

II. POTWIERDZENIE PRAWA DO PEŁNEJ LUB CZĘŚCIOWEJ REFUNDACJI (PO) / (SP)

Kod tytułu uprawnienia _____

Kod tytułu uprawnienia dodatkowego _____

Nazwa Oddziału Funduszu _____ Nr Oddziału Funduszu: _____

KOD (PO)/(SP)

Limit cenowy _____ Refundacja NFZ w % _____

Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji _____

Data potwierdzenia zlecenia _____ Data ważności zlecenia _____

Podpis i pieczętka pracownika NFZ

III. POTWIERDZENIE WYDANIA (PO) / (SP)

Pieczętka świadczeniodawcy _____ Numer umowy _____ Pieczętka podwykonawcy _____

Data przyjęcia do realizacji _____

Liczba sztuk (PO) / (SP) _____ Dane dotyczące (PO) / (SP) (producent, model, nazwa handlowa) _____

Całkowita kwota refundacji NFZ * _____

Całkowita kwota zapłacona przez świadczeniobiorcę* _____

*Jeżeli cena nabycia (PO) / (SP) jest niższa niż limit ceny, określony w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % ceny nabycia w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 50 %, 70 % ceny nabycia w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca przypadku refundacji pełnej otrzymuje (PO) / (SP) bezpłatnie, a w przypadku refundacji częściowej pokrywa 50%, 30 % ceny nabycia (PO) / (SP).

-Jeżeli cena nabycia (PO) / (SP) jest równa limitowi ceny, określonego w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % limitu ceny w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 50 %, 70 % limitu ceny w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca przypadku refundacji pełnej otrzymuje (PO) / (SP) bezpłatnie, a w przypadku refundacji częściowej pokrywa 50%, 30 % limitu ceny.

-Jeżeli cena nabycia (PO) / (SP) jest wyższa niż limit ceny określony w rozporządzeniu MZ, NFZ należy obciążyć kwotą stanowiącą 100 % limitu ceny w przypadku refundacji pełnej lub kwotą stanowiącą 50%, 70 % limitu ceny w przypadku refundacji częściowej. Świadczeniobiorca, w przypadku refundacji pełnej, pokrywa kwotę ponad limit ceny a w przypadku refundacji częściowej 50 %, 30 % limitu ceny oraz kwotę ponad limit.

POTWIERDZAM WYDANIE ZGODNIE ZE ZLECENIEM PRAWIDŁOWO WYKONANEGO (PO) / (SP)

Data, pieczętka i podpis osoby realizującej świadczenie

IV. POTWIERDZENIE ODBIORU (PO)/(SP) – WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA

POTWIERDZAM ODBIÓR PRAWIDŁOWO WYKONANEGO (PO) / (SP) _____

(nazwa handlowa, producent, model)

Imię i nazwisko osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)_____
Data odbioru, czytelny podpis osoby odbierającej imieniem i nazwiskiem, PESEL osoby odbierającej**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dowodowych, związanych z odbiorem przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.).