małopolski (06), Mazowiecki (07), Opolski (08), Podkarpacki (09), Podlaski (10), Pomorski (11), Śląski (12), Świętokrzyski (13), Warmińsko-Mazurski (14), Wielkopolski (15), Zachodniopomorski (16), and Centrala (17). The 'wylacz' option is selected in the dropdown.

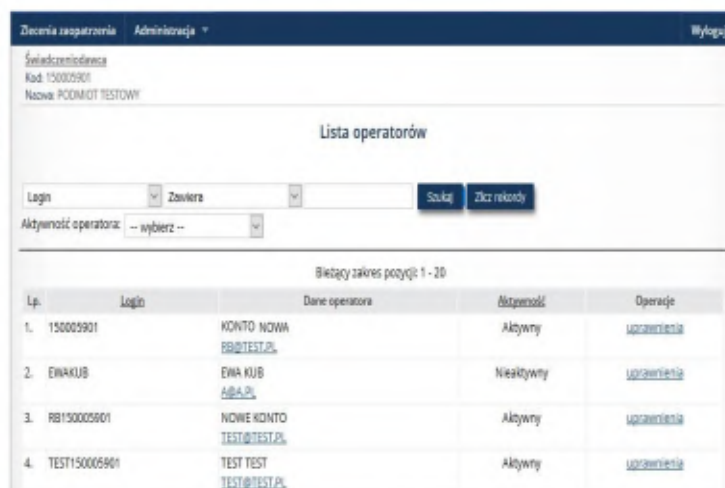
Miejsca realizacji świadczeń, które korzystają z Portalu Świadczeniodawcy – **woj. dolnośląskie, lubuskie, łódzkie, małopolskie, opolskie, podkarpackie, pomorskie i śląskie** wybierają **TYP KONTRAHENTA „Świadczeniodawca”** oraz logują się podając **KOD ŚWIADCZENIODAWCY, LOGIN i HASŁO**, które zostało nadane użytkownikowi eZWM.

The screenshot shows the login form on the 'Zlecenia Zaopatrzenia Portal SZOI' page. The 'Oddział' dropdown is set to 'Dolnośląski (01)'. The 'Typ kontrahenta' dropdown is set to 'Świadczeniodawca'. There are input fields for 'Kod świadczeniodawcy', 'Login', and 'Hasło', and an 'Akceptuj' button at the bottom.

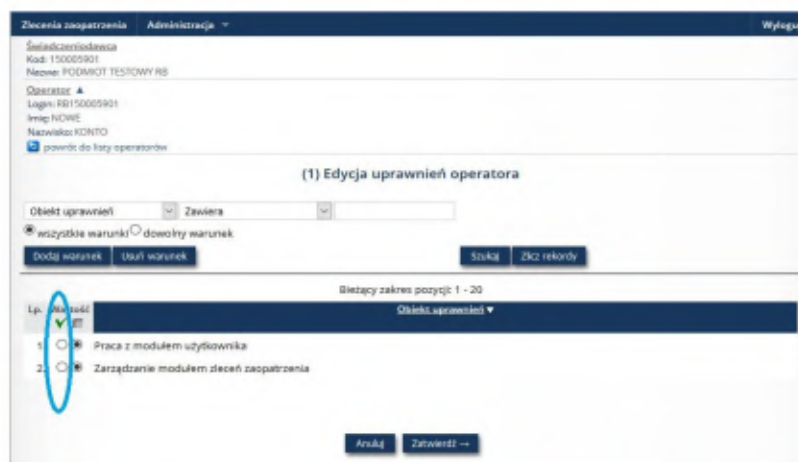
Miejsca realizacji świadczeń, które korzystają z SZOI – woj. kujawsko-pomorskie, lubelskie, mazowieckie, podlaskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie logują się podając **LOGIN I HASŁO**, które zostało nadane użytkownikowi eZWM.



3. Po prawidłowym zalogowaniu się wyświetli moduł Zlecenia Zaopatrzenia. Na pasku wyświetlą się dwa pola: **REALIZACJA ZLECEŃ** oraz **ADMINISTRACJA**. Wybieramy **ADMINISTRACJA** → **OPERATORZY**.



Przy swoim Operatorze należy sprawdzić **UPRAWNIENIA**. Uprawnienia powinny być oznaczone „kropką” po lewej stronie, jeżeli są inaczej – należy to zmienić i wybór potwierdzić kliknięciem **ZATWIERDŹ**.

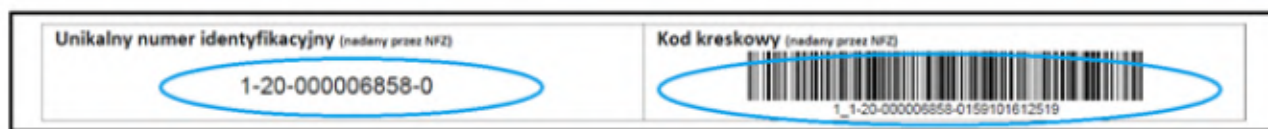
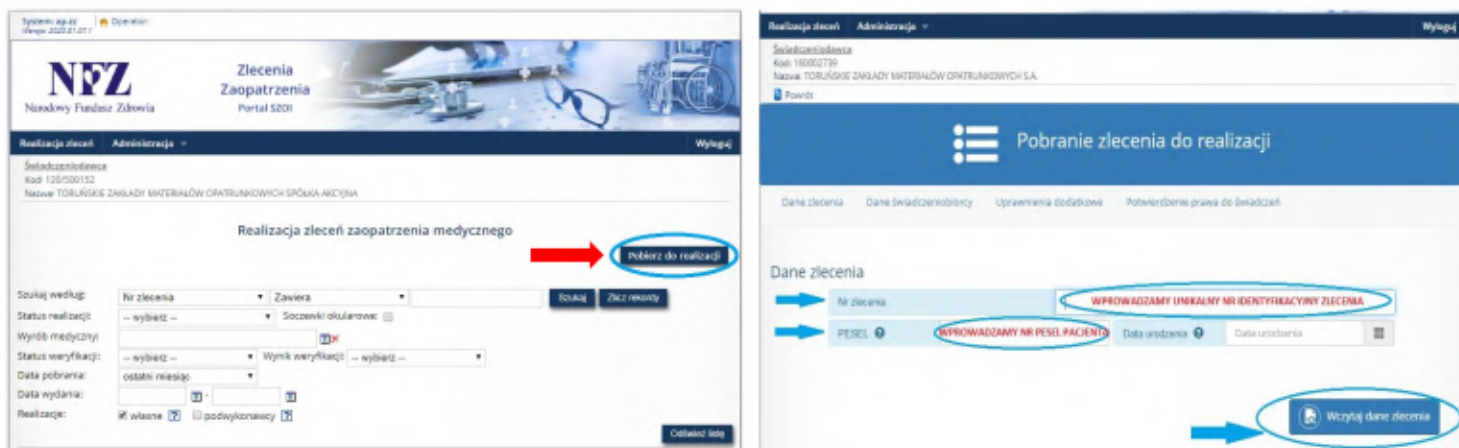


4. Aby móc rozpocząć realizację zlecenia należy wybrać na pasku **REALIZACJA ZLECEŃ** (pod logiem NFZ w lewym górnym rogu.)



