

.....

UMOWA Nr/.....

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

- Program ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia -

Oddziałem Wojewódzkim wz siedzibą:

.....(ADRES), reprezentowanym przez

....., **zwanym dalej**

„Oddziałem Funduszu”

a

.....

....., zwanym dalej „świadczeniodawcą”.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1.

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń z zakresu Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, określonych w załączniku nr 1 do umowy, zwanych dalej „świadczeniami”.

2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i warunkami, określonymi w „SZCZEGÓŁOWYCH MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWIERANIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PROGRAMU ORTODONTYCZNEJ OPIEKI NAD DZIEĆMI Z WRODZONYMI WADAMI CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI NA ROK 2005”, ustalonych zarządzeniem Nr Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi”.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ



§ 2

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń ubezpieczonym z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki spełniającym kryteria kwalifikacyjne szczegółowo określone w „materiałach informacyjnych”.
2. Świadczeniodawca obowiązany jest poinformować przedstawiciela prawnego pacjenta zakwalifikowanego do leczenia w ramach Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, zwanego dalej Programem, o konieczności dokonania wyboru placówki prowadzącej leczenie ortodontyczne. Wybór placówki potwierdzany jest oświadczeniem woli przedstawiciela prawnego pacjenta (wzór określony w załączniku Nr 5 do umowy).

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 3.

Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 2005 r. do dnia 2005 r. wynosi maksymalnie zł (słownie: zł).

§ 4.

1. Jednostką rozliczeniową świadczeń będących przedmiotem umowy jest osobomiesiąc.
2. Osobomiesiąc jest to stała kwota finansowania za świadczenia udzielone jednemu pacjentowi w ciągu jednego miesiąca, niezależna od ilości i rodzaju udzielonych świadczeń. Kwota ta obejmuje koszty kwalifikacji pacjenta do udziału w Programie, w tym koszty niezbędnych badań dodatkowych, koszty opieki ortodontycznej wraz z niezbędnymi badaniami dodatkowymi (w tym wszelkie badania radiologiczne), aparatami ortodontycznymi (w tym aparatami stałymi) wraz z wykonaniem technicznym i wszystkimi elementami koniecznymi do wykonania aparatu, uzupełnienia protetycznego ruchomego oraz kosztami leczenia ewentualnych powikłań.
3. Świadczenia będące przedmiotem umowy finansowane są przez Fundusz na podstawie iloczynu liczby pacjentów objętych opieką przez świadczeniodawcę w danym okresie sprawozdawczym oraz ceny jednego osobomiesiąca.



Podstawą wypłaty należności jest przedstawienie przez świadczeniodawcę rachunku /faktury wraz z wypełnionymi załącznikami nr 3 i 4 do umowy.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 5.

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia.....2005 r. do dnia.....2005 r..

§ 6.

Postanowienia „Warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej”, stanowiących załącznik nr 2 do umowy, stosuje się w zakresie niesprzecznym z postanowieniami paragrafów poprzedzających.

§ 7.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PODPISY STRON

.....
.....

Świadczeniodawca

.....
.....

Oddział Funduszu

Wykaz załączników do umowy:

- 1) Załącznik nr 1 - Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki na rok 2005.
- 2) Załącznik nr 2 - Warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej
- 3) Załącznik nr 3 Wzór miesięcznego sprawozdania finansowego liczby pacjentów objętych Programem,
- 4) Załącznik nr 4 Wzór sprawozdania z procedur udzielonych pacjentom objętym Programem
- 5) Załącznik nr 5 Wzór oświadczenia.



Nazwa Świadczeniodawcy

Nr umowy.....

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE (FINANSOWE) Z LICZBY PACJENTÓW OBJĘTYCH PROGRAMEM
Za m-c.....

LP.	PESEL PACJENTA	WOJ. ZAMELDOWANIA PACJENTA

Cena osobomiesiąca.....

Liczba pacjentów objętych opieką świadczeniodawcy w danym m-cu.....

Kwota finansowa za dany m-c.....

Sporządził:

Tel. kontaktowy

Podpis osoby upoważnionej
Miejscowość, data

Nazwa adres Świadczeniodawcy

Nr umowy.....

SPRAWOZDANIE Z PROCEDUR UDZIELONYCH PACJENTOM, KTÓRZY OBJĘCI SĄ PROGRAMEM
m-c.....

LP.	PESEL PACJENTA	WOJ. ZAMELDOWANIA PACJENTA	KOD PROCEDURY WG ICD 9	WADA WG GOSLON	NAZWA PROCEDURY

Liczba procedur udzielonych w danym m-cu.....

Liczba pacjentów, którym zostały udzielone świadczenia w danym m-cu.....

Sporządził:

Tel. kontaktowy

Podpis osoby upoważnionej
Miejscowość, data

Oświadczenie

A.

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL pacjenta;

.....
adres pacjenta

1. Wyrażam zgodę na objęcie leczeniem w ramach Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki

.....
.....
Pełna nazwa i adres świadczeniodawcy

B.

Oświadczam, iż rezygnuję z uczestnictwa w/w pacjenta w Programie ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki

Miejscowość.....dniar.

.....
Podpis opiekuna prawnego pacjenta.