



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

**INFORMACJA O WARUNKACH
ZAWARCIA UMOWY
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

w rodzaju:

ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE

I ŚRODKI POMOCNICZE

Przedmiot zamówienia został określony zgodnie z nazwą i kodem określonym we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień Publicznych Dz. Urz. WE L 340 z dnia 16.12.2002 oraz art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135).

85112100-8 Usługi medyczne i podobne

ZASADY UZYSKIWANIA I POTWIERDZANIA ZLECEŃ NA ZAOPATRZENIE

§ 1

1. Podstawą do uzyskania refundowanego przedmiotu ortopedycznego bądź środka pomocniczego jest zlecenie wystawione przez lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego upoważnionego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa do wystawiania zleceń na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
2. Lekarz lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zlecenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym zakresie.
3. Wszelkie zmiany w zleceniach lekarskich wymagają formy pisemnej i muszą być potwierdzone pieczęcią i podpisem lekarza lub felczera zlecającego.
4. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane są uprawnionemu na własność. Ponowne przyznanie zaopatrzenia może nastąpić po upływie okresu jego użytkowania określonymi w rozporządzeniach ministra właściwego ds. zdrowia.
5. Inwalidom wojennym i wojskowym oraz osobom represjonowanym (nie dotyczy ich rodzin), po okazaniu legitymacji, przysługuje prawo do bezpłatnych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, na podstawie odpowiedniego zlecenia lekarza upoważnionego do wystawiania zleceń, do wysokości limitu ceny.
6. Wzór druku zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze określa **załącznik nr 1 a** do niniejszych „Informacji o warunkach...”.
7. Wzór druku zlecenia na zaopatrzenie w środki pomocnicze w zakresie optyki okularowej określa **załącznik nr 2** do niniejszych „Informacji o warunkach...”.
8. Zlecenie na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze traci ważność po upływie 90 dni od daty wystawienia. Bieg terminu określonego powyżej ulega zawieszeniu na czas oczekiwania w kolejce na potwierdzenie zlecenia.
9. Zlecenie na comiesięczne zaopatrzenie w środki pomocnicze określone rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia, traci ważność po upływie 30 dni od daty wystawienia.
10. Ważność zlecenia liczona jest od dnia jego wystawienia do dnia przyjęcia do realizacji.

11. Zlecenia na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, z zastrzeżeniem ust. 12, wymagają przed przyjęciem do realizacji potwierdzenia przez właściwy ze względu na miejsce zamieszkania Świadczeniobiorcy Oddział Funduszu;
12. Świadczeniobiorca może być zaopatrzony jednorazowo w środki, o których mowa w ust. 9, maksymalnie łącznie na okres 3 kolejnych miesięcy kalendarzowych.
13. „Karta zaopatrzenia comiesięcznego” zwana dalej „Kartą zaopatrzenia”, wydawana jest Świadczeniobiorcy na podstawie pierwszego zlecenia na dany rodzaj środka pomocniczego na okres 12 miesięcy przez Oddział Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania Świadczeniobiorcy. Oddział ma możliwość wystawienia następnej karty zaopatrzenia na kolejny okres na podstawie danych o dotychczasowej realizacji.
14. Wzór karty zaopatrzenia określa **załącznik nr 3** do niniejszych „Informacji o warunkach...”
15. W przypadku zleceń na comiesięczne zaopatrzenie określone rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia, lekarz zobowiązany jest do odnotowania faktu wystawienia zlecenia w „Karcie zaopatrzenia”.
16. Każde zlecenie na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, przed realizacją podlega zaewidencjonowaniu oraz potwierdzeniu do realizacji przez Oddział Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania Świadczeniobiorcy.
17. Karta zaopatrzenia podlega zaewidencjonowaniu i wraz ze zleceniami, otrzymywanymi przez Świadczeniobiorcę, jest podstawą do realizacji zaopatrzenia przez okres kolejnych 12 miesięcy. Oddział Funduszu może wydać wkładkę uzupełniającą do karty zaopatrzenia w ramach terminu ważności karty.
18. W przypadku zaopatrzenia comiesięcznego każdorazowe ewidencjonowanie zlecenia przed jego realizacją nie jest wymagane. Jeżeli Świadczeniobiorca wymaga zaopatrzenia również w inny środek pomocniczy przysługujący comiesięcznie, musi potwierdzić pierwsze zlecenie na ten środek.
19. Zgłoszenia zlecenia do ewidencji i potwierdzenia do realizacji dokonuje Świadczeniobiorca lub inna osoba w jego imieniu - osobiście lub drogą pocztową.
20. W przypadku czasowego pobytu Świadczeniobiorcy poza miejscem zamieszkania, potwierdzenia zlecenia można dokonać w Oddziale Funduszu, na terenie którego Świadczeniobiorca przebywa.
21. W przypadku zlecenia błędnie wypełnionego, zlecenie zwracane jest Świadczeniobiorcy z podaniem przyczyny odmowy potwierdzenia zlecenia.
22. W przypadku braku środków finansowych na pełne pokrycie zaopatrzenia Świadczeniobiorców w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, Oddział

Funduszu tworzy w kolejności chronologicznej listy Świadczeniobiorów, oczekujących na potwierdzenie i realizację zleceń.

