


Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ) 1-20-000123283-8	Kod kreskowy (nadany przez NFZ) 
--	--

I.C. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO

I.C.1 Wyrób medyczny⁷⁾

I.C.1.1 Grupa i liczba porządkowa P.101	I.C.1.2 Umiejscowienie (nie dotyczy stomii) <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/> prawostronne <input checked="" 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"/> przetoka ślinowa <input type="checkbox"/> nefrostomia			
I.C.1.5 Kod ICD-10 (uzasadnienie obejmujące jednostkowe dane medyczne pacjenta) F.03	I.C.1.6 Liczba sztuk (dotyczy zleceń innych niż comiesięczne)	I.C.1.7 Liczba sztuk na miesiąc (dotyczy comiesięcznych zleceń) 90	I.C.1.8 Pierwszy miesiąc zaopatrzenia comiesięcznego (format: MM-RRRR) 01-2020	I.C.1.9 Liczba miesięcy zaopatrzenia comiesięcznego (1-12) 6

I.C.1.10 Nazwa wyrobu medycznego Z – PIELUCHOMAJTKI LUB ZAMIENNIKI	I.C.1.11 Kryteria przyznania wyrobu medycznego⁸⁾ 87 - Neurogenne i nieneurogenne nietrzymania moczu lub stolca (z wyłączeniem wysiłkowego nietrzymania moczu) i występowanie co najmniej jednego z kryteriów: głębokie upośledzenie umysłowe, zespoły ośpienne o różnej etiologii, - wady wrodzone i choroby układu nerwowego, trwałe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, wady wrodzone dolnych dróg moczowych będące przyczyną nietrzymania moczu, jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie dróg moczowych będące przyczyną nietrzymania moczu, jatrogenne lub pourazowe uszkodzenie układu pokarmowego będące przyczyną nietrzymania stolca
--	--

I.C.2 Soczewki okularowe

		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	Odległość źrenic mm
Do dali	OP					
	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 W przypadku wystawienia ręcznego musi być pieczętka osoby wystawiającej zlecenie wraz z numerem PWZ

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 1234567		
I.E.2 Data wystawienia 16.01.2020	I.E.3 Imię (imiona) i nazwisko Jan Nowak	I.E.4 Podpis <i>Jan Nowak</i>

Objaśnienia:

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

⁸⁾ 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 (Dz. U. z 2019 r. poz. 784, 999 i 1096). W przypadku zaopatrzenia obustronnego należy określić kryterium dla każdej strony osobno.

Numer ewidencyjny zlecenia i kod kreskowy
nadawany przez NFZ po rejestracji zlecenia w eZWM

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)

1-20-000123283-8

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 UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA)

II.A. WYNIK WERYFIKACJI

II.A.1 Wynik weryfikacji

pozytywna negatywna

II.A.2 Kod oddziału wojewódzkiego NFZ⁹⁾
08R – Opolski OW NFZ

II.AA.1 Realizacja zlecenia od dnia

II.AA.2 Końcowa data realizacji zlecenia
30.06.2020

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 ¹⁰⁾	II.B.7 Data ważności potwierdzenia limitu finansowania ¹¹⁾
P.101	P.101.PM		90	90.00	70	30.06.2020

II.C. PRZYCZYNA NEGATYWNEJ WERYFIKACJI (JEŻELI DOTYCZY)

UWAGA: w przypadku negatywnej weryfikacji również zostaje nadany numer ewidencyjny i kod kreskowy dla zlecenia, należy sprawdzić wynik weryfikacji przed rozpoczęciem realizacji

II.D. INFORMACJE DLA PACJENTA

II.E. POTWIERDZENIE WERYFIKACJI ZLECENIA

II.E.1 Data weryfikacji
16.01.2020

II.E.2 Weryfikacja za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych NFZ/Imię (imiona), nazwisko i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego NFZ

Miejsce na pieczętkę i podpis pracownika NFZ w przypadku ręcznego wystawienia zlecenia przez osobę wystawiającą

Objaśnienia:

⁹⁾ Kod właściwego dla pacjenta oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który finansuje zaopatrzenie w wyroby medyczne.

¹⁰⁾ 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.

¹¹⁾ Ważność potwierdzonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego nie dotyczy kobiet w ciąży.

Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ)

1-20-000123283-8

Kod kreskowy (nadany przez NFZ)


CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI ¹²⁾)

III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA

III.A.1 Data przyjęcia do realizacji 26.03.2020	III.A.2 <input checked="" type="checkbox"/> częściowa realizacja zlecenia	III.A.3 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy realizacja zlecenia (słownie) marzec
--	--	--

III.B DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE

III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy Essity Poland Sp. z o.o.	III.B.2 REGON ¹³⁾ 1 4 6 2 3 4 8 9 7
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu PL 46-310 Opole Ozimska 72 a	III.B.4 Numer umowy z NFZ 08R/81182/12/ZPO/2020

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 checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK-OŚWIADCZENIE ¹⁴⁾	III.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami? <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE	III.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt III.C.2 Należy uzupełnić, tylko jeśli zmienił się dokument, na podstawie którego potwierdzono uprawnienia dodatkowe
III.C.4 Czy zmiana wieku pacjenta wpływa na limit finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	III.C.5 Czy nastąpiła zmiana limitu finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE	III.C.6 Limit finansowania 90.00
		III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania 70

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 ¹⁵⁾	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
1.P.101.PM		ESSITY HYGIENE AND HEALTH AB, MAJTKI CHŁONNE, TENA PANTS PLUS LARGE	90	3.05	03.2020
IV.A.7 łączna kwota 274.50		IV.A.8 Kwota refundacji 63.00	IV.A.9 Kwota dopłaty pacjenta 211.50		

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

IV.B.1 Data wydania 26-03-2020	IV.B.2 Imię (imiona), nazwisko i podpis Anita Wolna <i>Anita Wolna</i>
-----------------------------------	--