Witamy w module Zlecenia Zaopatrzenia

5. Wyświetli się okno **Realizacja zleceń zaopatrzenia medycznego**, wybieramy pole **POBIERZ DO REALIZACJI**.

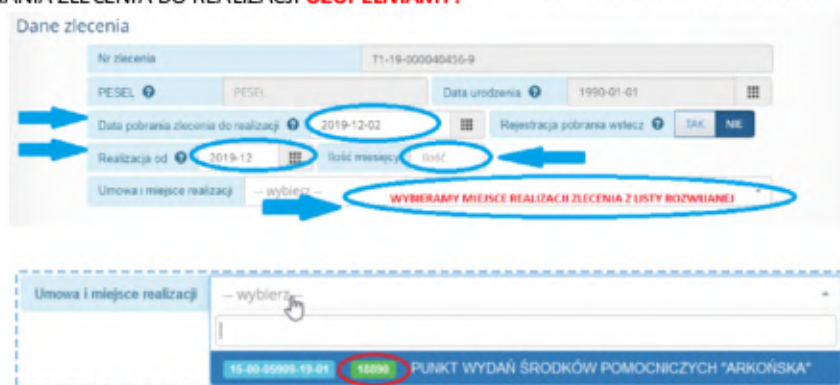


6. Uzupełniamy **Dane zlecenia** na podstawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, które posiada pacjent:
- ➔ **NR ZLECENIA** – widoczny w górnej części na każdej stronie zlecenia, które otrzymał pacjent
 - ➔ **PESEL** – wprowadzamy PESEL pacjenta (w przypadku, gdy pacjent nie posiada nr PESEL wprowadzamy **datę urodzenia**)
 - ➔ Akceptujemy wprowadzone dane klikając **WCZYTAJ DANE ZLECENIA**.

7. Wyświetlą się dane dotyczące pobieranego zlecenia:

➔ **DANE ZLECENIA**

- NR ZLECENIA
- PESEL
- DATA URODZENIA
- DATA POBRANIA ZLECENIA DO REALIZACJI **UZUPEŁNIAMY!**
- REJESTRACJA POBRANIA WSTECZ
- REALIZACJA OD **UZUPEŁNIAMY!**
- ILOŚĆ MIESIĘCY **UZUPEŁNIAMY!**
- UMOWA I MIEJSCE REALIZACJI **UZUPEŁNIAMY!**



NR UMOWY POMIĘDZY OW NFZ A ŚWIADCZENIODAWCĄ

NR MIEJSCA (MOŻNA GO SPRAWDZIĆ NA SZOI / NA PORTALU ŚWIADCZENIODAWCY TYLKO W UMOWIE U ŚWIADCZENIODAWCY)

Data pobrania zlecenia do realizacji - domyślnie ustawiana jest jako bieżąca. Dopuszczalna jest opcja wstecznego pobrania zlecenia do realizacji **nie później niż w ciągu 30 dni**. W tym celu pole **Rejestracja pobrania wstecz** należy ustawić na **TAK**.

Ilość miesięcy – należy wpisać ilość miesięcy, **na które realizujemy zlecenie**.

Umowa i miejsce realizacji – należy wybrać numer umowy zawartej pomiędzy Świadczeniodawcą a OW NFZ. Biuro Refundacji TZMO S.A. udostępnia klientom informacje o zawartych umowach, na rok 2020 umowy z poszczególnymi OW NFZ mają numery, nr umowy to numer, który wyświetla się po lewej stronie – jeżeli Państwa Świadczeniodawcą jest inny podmiot niż TZMO, numery umów znajdują Państwo w załączniku nr 1 dołączonym do materiału:

OW NFZ	NR UMOWY POMIĘDZY TZMO S.A. A OW NFZ
DOLNOŚLĄSKI OW NFZ	12/2/5509079/01/2023/01
KUJAWSKO-POMORSKI OW NFZ	17-22/0136/ZPO
LUBELSKI OW NFZ	03-22-12-02653-01
LUBUSKI OW NFZ	0412/0211/23
ŁÓDZKI OW NFZ	051/900009/12/000/23K
MAŁOPOLSKI OW NFZ	061/740195/ZPO/2023/U
MAZOWIECKI OW NFZ	07R-1-70135-12-01-2017-2023
OPOLSKI OW NFZ	08R/80017/12/ZPO/2023
PODKARPACKI OW NFZ	0911001212202302
PODLASKI OW NFZ	10-00-00848-19-07-12 10-00-00848-17-06-12
POMORSKI OW NFZ	11/070106/ZPO/22/23
ŚLĄSKI OW NFZ	120/500152/12/2023
ŚWIĘTOKRZYSKI OW NFZ	13-ZSP12-22-01836-098
WARMIŃSKO MAZURSKI OW NFZ	14-00-01262-17/038/12/ZPO
WIELKOPOLSKI OW NFZ	150003328/12/1/0327/0/20/24
ZACHODNIOPOMORSKI OW NFZ	12-21-095

Sekcje: **DANE ŚWIADCZENIOBIORCY, UPRAWNIENIA DODATKOWE, POTWIERDZENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ, POTWIERDZENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ NA PODSTAWIE DOKUMENTU** (wyświetlane, gdy prawo do świadczeń nie zostało potwierdzone przez zlecającego w systemie eWUŚ) należy sprawdzić ich zgodność ze stanem bieżącym.

W przypadku dostrzeżenia zmian należy wprowadzić aktualne informacje. AKTUALIZACJA DANYCH ŚWIADCZENIOBIORCY NIE BĘDZIE MOŻLIWA W DALSZYCH ETAPACH REJESTRACJI REALIZACJI ZLECENIA.

! WAŻNE ! W przypadku, gdy w zleceniu zarejestrowano dokumenty uprawnień dodatkowych, a obecnie świadczeniobiorca ich nie posiada lub straciły one ważność – informację o dokumencie należy pozostawić bez zmian.

→ DANE ŚWIADCZENIOBIORCY

Wyświetlone dane nie są edytowalne przez realizatora.

Dane świadczeniobiorcy

Typ identyfikatora	D	Seria i numer dowodu osobistego	
Identyfikator	35949170		
Płeć	kobieta	Data urodzenia	1990-01-01
Imię	Nikol		
Nazwisko	Nowak		

→ UPRAWNIENIA DODATKOWE (jeżeli występują sytuacja pacjenta się zmieniła **UZUPEŁNIAMY!**)

- o KOD TYTUŁU UPRAWNIENIA DODATKOWEGO
- o RODZAJ DOKUMENTU
- o NR DOKUMENTU
- o BEZTERMINOWO
- o DATA WAŻNOŚCI
- o DATA WYSTAWIENIA

Uprawnienia dodatkowe

→	Kod tytułu uprawnienia dodatkowego	WYBIERAMY Z LISTY ROZWIJANEJ	
→	Rodzaj dokumentu	WYBIERAMY Z LISTY ROZWIJANEJ	
→	Nr dokumentu	Bezterminowo	Tak Nie Data ważności
→	Data wystawienia		

→ POTWIERDZENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ

Potwierdzenie prawa do świadczeń

Podstawa ubezpieczenia	- wybierz -	WYBIERAMY Z LISTY ROZWIJANEJ
------------------------	-------------	------------------------------

Wybieramy jedną z dwóch możliwych opcji:

- ✓ **POTWIERDZENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ NA PODSTAWIE DOKUMENTU**
 - o TYTUŁ UPRAWNIENI **UZUPEŁNIAMY!**

Wyświetli się poniżej okno **Potwierdzenie prawa do świadczeń na podstawie dokumentu**