23. Zlecenie oczekujące na potwierdzenie i realizację w momencie wpisania na listę otrzymuje numer ewidencyjny. Termin potwierdzenia zlecenia określany jest na podstawie harmonogramu wynikającego z posiadanych przez Oddział Funduszu środków finansowych.
24. Świadczeniobiorca ma prawo wglądu do list w zakresie dotyczącym własnej osoby i uzyskania informacji na temat przewidywanego terminu potwierdzenia zlecenia do realizacji. Potwierdzone zlecenie Oddział Funduszu przekazuje Świadczeniobiorcy.
25. Potwierdzone i zaewidencjonowane zlecenie lub zlecenie wraz z kartą zaopatrzenia podlega realizacji u dowolnie wybranego przez Świadczeniobiorcę Świadczeniodawcy, który ma podpisaną z Oddziałem Funduszu „Umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze”, zwaną dalej „Umową”.
26. W przypadku przedterminowego zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i napraw przedmiotów ortopedycznych właściwy ze względu na miejsce zamieszkania Świadczeniobiorcy Oddział Funduszu może dokonać dodatkowej weryfikacji zlecenia na przedmioty ortopedyczne i naprawy przedmiotów ortopedycznych przed jego realizacją.

ZASADY UZYSKIWANIA I POTWIERDZANIA WNIOSKÓW NA NAPRAWĘ

§ 2

1. Podstawą do naprawy przedmiotu ortopedycznego podlegającej refundacji jest wniosek Świadczeniobiorcy na wykonanie naprawy potwierdzony do realizacji przez właściwy Oddział NFZ zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Wzór druku zlecenia na naprawy przedmiotów ortopedycznych określa **załącznik nr 1b** do niniejszych „Informacji o warunkach...”.
3. Wniosek na naprawę traci ważność po upływie 30 dni od daty wystawienia. Ważność wniosku liczona jest do dnia przedstawienia wniosku do realizacji u Świadczeniodawcy.
4. Refundowane naprawy przedmiotów ortopedycznych są możliwe po upływie okresu gwarancji, tylko w okresie użytkowania przedmiotów ortopedycznych określonym przez ministra właściwego ds. zdrowia, maksymalnie do kwoty ustalonego limitu ceny, niezależnie od liczby napraw.

ZASADY WSPÓŁPRACY ŚWIADCZENIODAWCÓW Z FUNDUSZEM

§ 3

1. Podmiot uprawniony na podstawie odrębnych przepisów prawa do wykonywania czynności związanych z zaopatrzeniem Świadczeniobiorców w przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze, spełniający określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia wymogi określone odpowiednio w **załącznikach 4a, 4b i 4c** do niniejszych „Informacji o warunkach...”, może wystąpić z wnioskiem o zawarcie umowy do Oddziału Funduszu właściwego ze względu na miejsce obsługi Świadczeniobiorców. Podmiot, który zawarł umowę z Funduszem zwany jest dalej „Świadczeniodawcą”.
2. Warunkiem podpisania umowy określonej w ust. 1 jest złożenie: „Wniosku”, „Danych identyfikacyjnych”, „Oświadczenie Świadczeniodawcy ” oraz „Wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych” zgodnie z treścią **załączników nr 1, 2, 3 i 4** do „Umowy”. Oddział Funduszu może zażądać dodatkowych dokumentów związanych z prowadzoną działalnością.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do obsługi Świadczeniobiorców w miejscach wykazanych w „Oświadczeniu Świadczeniodawcy”, którego wzór określa **załącznik nr 3** do „Umowy”.
4. Zmiana wykazu miejsc obsługi Świadczeniobiorców określonego w „Oświadczeniu Świadczeniodawcy”, o którym mowa w ust. 1, wymaga zgłoszenia i złożenia w Oddziale NFZ „Oświadczenie Świadczeniodawcy” na minimum 14 dni przed jej dokonaniem. Świadczeniodawca zobowiązany jest do złożenia „Oświadczenia Świadczeniodawcy” potwierdzającego spełnianie wymagań określonych dla miejsc obsługi Świadczeniobiorców zawartych w „Informacji o warunkach...”. Każda zmiana warunków obsługi Świadczeniobiorców w zakresie realizacji zleceń, przedstawionych przez Świadczeniodawcę w **załącznikach nr 3 i 4** do „Umowy” wymaga pisemnego powiadomienia Oddziału Funduszu, najpóźniej na 14 dni przed wprowadzeniem zmian.
5. Rozpoczęcie realizacji zleceń może nastąpić po podpisaniu z Oddziałem Funduszu „Umowy”.
6. Świadczeniodawca może mieć podpisaną tylko jedną umowę z Oddziałem Funduszu właściwym ze względu na miejsce obsługi Świadczeniobiorców.
7. Świadczeniodawca ma obowiązek umieszczenia w widocznym miejscu, na zewnątrz budynku siedziby i jednostek organizacyjnych, tablicy ze znakiem graficznym Funduszu, zgodnie ze wzorem i opisem określonym przez Fundusz.
8. W przypadku, gdy w budynku, o którym mowa w ust. 7, działają podmioty, które nie zawarły umowy z Funduszem, znak graficzny Funduszu powinien jednoznacznie identyfikować Świadczeniodawcę.

9. Świadczeniodawca zobowiązany jest do umieszczenia na tablicy informacyjnej wewnątrz budynku siedziby i jednostek organizacyjnych informacji dotyczących w szczególności:
 - 1) imion i nazwisk osób realizujących zlecenia wraz z podaniem godzin i miejsca;
 - 2) trybu składania skarg i wniosków;
 - 3) Karty Praw Pacjenta.
10. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia pełnego asortymentu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, zawartych w **załączniku nr 4** do „Umowy”, we wszystkich miejscach obsługi Świadczeniobiorców, z wyłączeniem przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wykonywanych indywidualnie. Wykaz określony niniejszym załącznikiem, sporządzony zgodnie ze stosownym rozporządzeniem ministra właściwego ds. zdrowia, dostarczany jest przez Świadczeniodawcę w formie pisemnej i elektronicznej do Oddziału Funduszu z którym będzie podpisana umowa wraz z „Oświadczeniem Świadczeniodawcy”
11. Przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze, określone w **załączniku nr 4** do „Umowy”., muszą spełniać wymogi im stawiane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
12. W ramach gwarancji Świadczeniodawca zobowiązany jest do bezpłatnej naprawy lub wymiany wadliwych przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych na wolne od wad, w terminie 14 dni od daty zgłoszenia reklamacji.
13. Świadczeniodawca zobowiązany jest do posiadania „Księgi skarg i wniosków” dostępnej dla Świadczeniobiorców w każdym z miejsc realizacji zleceń.
14. Rękojmia Świadczeniodawcy obejmuje uszkodzenia powstałe w wyniku użycia przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego w sposób zgodny z dołączoną do niego instrukcją stosowania lub w wyniku zgodnego z zaleceniami producenta przechowywania, lub konserwacji.
15. Świadczeniodawcy muszą spełniać wymogi w zakresie kwalifikacji personelu, a także wymogi lokalowe i dotyczące wyposażenia oraz inne określone dla tych placówek przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
16. Na zleceniach na środki pomocnicze nie wymagających każdorazowego potwierdzenia przez Fundusz Świadczeniodawca ma obowiązek naniesienia kodu i limitu ceny odpowiedniego dla zalecanego przez lekarza lub felczera środka pomocniczego zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem ministra właściwego ds. zdrowia a także pozostałych informacji wymaganych na zleceniach.
17. Świadczeniodawca zobowiązany jest do ich realizacji niezwłocznie.

18. Na wniosek Świadczeniobiorcy, termin ważności zlecenia, z wyjątkiem zleceń na zaopatrzenie comiesięczne, może zostać przedłużony przez uprawnionego lekarza pod warunkiem zachowania medycznego uzasadnienia.
19. Świadczeniodawca, przed zrealizowaniem zlecenia na comiesięczne zaopatrzenie ma obowiązek sprawdzenia w "Karcie zaopatrzenia" terminu ostatniej realizacji zlecenia.
20. W przypadku stwierdzenia przez Świadczeniodawcę, że nie minął okres użytkowania poprzedniego zaopatrzenia określony rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia, Świadczeniodawca odmawia zrealizowania zlecenia.
21. Świadczeniodawca ma obowiązek naniesienia w "Karcie zaopatrzenia" faktu realizacji zlecenia na comiesięczne zaopatrzenie.
22. Świadczeniodawca zobowiązany jest wypełnienia zlecenia w części dotyczącej realizacji.
23. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za wydane Świadczeniobiorcy przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz za wykonane naprawy, w każdym miejscu obsługi Świadczeniobiorców.
24. Do realizacji nie mogą zostać przyjęte zlecenia zawierające uchybienia formalne oraz zlecenia, których okres ważności minął.
25. Zlecenia przyjęte do realizacji po upływie ich terminu ważności nie zostaną refundowane przez Oddział Funduszu.

ZASADY PRZETWARZANIA DANYCH

§ 4

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do:
 - a) gromadzenia i przekazywania danych zgodnie z obowiązującymi przepisami w formie pisemnej i elektronicznej, w celu weryfikacji zasadności refundowania świadczeń i bieżącego uzupełniania danych zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - b) sporządzania i przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji świadczeń w formie jak wyżej;
 - c) przechowywania dokumentacji w punkcie wydawania lub w miejscu uzgodnionym przez strony;
 - d) przechowywania dokumentacji związanej z realizacją zleceń przez okres 5 lat.
2. Świadczeniodawca przetwarza dane osobowe zgodnie z obowiązującym prawem.
 - a) Świadczeniodawca zabezpieczy prowadzoną dokumentację, zawierającą dane osobowe, przed udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabrania przez osobę

nieuprawnioną lub uszkodzeniem, w stopniu zapewniającym rzeczywiste bezpieczeństwo danych osobowych. W przypadku wykorzystywania systemu informatycznego, Świadczeniodawca stosuje środki zabezpieczające określone przez obowiązujące przepisy prawa w tym zakresie.