- o RODZAJ DOKUMENTU **UZUPEŁNIAMY!**
- o NR DOKUMENTU **UZUPEŁNIAMY!**
- o DATA WYSTAWIENIA **UZUPEŁNIAMY!**

Potwierdzenie prawa do świadczeń

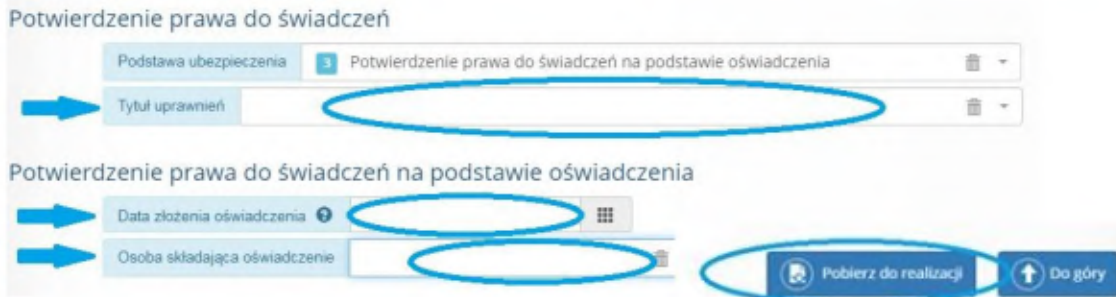
Podstawa ubezpieczenia	2	Potwierdzenie prawa do świadczeń na podstawie dokumentu
→	Tytuł uprawnień	
Potwierdzenie prawa do świadczeń na podstawie dokumentu		
→	Rodzaj dokumentu	
→	Numer dokumentu	Data wystawienia
		Pobierz do realizacji
		Do góry

- ✓ **POTWIERDZENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ NA PODSTAWIE OŚWIADCZENIA**
 - o TYTUŁ UPRAWNIENI **UZUPEŁNIAMY!**

Wyświetli się poniżej okno **Potwierdzenie prawa do świadczeń na podstawie oświadczenia**

- o DATA ZŁOŻENIA OŚWIADCZENIA **UZUPEŁNIAMY!**
- o OSOBA SKŁADAJĄCA OŚWIADCZENIE **UZUPEŁNIAMY!**

W przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń na podstawie oświadczenia, świadczeniobiorca zobowiązany jest do pisemnego złożenia oświadczenia – wzory oświadczeń określa [Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej](#).



WZÓR

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2022 r. (poz. 1501)

OŚWIADCZENIE

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego

Oświadczenie wypełnia się czytelnie piśmem ręcznym, maszynowym lub komputerowym

Uwaga: Oświadczenie nie potwierdza prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku osoby, która jest ubezpieczona w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)¹⁾

I. Składający oświadczenie		
1. Imię i nazwisko		
2. Adres zamieszkania		
ulica _____ nr domu _____ nr mieszkania _____ kod i miejscowość _____		
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)		
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj*	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> karta pobytu ²⁾ <input type="checkbox"/> dokument podróży ³⁾ <input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany ⁴⁾ <input type="checkbox"/> polski dokument tożsamości cudzoziemca ⁵⁾
	seria i numer	_____
5. Działając jako*: <input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> inny niż rodzic przedstawiciel ustawowy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny ⁶⁾		
II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie		
1. Imię i nazwisko		
2. Adres zamieszkania		
ulica _____ nr domu _____ nr mieszkania _____ kod i miejscowość _____		
3. Numer PESEL (jeżeli został nadany)		
4. Dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj*	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> prawo jazdy <input type="checkbox"/> karta pobytu ²⁾ <input type="checkbox"/> dokument podróży ³⁾ <input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany ⁴⁾ <input type="checkbox"/> polski dokument tożsamości cudzoziemca ⁵⁾
	seria i numer	_____
III. Treść oświadczenia		
..... (imię i nazwisko osoby, której dotyczy składane oświadczenie) posiada prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.		
1. Podpis osoby składającej oświadczenie	2. Data złożenia oświadczenia (rrrr/mm/dd)	3. Data udzielenia świadczenia – wypełniane tylko w przypadku, gdy oświadczenie nie jest składane w dniu udzielenia świadczenia ⁷⁾ od _____ do _____ (rrrr/mm/dd) (rrrr/mm/dd)
IV. Podstawa prawna do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.):		
<input type="checkbox"/> objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej <input type="checkbox"/> uzyskanie decyzji, o której mowa w art. 54 ust. 1 tej ustawy ⁸⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a tej ustawy ⁹⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b tej ustawy ¹⁰⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. c tej ustawy ¹¹⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a tej ustawy ¹²⁾ <input type="checkbox"/> art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b tej ustawy ¹³⁾ <input type="checkbox"/> art. 67 ust. 4–7 tej ustawy ¹⁴⁾		
V. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona przyjmujący oświadczenie		
Stwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument potwierdzający tożsamość wpisanych w oświadczeniu z okazanymi mi dokumentami.		
1. Dane identyfikujące świadczeniodawcę albo niebędąca świadczeniodawcą osobę uprawnioną ¹⁵⁾ (nadruk albo pieczęć):	2. Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej oświadczenie ¹⁶⁾	3. Data (rrrr/mm/dd)

* Właściwe zaznaczyć.

OBJAŚNIENIA

- 1) Zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji jest poświadczenie wydawane przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń wystawiony przez zagraniczną instytucję właściwą.
- 2) Karta pobytu, o której mowa w:
 - a) ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1264, z późn. zm.) – w przypadku osoby, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - b) ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2021 r. poz. 2354, z późn. zm.) – w przypadku:
 - osoby, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d tej ustawy, posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - posiadającej status ubezpieczonego osoby nieposiadającej obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, lub Konfederacji Szwajcarskiej, która przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zezwolenia na pobyt czasowy z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 181 ust. 1 tej ustawy, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej albo zgody na pobyt ze względów humanitarnych.
- 3) Dokument podróży, w rozumieniu art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, w przypadku posiadającego status ubezpieczonego cudzoziemca lub obywatela państwa członkowskiego Unii Europejskiej, państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, lub Konfederacji Szwajcarskiej albo dokument podróży przewidziany w Konwencji Genewskiej, o którym mowa w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – w przypadku osoby posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy.
- 4) Dokument potwierdzający posiadanie zgody na pobyt tolerowany o nazwie „zgoda na pobyt tolerowany”, o którym mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach – w przypadku posiadającej status ubezpieczonego osoby nieposiadającej obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, lub Konfederacji Szwajcarskiej, która przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zgody na pobyt tolerowany.
- 5) Polski dokument tożsamości cudzoziemca, o którym mowa w art. 260–261 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.
- 6) Opiekunem faktycznym jest każda osoba sprawująca bez obowiązku ustawowego stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny takiej opieki wymaga.
- 7) Zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, oświadczenie to może zostać złożone w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym – w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – pod rygorem obciążenia kosztami udzielonych świadczeń. W przypadku złożenia oświadczenia w terminie późniejszym, jednak nie dłuższym niż 1 rok od dnia upływu wskazanych terminów, świadczeniobiorca może ubiegać się u świadczeniodawcy o zwolnienie z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia albo o zwrot tych kosztów.
- 8) Dotyczy decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) potwierdzającej prawo danej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej. Decyzję tę zgodnie z art. 54 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych może uzyskać osoba inna niż ubezpieczona, która spełnia łącznie poniższe warunki:
 - a) posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - b) posiada obywatelstwo polskie lub uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach,
 - c) spełnia kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), i nie stwierdzono w jej przypadku okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy.