- b) Świadczeniodawca udostępnia Funduszowi dane osobowe zatrudnionego personelu, przetwarzane zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

ZASADY EWIDENCJONOWANIA ZLECEŃ I KART ZAOPATRZENIA

§ 5

1. Oddziały Funduszu prowadzą ewidencję zleceń i kart zaopatrzenia, umożliwiającą:
 - a) realizację refundowanego zaopatrzenia w sposób zgodny z limitami czasowymi i kwotowymi, określonymi przez stosowne rozporządzenia ministra właściwego ds. zdrowia;
 - b) zapewnienie gromadzenia danych niezbędnych dla Funduszu;
 - c) tworzenie planu finansowego wydatków na zaopatrzenie Świadczeniobiorców w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
 - d) tworzenie, w przypadku braku środków finansowych, harmonogramu późniejszej realizacji, zapewniającego równoprawny dostęp Świadczeniobiorców do zaopatrzenia w wymienione przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
2. Oddziały Funduszu prowadzą bazy danych o realizacji refundowanego zaopatrzenia przez Świadczeniobiorców.
3. Oddziały Funduszu dokonują pomiędzy sobą wymiany informacji o podmiotach realizujących zaopatrzenie na obszarze całego kraju oraz comiesięcznej aktualizacji tych informacji z obszaru danego województwa, celem dokonywania refundacji jedynie podmiotom spełniającym ustalone, jednolite warunki i posiadającym „Umowę”.
4. Oddziały Funduszu prowadzą, dostępny dla Świadczeniobiorców, wykaz Świadczeniodawców, posiadających „Umowę” z Funduszem w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
5. Wykaz Świadczeniodawców udostępniany jest na stronie internetowej Funduszu oraz stronach internetowych Oddziałów Funduszu.
6. Wykaz, o którym mowa w ust. 5 aktualizowany jest co miesiąc

ZASADY ROZLICZEŃ ODDZIAŁÓW FUNDUSZU Z ŚWIADCZENIODAWCAMI

§ 7

1. Suma kwot zobowiązań Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawców nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Oddziału Funduszu
2. Oddział Funduszu refunduje tylko zlecenia potwierdzone do realizacji przez ten Oddział Funduszu.
3. W celach rozliczeniowych oryginał zlecenia przesyłany jest wraz z zestawieniem zbiorczym wydanych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych do tego Oddziału Funduszu, który dokonał potwierdzenia zlecenia do realizacji lub wydania karty zaopatrzenia (w przypadku zaopatrzenia comiesięcznego).
4. Oryginał zlecenia jest dokumentem rozliczeniowym. Zlecenia przechowywane są przez Oddziały Funduszu przez okres 5 lat, licząc od końca roku, w którym nastąpiła ich realizacja.

Spis załączników:

1. załącznik nr 1a do „Informacji o warunkach...”- wzór zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
2. załącznik nr 1b do „Informacji o warunkach...” - wzór wniosku na naprawę przedmiotu ortopedycznego
3. załącznik nr 2 do „Informacji o warunkach...” - wzór zlecenia na zaopatrzenie w środki pomocnicze w zakresie optyki okularowej,
4. załącznik nr 3 do „Informacji o warunkach...” - wzór karty zaopatrzenia comiesięcznego,
5. załącznik nr 4a do „Informacji o warunkach...” - wymogi stawiane podmiotom realizującym wnioski na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze z wyłączeniem punktów protetyki słuchu i zakładów optycznych
6. załącznik nr 4b do „Informacji o warunkach...” – wymogi stawiane punktom protetyki słuchu
7. załącznik nr 4c do „Informacji o warunkach...” – wymogi stawiane zakładom optycznym

ORT POM	Narodowy Fundusz Zdrowia ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze		Numer ewidencyjny zlecenia numer Karty zaopatrzenia comiesięcznego																	
	pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon: kod, nazwa komórki organizacyjnej, numer identyfikacyjny świadczeniodawcy																			
WYPELNIŁ LECARZ ZLECĄJĄCY	I. Dane personalne pacjenta PESEL <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																			
	Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia _____																			
	Nr legitymacji inwalidy wojennego / wojskowego/ osoby represjonowanej (jeśli dotyczy) _____																			
	Nazwisko (-a) _____																			
	Imiona _____ Data urodzenia _____																			
	Adres: Kod : <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> - <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> Miejscowość _____																			
	Ulica _____ nr domu ____ m. _____																			
Rodzaj schorzenia – według klasyfikacji ICD10 <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																				
Zaopatrzenie: prawostronne <input type="checkbox"/> lewostronne <input type="checkbox"/>																				
_____ <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> ilość _____																				
Kod zaopatrzenia przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego _____																				
Nazwa przedmiotu / środka _____																				
Dodatkowe informacje, istotne przy doborze przedmiotu / środka _____																				

Za jaki miesiąc / okres _____ (dotyczy zaopatrzenie)																				
Dysfunkcja stała <input type="checkbox"/> dysfunkcja czasowa <input type="checkbox"/> do stałego użytkowania <input type="checkbox"/>																				
W przypadku zlecenia na sprzęt stomijny zaznaczyć właściwy rodzaj stomii: <input type="checkbox"/> kolostomia <input type="checkbox"/> ileostomia <input type="checkbox"/> urostomia																				

Data wystawienia zlecenia

Pieczętka i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

WYPELNIŁ PRACOWNIK NFZ LUB ŚWIADCZENIODAWCA	II. Potwierdzenie prawa do uzyskania przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego bezpłatnie lub za częściową odpłatnością: Nr Oddziału NFZ :	
	Kod przedmiotu / środka: _____ Zlecenie ważne do _____ Limit cenowy _____ Refundacja NFZ w % _____	
WYPELNIŁ ŚWIADCZENIODAWCA I OSOBA ODBIERAJĄCA	Ostatnio otrzymane przedm. ortop. / śr. pom. tego rodzaju (data): _____	
	Podpis i pieczętka pracownika NFZ lub Świadczeniodawcy (zaopatrzenie comiesięczne)	
WYPELNIŁ ŚWIADCZENIODAWCA I OSOBA ODBIERAJĄCA	III. Potwierdzenie odbioru przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego:	
	_____ Pieczętka nagłówek zakładu	_____ data przyjęcia do realizacji
	Ilość przedmiotów / środków _____ Rodzaj (typ, nr fabryczny, itp.) _____	

	Kwota refundacji _____ kwota zapłacona przez Świadczeniobiorcę _____	
	Potwierdzam odbiór prawidłowo wykonanego przedmiotu / środka	
	_____ Podpis Świadczeniodawcy	_____ Nazwisko, imię i podpis odbierającego
	_____ Data odbioru	_____ PESEL osoby odbierającej
	Uwaga:	
	Jeżeli cena wydanego przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego jest niższa lub równa określonej limitowi ceny – NFZ należy obciążyć ceną przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego w przypadku refundacji pełnej lub na kwotę stanowiącą 50, 70% ceny przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego w przypadku refundacji częściowej. W podanym przypadku oraz w sytuacji, gdy cena przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego jest wyższa niż określa limit – różnicę oraz kwotę ponad limit pokrywa Świadczeniobiorca.	

<p>WYPEŁNIA ŚWIADCZENIOBIORCA</p>	<p>Wniosek na naprawę przedmiotu ortopedycznego nr _____ Zwacam się z prośbą o wyrażenie zgody na refundowaną przez NFZ naprawę _____</p> <p style="text-align: center;">_____ <i>nazwa przedmiotu ortopedycznego</i> _____</p> <p style="text-align: right;">_____ <i>data i podpis Świadczeniobiorcy</i></p>
<p>WYPEŁNIA PRACOWNIK NFZ</p>	<p>Imię i nazwisko _____</p> <p>PESEL _____</p> <p>Naprawa przedmiotu _____ <i>nazwa przedmiotu</i> _____</p> <p>Kod przedmiotu _____</p> <p>Nr zlecenia ORT POM _____</p> <p>Data potwierdzenia _____</p> <p>Powyższy przedmiot ortopedyczny był naprawiany TAK/NIE <small>(właściwie akreślić)</small></p> <p>Kwota wykorzystanego limitu na naprawę _____</p> <p>Limit cenowy naprawy _____</p> <p>Wniosek ważny do _____</p> <p style="text-align: right;">_____ <i>Data, podpis i pieczętka pracownika NFZ</i></p>
<p>WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA DOKONUJĄCY NAPRAWY</p>	<p style="text-align: center;">_____ <i>pieczętka Świadczeniodawcy</i></p> <p>Data przyjęcia do naprawy _____</p> <p>Opis naprawy _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Cena naprawy _____</p> <p>Na ww. naprawę udzielam _____ okresu gwarancji i oświadczam, że uszkodzenie objęte naprawą nie powstało z winy użytkownika.</p> <p style="text-align: right;">_____ <i>podpis i pieczętka Świadczeniodawcy</i></p>
<p>WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA</p>	<p>Potwierdzam odbiór naprawionego bez zastrzeżeń przedmiotu ortopedycznego</p> <p style="text-align: right;">_____ <i>data</i> _____ <i>podpis osoby odbierającej*</i></p>

OPT	Narodowy Fundusz Zdrowia ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE w środki pomocnicze w zakresie OPTYKI OKULAROWEJ							Numer ewidencyjny zlecenia Numer karty zaopatrzenia comiesięcznego									
	pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon kod, nazwa komórki organizacyjnej numer identyfikacyjny świadczeniodawcy																
WYPEŁNIA LEKARZ ZLECAJĄCY	I. Dane personalne pacjenta		PESEL		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>												
	Numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia _____																
	Nr legitymacji inwalidy wojennego/wojskowego _____																
	os. renesansowa(nieśli dotyczy) _____																
	Nazwisko (-a) _____																
	Imiona _____ Data urodzenia _____																
	Adres: Kod : <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"> </table> Miejscowość _____																
	Ulica _____ nr domu _____ m. _____																
	Rodzaj schorzenia – według klasyfikacji ICD-10 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"> </table> Nazwa środka _____																
Kod zaopatrzenia pomocy optycznych <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"> </table> . <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"> </table>																	
		Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma	Odległość żrenic	Kod szkielec										
Do dali	OP																
	OL																
Do bliży	OP																
	OL																

WYPEŁNIA PRACOWNIK NFZ LUB ŚWIADCZENIODAWCA	II. Potwierdzenie prawa do całkowitej lub częściowej refundacji soczewek okularowych korekcyjnych / pomocy optycznych: Nr Oddziału NFZ : Kod soczewek/pomocy optycznych: _____ Zlecenie ważne do: _____ Limit cenowy: _____ Refundacja NFZ w %: _____ Ostatnio otrzymane soczewki okularowe korekcyjne tego rodzaju, pomoce optyczne (data): _____ _____ Podpis i pieczęć pracownika NFZ	
	III. Potwierdzenie odbioru soczewek okularowych korekcyjnych / pomocy optycznych: _____ Pieczęć nagłówkowa Świadczeniodawcy _____ data przyjęcia do realizacji _____ Ilość soczewek/pomocy optycznych: _____ Rodzaj (typ, itp.) _____ Kwota refundacji _____ kwota zapłacona przez Świadczeniobiorcę _____ _____ Potwierdzam odbiór prawidłowo wykonanego środka pomocniczego _____ Podpis Świadczeniodawcy _____ Nazwisko, imię i podpis odbierającego _____ _____ Data odbioru _____ PESEL osoby odbierającej _____ Uwaga: • Jeżeli cena wydanego środka pomocniczego jest niższa lub równa określonej limitowi ceny – NFZ należy obciążyć ceną środka pomocniczego w przypadku refundacji pełnej lub na kwotę stanowiącą 70% ceny środka pomocniczego w przypadku refundacji częściowej. W podanym przypadku oraz w sytuacji, gdy cena środka pomocniczego jest wyższa niż określa limit – różnicę oraz kwotę ponad limit pokrywa Świadczeniobiorca	