- ⁹⁾ Dotyczy osoby, która posiada obywatelstwo polskie i nie ukończyła 18. roku życia. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- ¹⁰⁾ Dotyczy osoby, która nie ukończyła 18. roku życia, posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- ¹¹⁾ Dotyczy osoby, która nie ukończyła 18. roku życia, pobiera rentę rodzinną oraz posiada miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym albo nie posiada obywatelstwa polskiego.
- ¹²⁾ Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub pòłogu posiadającej obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- ¹³⁾ Dotyczy osoby w okresie ciąży, porodu lub pòłogu posiadającej miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach. Należy zaznaczyć tylko w przypadku, gdy osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- ¹⁴⁾ Dotyczy osoby, która po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego zachowała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:
- a) art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w okresie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
 - b) art. 67 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ukończyła:
 - szkołę ponadpodstawową – w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów,
 - studia lub szkołę doktorską – w okresie 4 miesięcy od dnia ich ukończenia albo skreślenia z listy studentów lub z listy doktorantów,
 - c) art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym lub jest członkiem rodziny osoby pobierającej ten zasiłek – w okresie pobierania tego zasiłku,
 - d) art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – ubiega się o przyznanie emerytury lub renty lub jest członkiem rodziny osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty – w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.
- ¹⁵⁾ W przypadku świadczeniodawcy:
- a) nazwa (firma),
 - b) adres siedziby,
 - c) numer umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.
- W przypadku niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej:
- a) imię i nazwisko,
 - b) numer prawa wykonywania zawodu,
 - c) kod przynależności do danej grupy zawodowej niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- ¹⁶⁾ Świadczeniodawcy albo niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej, albo osoby przyjmującej oświadczenie w imieniu świadczeniodawcy albo niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej.

POUCZENIE

Zgodnie z art. 50 ust. 16 pkt 2 i ust. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku złożenia oświadczenia pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, z wyłączeniem świadczenia gwarantowanego z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, chyba że w chwili składania oświadczenia działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

8. Pobieramy zlecenie klikając **POBIERZ DO REALIZACJI**.

9. Realizacja zlecenia.

W górnym panelu wyświetlają się pola pomocnicze, dzięki którym można wyfiltrować wyniki pobranych zleceń.

Świadczeniodawca
Kod: 120/500152
Nazwa: TORUŃSKIE ZAKŁADY MATERIAŁÓW OPATRUNKOWYCH SPÓŁKA AKCYJNA

Realizacja zleceń zaopatrzenia medycznego

Pobierz do realizacji

Szukaj według: Nr zlecenia Zawiera **Szukaj** **Złóż rekordy**

Status realizacji: -- wybierz -- Soczewki okularowe:

Wyrób medyczny:

Status weryfikacji: -- wybierz -- Wynik weryfikacji: -- wybierz --

Data pobrania: ostatni miesiąc

Data wydania: -

Realizacja: własne podwykonawcy

Odśwież listę

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr zlecenia Okres realizacji Status realizacji	Data pobrania Data wydania Data wycofania	Status weryfikacji Wynik weryfikacji	Świadczeniobiorca	Zlecony wyrób OW finansujący	Operacje
-----	--	---	---	-------------------	---------------------------------	----------

Pobrane zlecenie wyświetli się w dolnym panelu, jeżeli w kolumnie **Status weryfikacji** wyświetla się status jako **W trakcie weryfikacji**, należy kliknąć **ODŚWIEŻ LISTĘ**.

Odśwież listę

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr zlecenia Okres realizacji Status realizacji	Data pobrania Data wydania Data wycofania	Status weryfikacji Wynik weryfikacji	Świadczeniobiorca	Zlecony wyrób	Operacje
1.	Nr: TD-19-000644738-S Okres: - Status: Żądanie pobrania	Pobr.: 2019-11-27 Wyd.: - Wycof.: -	Status: W trakcie weryfikacji Wynik: -	Typ id.: PESEL Id.: 80111568044 Im. i nazw.: T T Data ur.: 1980-11-15 (39)	R.127	-

Po odświeżeniu listy, zlecenie po pozytywnej weryfikacji w kolumnie Operacje będzie miało dwa pola do wyboru **Realizuj** i **Wycofaj**.

➔ Jeżeli w miejscu realizacji nie będzie realizowane dane zlecenie, należy wybrać **Wycofaj**, wówczas pacjent ma możliwość zrealizowania zlecenia w innym miejscu.

➔ Jeżeli decydujemy się na realizację zlecenia zatwierdzamy ten wybór klikając **Realizuj**

Odśwież listę

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr zlecenia Okres realizacji Status realizacji	Data pobrania Data wydania Data wycofania	Status weryfikacji Wynik weryfikacji	Świadczeniobiorca	Zlecony wyrób	Operacje
1.	Nr: T1-19-00000106-1 Okres: 2019-10 przez 3 m-ce Status: Pobrane do realizacji	Data pobr.: 2019-10-16 Data wyd.: - Data wycof.: -	Status: - Wynik: -	Typ id.: INEW Id.: Im. i nazw.: tom ; Data ur.: 1979-10-10 (40)	R.100.PM	realizuj wycofaj

10. Uzupełniamy dane dotyczące zlecenia:

→ **DANE REALIZACJI** ○ DATA REALIZACJI **UZUPEŁNIAMY!**

- ✓ Data realizacji nie może być wcześniejsza niż data pobrania zlecenia do realizacji.
- ✓ **Rejestracja realizacji zlecenia nie może być wykonana później niż w terminie 7 dni od rzeczywistej daty realizacji**
- ✓ Data realizacji nie może być późniejsza niż data ważności zlecenia zaopatrzenia
 - REJESTRACJA REALIZACJI WSTECZ **UZUPEŁNIAMY!**
 - MIEJSCE W UMOWIE REALIZUJĄCEJ ZLECENIE **UZUPEŁNIAMY!**

Kod MZ	Kod wyrobu	Umiejscowienie	Liczba sztuk	Limit ceny	Rodzaj limitu ceny	Refundacja	Data ważności
R100	R100.PM	-	30	77	dla potwierdzonej liczby sztuk	100%	2020-08-31

Automatycznie wczytane zostaną dane **Potwierdzone wyroby medyczne**. Tych danych nie edytujemy.

→ **WYDANE WYROBY MEDYCZNE**

- WYRÓB MEDYCZNY (P.100 lub P.101) **UZUPEŁNIAMY!**
- KWOTA REFUNDACJI **UZUPEŁNIAMY!**
- KWOTA DOPŁATY **UZUPEŁNIAMY!**

→ **PRODUKTY HANDLOWE**

- PRODUKTY **UZUPEŁNIAMY!**
- LICZBA WYDANYCH SZTUK **UZUPEŁNIAMY!**

Wydane wyroby medyczne

1) Potwierdzony wyrób

Wyrób medyczny **WYBIERAMY P.100 lub P.101**

Kwota refundacji Kwota dopłaty Łączna kwota za wyrób medyczny

Produkty handlowe

Produkty **WYBIERAMY Z LISTY ROZWIJANEJ**

Wytwórca

Model

Nazwa handlowa

Numer seryjny

Liczba wydanych sztuk zba wydanych Cena detaliczna sztuki na detaliczna:

- ✓ **KWOTA REFUNDACJI** – SYSTEM DOMYŚLNIE DLA WYBRANEGO KODU PODPOWIADA KWOTĘ
- ✓ **PRODUKTY** – **NALEŻY ROZPOCZĄĆ WPISYWANIE NAZWY HANDLOWEJ PRODUKTU** NP. SUPER SENI PLUS I WYBRAĆ MODEL TJ. ROZMIAR PRODUKTU (SYSTEM SAM PODPOWIE JAKIE SĄ ROZMIARY DANEGO PRODUKTU)
- ✓ **WYTWÓRCA, MODEL, NAZWA HANDLOWA** – POLA UZUPEŁNIĄ SIĘ AUTOMATYCZNIE
- ✓ **REALIZACJA ZLECENIA ODBYWA SIĘ W CENIE, KTÓRA JEST ZAANEKSOWANA W UMOWIE Z TZMO S.A. (NIE NIŻSZEJ!)**
- ✓ **NUMER SERYJNY** – **DLA ŚRODKÓW POMOCNICZYCH NIE UZUPEŁNIAĆ !!!**
- ✓ **REALIZUJĄC ZLECENIE NA WIĘCEJ NIŻ JEDEN RODZAJ WYROBU MEDYCZNEGO NALEŻY DRUGI PRODUKT DODAĆ POPRZEC KLIKNIĘCIE **+DODAJ PRODUKT HANDLOWY****

→ OSOBA WYDAJĄCA WYRÓB

Należy podać imię i nazwisko osoby realizującej zlecenie – osoby, która jest zgłoszona do zawartej pomiędzy NFZ a Świadczeniodawcą umowy z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne.

→ ODBIÓR WYROBU

Klikamy **POTWIERDZENIE ODBIORU**.

- **WYBIERAMY** PACJENT lub INNA OSOBA

Jeżeli osobą odbierającą wyrób medyczny nie jest pacjent, uzupełniamy dane (PESEL, IMIĘ i NAZWISKO) tej osoby.

Realizację zlecenia kończymy klikając **ZAPISZ**.

Jeżeli zlecenie jest błędnie uzupełnione lub występują pola, które nie zostały wypełnione aplikacja zwróci użytkownikowi komunikat wskazując konkretne pola wymagające uzupełnienia lub poprawy.

11. Po zapisaniu zmian dotyczących realizacji zlecenia następuje automatyczne przejście do okna **Realizacja zleceń zaopatrzenia medycznego**. Zlecenie po raz kolejny przechodzi weryfikację, która w efekcie może mieć wynik **pozytywny** lub **negatywny**. Wynik pozytywny daje możliwość wydrukowania zlecenia (**pobierz pdf**). Wynik negatywny skutkować będzie wyświetleniem się błędów (w kolumnie **Operacje** pozycja **Błądy**). Należy wówczas poprawić błędy i jeszcze raz zweryfikować zlecenie.

Czas, w którym można wycofać zlecenie to 3h od czasu jego pobrania do realizacji.

Świadczeniodawca
Kod: 120/500152
Nazwa: TORUŃSKIE ZAKŁADY MATERIAŁÓW OPATRUŃKOWYCH SPÓŁKA AKCYJNA

Realizacja zleceń zaopatrzenia medycznego

[Pobierz do realizacji](#)

Szukaj według: Nr zlecenia Zawiera [Szukaj](#) [Złóż rekordy](#)

Status realizacji: -- wybierz -- Soczewki okularowe:

Wyrób medyczny:

Status weryfikacji: -- wybierz -- Wynik weryfikacji: -- wybierz --

Data pobrania: ostatni miesiąc

Data wydania: -

Realizacje: własne podwykonawcy

[Odbierz listę](#)

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr zlecenia Okres realizacji Status realizacji	Data pobrania Data wydania Data wysłania	Status weryfikacji Wynik weryfikacji	Świadczeniobiorca	Zlecony wyrób	Operacje
1.	Nr: T1-19-000040451-4 Okres: 2019-11 przez 1 m-c Status: Zrealizowane	Pobr.: 2019-11-26 Wyd.: 2019-11-26 Wycof.: -	Status: - Wynik: -	Typ id.: INNY Id.: 9370281 Im. i nazw.: Nikol Nowak Data ur.: 1990-01-01 (29)	P.100.PM	pobierz pdf zrealizuj

Pobranie potwierdzenia realizacji

Nr zlecenia: T1-19-000040451-4
Świadczeniobiorca: Nikol Nowak

[Anuluj](#) [Dalej →](#)

Pobranie potwierdzenia realizacji

Nr zlecenia: T1-19-000040451-4
Świadczeniobiorca: Nikol Nowak

Stan procesu

Data rozpoczęcia generacji: 2019-11-26 11:10:52
Całkowity czas generacji: 1,24 sec.
Status: DOKUMENT WYGENEROWANY

[pobierz plik](#)

[Anuluj](#) [← Wstec](#) [Zakończ →](#)

Wybieramy **Pobierz pdf**. Klikając **Dalej** przechodzimy do etapu generowania zlecenia, w efekcie czego dzięki **Pobierz plik** możemy pobrać w pliku pdf zrealizowane zlecenie i je wydrukować. **Na wydrukowanym zleceniu osoba realizująca zlecenia się podpisuje w części IV.B.2.**

REJESTRACJA REALIZACJI ZLECENIA WSTECZ

W przypadku, gdy w **Dane realizacji** (punkt 10.) oznaczymy **Rejestracja realizacji wstecz** jako „TAK” wówczas mamy możliwość zarejestrowania realizacji zlecenia z datą wsteczną oraz zmianę limitu finansowania.

Rejestracja realizacji wstecz jest możliwa do 7 dni od faktycznej daty realizacji zlecenia.

Oznaczenie **Zmiana limitu finansowania** spowoduje wyświetlenie się dodatkowych pól do uzupełnienia:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> WYRÓB MEDYCZNY (P.100 lub P.101) | <input type="checkbox"/> KWOTA REFUNDACJI |
| <input type="checkbox"/> LIMIT CENY | <input type="checkbox"/> PRZYCZYNY ZMIANY |
| <input type="checkbox"/> RODZAJ LIMITU CENY | <input type="checkbox"/> KWOTA DOPŁATY |
| <input type="checkbox"/> REFUNDACJA (W %) | |

WYCOFANIE ZREALIZOWANEGO ZLECENIA

Świadczeniodawca
Kod: 120/500152
Nazwa: TORUŃSKIE ZAKŁADY MATERIAŁÓW OPATRUNKOWYCH SPÓŁKA AKCYJNA

Realizacja zleceń zaopatrzenia medycznego

[Pobierz do realizacji](#)

Szukaj według: Nr zlecenia Zawiera [Szukaj](#) [Złóż rekordy](#)

Status realizacji: -- wybierz -- Soczewki okularowe:

Wyrób medyczny:

Status weryfikacji: -- wybierz -- Wynik weryfikacji: -- wybierz --

Data pobrania: ostatni miesiąc

Data wydania: -

Realizacja: własne podwykonawcy

[Odsiewz Intg](#)

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Nr zlecenia Okres realizacji Status realizacji	Data pobrania Data wydania Data wycofania	Status weryfikacji Wynik weryfikacji	Świadczeniobiorca	Zlecony wyrób	Operacje
1.	Nr: T1-19-000040451-4 Okres: 2019-11 przez 1 m-c Status: Zrealizowane	Pobr.: 2019-11-26 Wyd.: 2019-11-26 Wycof.: -	Status: - Wynik: -	Typ id.: INNY Id.: 9370281 Im. i nazw.: Nikol Nowak Data ur.: 1990-01-01 (29)	R.100.PM	pobierz pdf wycofaj

Jeżeli z jakiś przyczyn musimy wycofać pobrane zlecenie, klikamy [Wycofaj](#) - pojawi się nowe okno, w którym należy podać powód wycofania zlecenia.

Zlecenie można wycofać w ciągu 3h od zrealizowania.

Wycofanie realizacji zlecenia

INFORMACJE PODSTAWOWE

Nr zlecenia: T1-19-000040451-4
Data wycofania: 2019-11-26
Przyczyna:*

* pola wymagane

[Anuluj](#) [Zabierz](#)

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

WZÓR ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE OBOWIĄZUJĄCE OD 1 STYCZNIA 2023 r. (ROZPORZĄDZENIE MZ Z DNIA 13.12.2022 r.)

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2022 r. (Dz. U. poz....)