.....ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI
w

KARTA ZAOPATRZENIA COMIESIĘCZNEGO

NR KARTY ZAOPATRZENIA: **0000000**

.....
pieczęć jednostki wystawiającej



.....ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI
w

KARTA ZAOPATRZENIA COMIESIĘCZNEGO

NR KARTY ZAOPATRZENIA: **0000000**

.....
pieczęć jednostki wystawiającej

Dane ubezpieczonego

1. Nazwisko

2. Imię

3. PESEL

4. Nr karty ubez. zdr.

5. Miejscowość

6. Kod pocztowy -

7. Ulica

8. Nr domu nr mieszkania

Karta upoważnia do korzystania z zaopatrzenia w refundowane środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie ujęte w stosownym rozporządzeniu ministra właściwego ds. zdrowia.

Termin ważności karty od: - -

do

PESEL, podpis ubezpieczonego lub osoby upoważnionej

nr karty

nr Oddziału NFZ, pieczęć NFZ, podpis pracownika

Wymogi stawiane Świadczeniodawcom realizującym zlecenia, na refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze z wyłączeniem punktów protetyki słuchu i zakładów optycznych.

Zakresem działania są wszystkie czynności niezbędne do zaopatrzenia Świadczeniobiorcę w przedmiot ortopedyczny czy środek pomocniczy wskazany w zleceniu, w tym również w warunkach domowych lub w szpitalu oraz naprawy pogwarancyjne.

I WYMOGI LOKALOWE

1. Warunki lokalowe:

- a) lokal musi spełniać odpowiednie wymogi sanitarne i BHP, stanowić jedną wyodrębnioną całość i składać się co najmniej z izby ekspedycyjnej i magazynu zapewniającego prawidłowe przechowywanie środków i materiałów, bez barier architektonicznych. Powierzchnia do obsługi uprawnionych musi wynosić minimum 10 m²;
- b) warunki przechowywania muszą być zgodne z zaleceniami producenta, a w szczególności muszą zapewnić pełną ochronę przed zmieszaniem z innymi wyrobami, zanieczyszczeniami mechanicznymi, utratą masy, zawilgoceniem, obcymi zapachami i itp.;
- c) w przypadku kiedy izby ekspedycyjne i magazyn/warsztat stanowią jedno pomieszczenie, magazyn/warsztat musi być wydzielony w sposób trwały;
- d) przymierzalnia (dotyczy zaopatrywania w przypadku indywidualnego doboru sprzętu) powinna być odpowiednio oświetlona z możliwością zamknięcia, wyposażona w lustro, krzesło i wieszak;
- e) węzeł sanitarny;
- f) ściany i podłogi muszą być gładkie i łatwo zmywalne.

2. Wyposażenie w sprzęt

W skład podstawowego wyposażenia wymienionych placówek, niezależnie od miejsca ich prowadzenia wchodzi :

- a) szafy ekspedycyjne, przeznaczone wyłącznie do przechowywania przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych;
- b) stół ekspedycyjny;
- c) przyrządy do mierzenia temperatury i wilgotności pomieszczeń;
- d) podesty.

3. Miejsce świadczenia usług w zakresie zaopatrzenia powinno być oznaczone na zewnątrz:

- nazwą firmy;
- imieniem i nazwiskiem właściciela;
- adresem, telefonem;
- informacją o godzinach pracy.

II KWALIFIKACJE

1. Świadczeniodawca realizujący zlecenia zobowiązany jest: zapewnić, w każdym miejscu obsługi w godzinach przyjęć, stałą obecność co najmniej jednego pracownika legitymującego się przygotowaniem zawodowym określonym ustawą Prawo farmaceutyczne i ustawą o wyrobach medycznych oraz stosownymi aktami wykonawczymi do ww. ustaw, z co najmniej rocznym stażem pracy w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

2. W zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne wykonywane i dopasowywane indywidualnie np. protezy kończyn, aparaty ortopedyczne, obuwie ortopedyczne, ortozy Świadczeniodawca musi zatrudniać w każdym miejscu obsługi Świadczeniobiorców, lekarza będącego specjalistą w dziedzinie ortopedii bądź rehabilitacji lub fizjoterapeutę bądź rehabilitanta lub technika biomechanika bądź technika ortopedę.
3. Zakład obuwniczy zobowiązany jest zapewnić w każdym miejscu obsługi Świadczeniobiorców, w godzinach przyjęć, obecność przynajmniej jednego pracownika z kwalifikacjami technika ortopedy, technika biomechanika, pracownika z kwalifikacjami szewca ortopedy albo pracownika posiadającego dyplom mistrza lub czeladnika z zakresu szewstwa, z udokumentowanym co najmniej dwuletnim stażem pracy jako szewc ortopeda.
4. W zakresie aplikacji leczniczych soczewek kontaktowych przy leczeniu stożka rogówki i przy dużej anizotropii (łącznie z afakia) – Świadczeniodawca musi posiadać lub zatrudniać w każdym z miejsc, w godzinach przyjęć Świadczeniobiorców, lekarza, będącego specjalistą w dziedzinie okulistyki, posiadającego fachowe kwalifikacje w zakresie aplikacji soczewek kontaktowych leczniczych, potwierdzone ukończeniem szkoleń, kursów i minimum dwuletni udokumentowany staż pracy w zakresie aplikacji soczewek.