Załącznik nr 1

Wzór*

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE					
IDENTYFIKACJA ZLECENIA		<input type="checkbox"/> ZLECENIE		<input type="checkbox"/> KONTYNUACJA ZLECENIA ¹⁾	
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)			Kod kreskowy (nadany przez NFZ)		
CZĘŚĆ I. WYSTAWIENIE ZLECENIA (WYPEŁNIA I DRUKUJE OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)					
I.A. DANE PODMIOTU, W RAMACH KTÓREGO WYSTAWIONO ZLECENIE					
I.A.1 Nazwa		I.A.2 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu lub pieczętka zawierająca dane z pól I.A.1-3			
I.A.3 REGON ²⁾					
I.B. DANE PACJENTA					
I.B.1 Imię (imiona)			I.B.2 Nazwisko		
I.B.3 Numer PESEL		I.B.4 Data urodzenia ³⁾	I.B.5 Płeć ³⁾	I.B.6 Symbol państwa, jeżeli dotyczy ⁴⁾	I.B.7 Rodzaj i numer dokumentu uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, jeżeli dotyczy
I.B.8 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ³⁾				I.B.9 Seria i numer ³⁾	
<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ⁵⁾					
I.BA. UPRAWNIENIA					
I.BA.1 UPRAWNIENIE DODATKOWE LUB INNE UPRAWNIENIE, Z KTÓREGO BĘDZIE KORZYSTAŁ PACJENT					
	I.BA.2 Rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe lub wpisanie litery „C” na oznaczenie kobiety w ciąży	I.BA.3 Numer dokumentu z pkt I.BA.2 ⁶⁾	I.BA.4 Data ważności dokumentu z pkt I.BA.2 ⁶⁾	I.BA.5 Data wystawienia dokumentu z pkt I.BA.2 ⁶⁾	I.BA.6 Numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, która wystawiła dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe, jeżeli dotyczy ⁶⁾
I.BA.7 Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ⁶⁾					

Objaśnienia:

*Wzór może być edytowany w ten sposób, że właściwe jego komórki mogą być powiększone, jeżeli jest to niezbędne do zamieszczenia w danej komórce wymaganej informacji, której objętość wykracza poza rozmiar tej komórki określony we wzorze.

¹⁾ Dotyczy wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie (wypełnia osoba uprawniona do wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne).

²⁾ Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

³⁾ Należy wypełnić w przypadku, gdy pacjent nie ma numeru PESEL.

⁴⁾ Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

⁵⁾ W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.

⁶⁾ Wypełnia się, jeżeli dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe zawiera daną informację.

Unikalny numer identyfikacyjny (na dany przez NFZ)	Kod kreskowy (nadany przez NFZ)
--	---------------------------------

I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO
I.C.1 Wyrób medyczny⁷⁾

I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa	I.C.1.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
I.C.1.3 Liczba przetok (dotyczy stomii)	I.C.1.4 Rodzaj przetok (dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> urostomia <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> nefrostomia <input type="checkbox"/> inna			
I.C.1.5 Kod ICD-10 (uzasadnienie obejmujące jednostronkowe dane medyczne pacjenta)	I.C.1.6 Liczba sztuk (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)	I.C.1.7 Liczba sztuk na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń ⁸⁾	I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR)	I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1-12)
I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego	I.C.1.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego⁹⁾	I.C.1.12 Dodatkowe informacje dotyczące wyrobu¹⁰⁾		

I.C.2 Soczewki okularowe

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

I.D. DODATKOWE WSKAZANIA OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA

I.D.1 <input type="checkbox"/> Skrócenie okresu użytkowania wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy
I.D.2 Uzasadnienie skrócenia okresu użytkowania

I.E. DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA ZLECENIA

I.E.1 Numer prawa wykonywania zawodu lub pieczętka zawierająca dane z pól I.E.1 i I.E.3		
I.E.2 Data wystawienia	I.E.3 Imię (imiona) i nazwisko	I.E.4 Podpis

Objaśnienia:

⁷⁾ W przypadku soczewek okularowych należy uzupełnić tylko te pola, które dotyczą tej kategorii wyrobów medycznych.

⁸⁾ W przypadku wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie, dla których nie została określona liczba sztuk w przepisach, wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 463, z późn. zm.), należy wpisać liczbę 1 albo jej wielokrotność (w przypadku uprawnień dodatkowych), z dokładnością do 1 miejsca po przecinku.

⁹⁾ Kryteria przyznawania wyrobu medycznego wydawanego na zlecenie zostały określone w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.

¹⁰⁾ Należy wpisać dodatkowe informacje dotyczące wyrobu np. stopień ucisku, preferowane wyposażenie dodatkowe itp.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)	Kod kreskowy (nadany przez NFZ)					
CZĘŚĆ II. WERYFIKACJA ZLECENIA (DOKONYWANA PRZEZ NFZ ZA POŚREDNICTWEM SERWISÓW INTERNETOWYCH LUB USŁUG INFORMATYCZNYCH NFZ ALBO BEZPOŚREDNIO W ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NFZ – WÓWCZAS DRUKUJE OSOBA UPRAWNIIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)						
II.A. WYNIK WERYFIKACJI						
II.A.1 Wynik weryfikacji <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ ¹¹⁾					
II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia	II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia					
II.B. POTWIERDZENIE LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH WYROBU MEDYCZNEGO						
II.B.1 Grupa i liczba porządkowa	II.B.2 Kod wyrobu medycznego	II.B.3 Umiejscowienie (L– lewostronne, P– prawostronne), jeżeli dotyczy	II.B.4 Potwierdzona liczba sztuk	II.B.5 Limit finansowania	II.B.6 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania ¹²⁾	II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania ¹³⁾
II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI (JEŻELI DOTYCZY)						
II.D. INFORMACJE DLA PACJENTA						
II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA						
II.E.1 Data weryfikacji	II.E.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ/Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ					

Objaśnienia:

¹¹⁾ Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.

¹²⁾ Wysokość udziału własnego pacjenta w limicie finansowania ze środków publicznych została określona w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

¹³⁾ Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego nie dotyczy kobiet w ciąży.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)	Kod kreskowy (nadany przez NFZ)
---	---------------------------------

CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI ¹⁴⁾)

III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA

III.A.1 Data przyjęcia do realizacji	III.A.2 <input type="checkbox"/> częściowa realizacja zlecenia	III.A.3 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy realizacja zlecenia <small>(słownie)</small>
--------------------------------------	---	---

III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE

III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy	III.B.2 REGON ¹⁵⁾ <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu	III.B.4 Numer umowy z NFZ										

III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

III.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK-OŚWIADCZENIE ¹⁶⁾	III.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	III.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt III.C.2
III.C.4 Czy zmiana wieku pacjenta wpływa na limit finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	III.C.5 Czy nastąpiła zmiana limitu finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	III.C.6 Limit finansowania
		III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania

CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

IV.A.1 Kod wyrobu medycznego	IV.A.2 Umiejscowienie (L–lewostronne, P–prawostronne), jeżeli dotyczy	IV.A.3 Wytwórca, model, nazwa handlowa i numer seryjny ¹⁷⁾	IV.A.4 Liczba wydanych sztuk	IV.A.5 Cena detaliczna sztuki	IV.A.6 Informacja o miesiącu lub miesiącach, których dotyczy odbiór częściowy, jeżeli dotyczy
IV.A.7 Łączna kwota		IV.A.8 Kwota refundacji	IV.A.9 Kwota dopłaty pacjenta		

IV.B. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

IV.B.1 Data wydania	IV.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis
---------------------	---

IV.C. DANE DOTYCZĄCE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA LUB ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

IV.C.1 Osoba odbierająca <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> inna osoba odbierająca												
IV.C.2 Imię (imiona) ¹⁸⁾	IV.C.3 Nazwisko ¹⁸⁾	IV.C.4 Numer PESEL ¹⁸⁾ <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
IV.C.5 Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość ¹⁹⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> inny ¹⁹⁾		IV.C.6 Seria i numer ¹⁹⁾ (należy wypełnić w przypadku, gdy osoba odbierająca nie ma numeru PESEL) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
IV.C.7 Data odbioru												

Objaśnienia:

¹⁴⁾ W przypadku realizowania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne częściami świadczeniodawca realizujący zlecenie każdorazowo przy wydaniu wyrobu medycznego drukuje części III i IV wzoru.

¹⁵⁾ Numer identyfikacyjny REGON. Należy wskazać REGON – 9 cyfr dla praktyk zawodowych albo 14 cyfr dla jednostek organizacyjnych.

¹⁶⁾ Należy zaznaczyć w przypadku złożenia przez pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika albo opiekuna faktycznego oświadczenia o potwierdzeniu posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

¹⁷⁾ Numer seryjny należy wpisać, jeżeli został on nadany wydawanej sztuce wyrobu medycznego.

¹⁸⁾ Wypełnia się w przypadku, gdy osobą odbierającą jest inna osoba niż pacjent. W przypadku pacjenta wypełnia się, jeżeli dane pacjenta zamieszczone w sekcji I.B. uległy zmianie.

¹⁹⁾ W przypadku zaznaczenia pola „inny” należy wpisać rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość oraz państwo wydania dokumentu.

DOKUMENTY UPRAWNIAJĄCE ŚWIADCZENIOBORCĘ DO SKORZYSTANIA Z UPRAWNIĘĆ DODATKOWYCH PRZY REALIZACJI ZLECEŃ NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

OSOBY O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI 47 ZN / 47 ZND

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności mają prawo do wyrobów medycznych, wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2017 r. poz. 1061, z późn. zm.) do wysokości limitu finansowania, według wskazań medycznych, bez uwzględnienia okresów użytkowania. Ponadto o ilości miesięcznego zaopatrzenia w wyroby decyduje każdorazowo osoba uprawniona do wystawienia zlecenia (art. 47c ust. 1b).

Orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności wydane przez:

- a) powiatowe/miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności;
- b) wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności.

Za równorzędne z ww. orzeczeniami uznaje się:

- a) **orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidów** wydane przed 1 stycznia 1998 r. przez Komisje Lekarskie ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia;
- b) **orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji** wydane przez lekarza orzecznika ZUS;
- c) **orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji** wydane przez lekarza orzecznika ZUS;
- d) **orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym**, pod warunkiem uzyskania przez daną osobę prawa do zasiłku pielęgnacyjnego, wydane przez KRUS przed 1 stycznia 1998 r.;
- e) **orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidztwa** wydane przez komisje lekarskie podległe MON lub MSWiA, przed 1 stycznia 1998 r., na podstawie odrębnych przepisów dotyczących niezdolności do służby.

W przypadku dzieci do ukończenia 16 roku życia wydawane są orzeczenia o niepełnosprawności (brak oznaczenia stopnia).

..... dn. r.

.....
(pieczęć zespołu orzekającego)

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Na podstawie art. 6b ust. 1 w zw. z art. 4a ust. 1 i art. 6b ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (j. t. Dz. U. z 2011 r., Nr 127, poz. 721) Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w po rozpatrzeniu na posiedzeniu w dniu wniosku z dnia w sprawie

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Numer PESEL
Rodzaj i numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania

.....
postanawia

I. ZALICZYĆ DO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
II. Symbol przyczyny niepełnosprawności
III. Niepełnosprawność datuje się od
IV. Orzeczenie wydaje się do

WSKAZANIA DOTYCZĄCE
1) odpowiedniego zatrudnienia
2) szkolenia, w tym specjalistycznego
3) zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej
4) uczestnictwa w terapii zajęciowej
5) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby
6) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki
7) konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji
8) konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji
9) spełnienia przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997r. Prawo o ruchu drogowym (j. t. Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, z późn. zm.)
10) prawa do zamieszkania w oddzielnym pokoju

Uzasadnienie

.....
.....
.....

Pouczenie

Od niniejszego orzeczenia przysługuje odwołanie do za pośrednictwem
który je wydał, w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia.

Podpisy członków składu orzekającego
1.
2.
3.

.....
pieczęć i podpis
przewodniczącego składu orzekającego

Dokumentem potwierdzającym uprawnienia dodatkowe identyczne z osobami o znacznym stopniu niepełnosprawności jest orzeczenie z zaznaczoną informacją „TAK” w punkcie 7 oraz 8.

Wyroki sądowe

Wyroki sądu pracy i ubezpieczeń społecznych wydane w postępowaniu odwoławczym od:

- orzeczenia wydanego przez wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności,
 - decyzji organu rentowego w sprawie ubezpieczeń społecznych,
- stanowią podstawę do zaliczenia danej osoby do osób niepełnosprawnych.

Uwaga! W przypadku uzyskania wyroku sądowego, który w części modyfikuje orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności dokumentami potwierdzającymi status osoby niepełnosprawnej są wyrok sądu oraz orzeczenie zespołu w części nie objętej rozstrzygnięciem sadu zawartym w wyroku.

Ważne! W przypadku braku wewnętrznej spójności wyroku sądu pracy i ubezpieczeń społecznych i orzeczenia zespołu wojewódzkiego w części nie zaskarżonej zespołu wojewódzkie nie są uprawnione zarówno do zmiany orzeczenia w części niezaskarżonej, jak też zmiany wyroku sądu celem zapewnienia wewnętrznej spójności takiego rozstrzygnięcia. Zespoły wojewódzkie są związane rozstrzygnięciem zawartym w wyroku sądu.

Legitymacje

Legitymacje wydane w różnym czasie, nie zawsze zawierają określenie będące podstawą do korzystania z omawianego uprawnienia, lub też będą zawierały, ale nie będzie możliwe ich odczytanie z uwagi na zakodowanie pod postacią QR kodu.

Ważne jest, że stopień niepełnosprawności wpisuje się w legitymacji wyłącznie na wniosek osoby niepełnosprawnej. Do 31 sierpnia 2017 r. stopień niepełnosprawności wpisywany był z urzędu.

Jeżeli osoby chcące korzystać z uprawnienia przysługującego osobom uznanym za niepełnosprawne o znacznym stopniu niepełnosprawności, będą okazywać się legitymacją osoby niepełnosprawnej, nie pozwalającymi jednoznacznie stwierdzić, że dotyczą znacznego stopnia niepełnosprawności, należy prosić o okazanie dokumentu źródłowego tj. orzeczenia. Należy też zwrócić uwagę na termin ważności legitymacji.

Strona 1

POWATOWY (MIEJSKI) ZESPÓŁ
DO SPRAW ORZĘKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

LEGITYMACJA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Nr.....

mp.

(podpis posiadacza legitymacji)

(imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

Strona 2

Stopień niepełnosprawności:

na stałe/do dnia"

Symbol przyczyny niepełnosprawności **

Legitymacja ważna na stałe/do dnia"

Legitymacja upoważnia do korzystania
z ulg i uprawnień

mp.

(data, pieczęć starosty i podpis)

* Niepotrzebne skreślić.
** Wpisuje się na wniosek osoby zainteresowanej.



o DZIECI OBJĘTE USTAWĄ „ZA ŻYCIEM” 47 DN

Na podstawie ustawy z dnia 4.11.2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860 z 2016 r.) pacjenci na podstawie zaświadczenia lekarza (wzór poniżej) oraz na zlecenie osoby uprawnionej, przysługują wyroby medyczne do wysokości limitu, według wskazań medycznych bez uwzględnienia okresów użytkowania. Ponadto o ilości miesięcznego zaopatrzenia w wyroby

medyczne przystępujące comiesięcznie decyduje każdorazowo osoba uprawniona do wystawienia zlecenia

Dokument potwierdzający uprawnienia: Zaświadczenie lekarskie, które potwierdza u dziecka **ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu**, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Zaświadczenie takie może być wystawione wyłącznie przez lekarza, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii. Przepisy nie określają szczegółowo wzoru takiego zaświadczenia.

.....dnia..... r.