III WYMOGI DODATKOWE

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest:
 - udzielić Świadczeniobiorcy na piśmie minimum rocznej gwarancji ich jakości oraz wydać dokument gwarancyjny (dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla których minister właściwy ds. zdrowia ustalił okres użytkowania dłużej niż rok) i pisemną instrukcję użytkowania,
 - udzielić Świadczeniobiorcy na piśmie minimum 3 miesięcznej gwarancji ich jakości oraz wydać dokument gwarancyjny (dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla których minister właściwy ds. zdrowia ustalił okres użytkowania 1 rok) i pisemną instrukcję użytkowania.
2. Komplet wymaganych dokumentów lub ich kopii, potwierdzonych za zgodność z oryginałem, musi znajdować się w każdym miejscu obsługi Świadczeniobiorców.
3. W zakresie aplikacji leczniczych soczewek kontaktowych, przy leczeniu stożka rogówki i przy dużej anizotropii (łącznie z afakia),
4. Świadczeniodawca musi posiadać następujące wyposażenie:
 - a) Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną gabinetu okulistycznego, w którym prowadzi się aplikację leczniczych soczewek kontaktowych w przypadku stożka rogówki:

Standard minimalny wyposażenia:

- biomikroskop – Lampa szczelinowa średniej rozdzielczości,
- oftalmometr Javala,
- zestaw do badania refrakcji: linijki do skiaskopii lub/i refraktometr optyczny,
- kasetka próbna szkieł okularowych z oprawą próbną,
- oftalmoskop – wziernik okulistyczny,
- tablice Snellena do badania ostrości wzroku,
- zestaw próbny sztywnych gazoprzepuszczalnych soczewek kontaktowych, „stożkowych” o promieniach bazowych BC: od 5,80 mm do 7,00 mm co 0,1 mm, „standardowe – poszerzony” o promieniach bazowych od 7,10 mm do 8,10 mm co 0,1 mm,
- tonometr aplanacyjny, impresyjny.

Standard podstawowy wyposażenia:

- lampa szczelinowa o wysokiej rozdzielczości optycznej,
- keratometr komputerowy – z szeroką możliwością badania krzywizn rogówki i astygmatyzmu powyżej 10 dioptrii cylindrycznych,
- autorefraktometr komputerowy,
- rzutnik optotypów do badania ostrości wzroku,
- zestawy próbne sztywnych gazoprzepuszczalnych soczewek kontaktowych,
- „standardowe – poszerzony” o promieniach bazowych od 7,10 mm do 8,40 mm co 0,05 mm.

- b) Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną gabinetu okulistycznego, w których prowadzi się aplikację leczniczych soczewek kontaktowych w przypadku dużej anizometropii (łącznie z afakią).

Standard minimalny wyposażenia:

- lampa szczelinowa,
- oftalmometr Javala,
- zestaw do skiaskopii,
- kaseła okularowa,
- oftalmoskop – wziernik okulistyczny,
- tablice Snellena,
- zestaw próbny soczewek kontaktowych,
- tonometr do pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego.

5. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze muszą spełniać wymogi im stawiane zgodnie z aktualnymi aktami prawnymi obowiązującymi w tym zakresie.

* Powyższe warunki określające wymagania jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne w szczególności określające jego organizację i wyposażenie obowiązują do czasu wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia na podstawie art. 159 ust. 5 stawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Wymogi stawiane punktom protetyki słuchu realizującym zlecenia na refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia środki pomocnicze z zakresu protetyki słuchu.

Zakresem działań objęte są wszystkie czynności niezbędne do wykonania usługi, a w szczególności:

- 1) wykonanie badań słuchu na potrzeby protezowania w aparaty słuchowe;
- 2) dobór właściwych pomocy słuchowych wraz z ustawieniem parametrów,
- 3) dopasowanie pomocy słuchowych do warunków anatomicznych, korekta ustawień pomocy słuchowej w okresie użytkowania aparatu słuchowego;
- 4) wykonanie formy do wkładki usznej lub aparatu wewnętrznego;
- 5) dopasowanie wkładki usznej do warunków anatomicznych (korekta wkładek);
- 6) dobór systemu wspomagającego słyszenie zgodnie ze wskazaniami na zleceniu.