..... nazwa i adres podmiotu leczniczego miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860) oraz art. 47 ust. 1a i art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1792, z późn. zm.)

Nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia

Numer PESEL dziecka (o ile został nadany).....

zamieszkała(y).....

Cierpi na **ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu**, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

.....
Pieczęćka i podpis lekarza

o INWALIDZI WOJENNI / INWALIDZI WOJSKOWI

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych inwalidzi wojenni/wojskowi mają prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie osoby uprawnionej do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji (art. 47 ust.1).

Dokumenty potwierdzające uprawnienia: Książka inwalidy wojennego - wojskowego zgodna z wpisem i wydawana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, symbol Rw-51, wydana po 26 lipca 2004r. (ZIELONA SZTYWNA OKŁADKA)

**KSIĄŻKA INWALIDY
WOJENNEGO-WOJSKOWEGO**

Fotoğraf

no.

(pripa probelachak)

Książka wchodzi jądır:

20 ... s.	20 ... s.	20 ... s.	20 ... s.
20 ... s.	20 ... s.	20 ... s.	20 ... s.

Strona 2 okładki (wewnętrzna)
Strona na wpisy urzędowe

.....
(nazwa podmiotu)

Książka nr

Renta nr

INWALIDA WOJENNYWOJSKOWY

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

(data wystawienia)

no

.....
Imię i nazwisko wystawiaczki

ZUS Rw-51

o OSOBY REPRESJONOWANE

Na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoby represjonowane mają prawo do korzystania z bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie osoby uprawnionej do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust.4 ustawy o refundacji (art. 47 ust.1).

Dokumenty potwierdzające uprawnienia: Legitymacja osoby represjonowanej wydana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych po 23 kwietnia 2003r., symbol Rw-52. (BRĄZOWA SZTYWNA OKŁADKA)

LEGITYMACJA OSOBY REPRESJONOWANEJ

Fotografia

M.Z.

(zgodnie z przepisami legitymacji)

Legitymacja ważna jest do:

20 ... r.	20 ... r.	20 ... r.	20 ... r.
20 ... r.	20 ... r.	20 ... r.	20 ... r.

Legitymacja nr
 Renta nr
OSOBA REPRESJONOWANA

Nazwisko
 Imię
 Data urodzenia
 (data wyemancypacji)

M.Z.
 (zgodnie z przepisami legitymacji)

2118 Rw-52

o CYWILNE NIEWIDOME OFIARY DZIAŁAŃ WOJENNYCH

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych cywilne niewidome ofiary działań wojennych mają prawo do korzystania z bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie osoby uprawnionej do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust.4 ustawy o refundacji (art. 47 ust.1).

Dokumenty potwierdzające uprawnienia: Legitymacja cywilnej niewidomej ofiary działań wojennych wydawana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

LEGITYMACJA CYWILNEJ NIEWIDOMEJ OFIARY DZIAŁAŃ WOJENNYCH

Fotografia

M.P.

(zgodnie z przepisami legitymacji)

Legitymacja ważna jest do:

20 ... r.	20 ... r.	20 ... r.	20 ... r.
20 ... r.	20 ... r.	20 ... r.	20 ... r.

Legitymacja nr
 Decyzja nr
CYWILNA NIEWIDOMA OFIARA DZIAŁAŃ WOJENNYCH

Nazwisko
 Imię
 Data urodzenia
 (data wyemancypacji)

M.P.
 (zgodnie z przepisami legitymacji)

o UPRAWNIENI ŻOŁNIERZE LUB PRACOWNICY WOJSKA W ZAKRESIE LECZENIA URAZÓW LUB CHOROÓB NABYTYCH PODCZAS WYKONYWANIA ZADAŃ ZA GRANICĄ

Na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uprawnieni żołnierze lub pracownicy wojska w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa mają prawo do korzystania z bezpłatnych

wyrobów medycznych na zlecenie osoby uprawnionej do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych **w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa** (art. 47 ust. 2).

Dokument potwierdzający uprawnienia: Legitymacja osoby poszkodowanej – wzór określa Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 23 marca 2012r. w sprawie dokumentu potwierdzającego uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi i weteranowi poszkodowanemu (Dz. U. poz. 345 z późn. zm.), w związku z art. 47b ust. 1 i 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.



o WETERANI POSZKODOWANI W DZIAŁANIACH POZA GRANICAMI PAŃSTWA W ZAKRESIE LECZENIA URAZÓW

Na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych weterani poszkodowani w działaniach poza granicami państwa **w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa** mają prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie osoby uprawnionej, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (art. 47 ust. 2a).

Dokumenty potwierdzające uprawnienia:

- Dokument potwierdzający uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługujący uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi i weteranowi poszkodowanemu wydany przez komórkę właściwą ds. weteranów odpowiednio MON. Legitymacja weterana poszkodowanego - żołnierza.
- Dokument potwierdzający uprawnienia przysługujące weteranom poszkodowanym funkcjonariuszom ABW wydany przez komórkę właściwą ds. weteranów odpowiednio ABW. Legitymacja weterana poszkodowanego - funkcjonariusza ABW.
- Dokument potwierdzający uprawnienia przysługujące weteranom poszkodowanym funkcjonariuszom wydany przez komórkę właściwą ds. weteranów odpowiednio MSW.
- Legitymacja weterana poszkodowanego - funkcjonariusza.



Pacjent posiadający więcej niż jedno uprawnienie dodatkowe musi zdecydować, z którego uprawnienia zamierza przy realizacji zlecenia skorzystać.

Nie ma możliwości sumowania uprawnień, np.: osoba posiada zlecenie na pieluchomajtki (P.101) ma jednocześnie orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz legitymację inwalidy wojennego - musi zdecydować czy chce skorzystać ze 100 % refundacji do limitu, ale zakupić nie więcej niż 90 sztuk pieluchomajtek na miesiąc czy kupić więcej sztuk (np. 120 sztuk na miesiąc) przy zachowaniu 30% odpłatności pacjenta.

Uprawnień dodatkowych w zakresie wyrobów medycznych NIE POSIADAJĄ m. in.:

- **Kombatanci -legitymacje kombatanta** wydane przez Urząd ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych;
- Polacy Poszkodowani przez III Rzeszę – legitymacje wydaje Stowarzyszenie;
- Bojownicy o Wolność i Demokrację – legitymacje wydane przez Urząd ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych;
- **Małżonkowie inwalidów wojennych i osób represjonowanych (wdowy/wdowcy);**
- Zasłużeni dawcy przeszczepu;
- Zasłużeni honorowi dawcy krwi;
- **Osoby posiadające I grupę inwalidztwa** wydane przez komisje lekarskie podległe MON lub MSWiA, **po 1 stycznia 1998 r**

PODSTAWY PRAWNE DOTYCZĄCE REALIZACJI ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE OD 1 STYCZNIA 2020r

Ustawa z dnia 12 maja 2011r o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zmieniona:

- Ustawą z dnia 20 lipca 2018r o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1515),
- Ustawą z dnia 6 grudnia 2018r o zmianie niektórych innych ustaw w związku z eskierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczeni opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2429),
- Ustawą z dnia 16 maja 2019r o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1096)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2022 r. w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. poz. 2713)

Zapraszamy do odwiedzania strony **seni.pl**, na której znajdą Państwo wszystkie aktualne informacje dotyczące refundacji środków pomocniczych, zapoznają się z pełną ofertą produktów marki Seni i zamówią bezpłatne ich próbki. Zachęcamy również do kontaktu z Biurem Refundacji (**refundacja.seni@tzmo-global.com**) lub Naszym Przedstawicielem Handlowym, który jest Państwa Opiekunem!

Znasz już nasze produkty?
Jeżeli nie, zamów **bezpłatny Poradnik i próbki.**