I. WYMOGI LOKALOWE

1. Warunki lokalowe:

- a) lokal musi spełniać odpowiednie wymogi sanitarne i BHP, stanowić jedną wyodrębnioną całość i składać się co najmniej z izby ekspedycyjnej i magazynu zapewniającego prawidłowe przechowywanie środków i materiałów, bez barier architektonicznych. Powierzchnia do obsługi uprawnionych musi wynosić minimum 10 m²;
- b) warunki przechowywania muszą być zgodne z zaleceniami producenta, a w szczególności muszą zapewnić pełną ochronę przed zmieszaniem z innymi wyrobami, zanieczyszczeniami mechanicznymi, utratą masy, zawilgoceniem, obcymi zapachami i itp.;
- c) w przypadku kiedy izby ekspedycyjne i magazyn/warsztat stanowią jedno pomieszczenie, magazyn/warsztat musi być wydzielony w sposób trwały;
- d) węzeł sanitarny;
- e) ściany i podłogi muszą być gładkie i łatwo zmywalne.

2. Wyposażenie w sprzęt

W skład podstawowego wyposażenia wymienionych placówek, niezależnie od miejsca ich prowadzenia wchodzi :

- a) szafy ekspedycyjne, przeznaczone wyłącznie do przechowywania środków pomocniczych;
- b) stół ekspedycyjny;
- c) przyrządy do mierzenia temperatury i wilgotności pomieszczeń;

3. Punkt protetyki słuchu musi posiadać wydzielone i przystosowane pomieszczenie do badania słuchu.

4. Miejsce świadczenia usług w zakresie zaopatrzenia powinno być oznaczone na zewnątrz:

- nazwą firmy;
- imieniem i nazwiskiem właściciela;
- adresem, telefonem;
- informacją o godzinach pracy.

II KWALIFIKACJE

Punkt protetyki słuchu zobowiązany jest zapewnić w każdym miejscu obsługi Świadczeniobiorców, w godzinach przyjęć, stałą obecność co najmniej jednego

pracownika z wykształceniem minimum średnim, posiadającego fachowe kwalifikacje do protezowania słuchu, potwierdzone ukończeniem studiów bądź kursów prowadzonych przy wyższych uczelniach i minimum 2 letni udokumentowany staż pracy w zawodzie protetyka słuchu.

III WYPOSAŻENIE PUNKTU PROTETYKI SŁUCHU W KAŻDYM MIEJSCU OBSŁUGI ŚWIADCZENIOBIORCÓW.

1. Wyposażenie sprzętowe.

Punkt protetyczny winien być wyposażony w:

- komputer z oprogramowaniem i specjalistycznym oprzyrządowaniem do programowania aparatów słuchowych;
- audiometr klasy II-ej i klasy III-ej;

Audiometr musi posiadać świadectwo legalizacji oraz dokument w języku polskim potwierdzający jego jakość.

3. Wyposażenie potrzebne do pobierania wycisków usznych:

- otoskop z kompletem wzierników,
- sztabka świetlna
- strzykawka do pobierania wycisków
- pęseta uszna

4. Materiały potrzebne do pobierania wycisków usznych:

- masy wyciskowe,
- tampony zabezpieczające z nitką,
- bagietki do oczyszczania,
- serwety zabezpieczające ubranie pacjenta.

5. Wyposażenie potrzebne do korekty wkładek usznych i wstępnej kontroli aparatów słuchowych:

- mikromotor
- wiertła, frezy, gumki polerskie
- materiały (wężyki, lakiery, masy uzupełniające etc.
- stetoklip do osłuchiwania aparatów słuchowych zausznych i wewnątrzusznych

IV WYMOGI DODATKOWE

1. Świadczeniodawca realizujący zlecenia zobowiązany jest:

- udzielić Świadczeniobiorcy na piśmie minimum rocznej gwarancji ich jakości oraz wydać dokument gwarancyjny (dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla których minister właściwy ds. zdrowia ustalił okres użytkowania dłużej niż rok) i pisemną instrukcję użytkowania,
- udzielić Świadczeniobiorcy na piśmie minimum 3 miesięcznej gwarancji ich jakości oraz wydać dokument gwarancyjny (dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla których minister właściwy ds. zdrowia ustalił okres użytkowania 1 rok) i pisemną instrukcję użytkowania,

2. Komplet wymaganych dokumentów lub ich kopii ,potwierdzonych za zgodność z oryginałem, musi znajdować się w każdym miejscu obsługi Świadczeniobiorców.

3. Uprawnione do doboru aparatów słuchowych u małych dzieci /0-4 lat i bez kontaktu werbalnego/ są kliniki specjalistyczne, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, CZD oraz placówki wskazane przez konsultanta wojewódzkiego d/s audiologii i foniatrii.

4. Aparaty słuchowe zabezpieczające potrzeby pacjentów w zakresie wszystkich stopni niedosłuchów.

5. Potwierdzenie zawarcia umowy dystrybucyjnej z przedstawicielami lub generalnymi dystrybutorami firm produkujących aparaty słuchowe i systemy wspomagające słyszenie. Oświadczenie dystrybutora, iż zapewnia oferentowi 5 letni serwis naprawczy.

6. Środki pomocnicze muszą posiadać właściwe dokumenty atestacyjne obowiązujące w Polsce. Wszystkie te dokumenty muszą być przedłożone w języku polskim.

* Powyższe warunki określające wymagania jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne w szczególności określające jego organizację i wyposażenie obowiązują do czasu wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia na podstawie art. 159 ust. 5 stawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Wymogi stawiane zakładom optycznym realizującym zlecenia na refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia środki pomocnicze z zakresu optyki okularowej.

Zakresem działania są wszystkie czynności niezbędne do całkowitego wykonania usługi, a w szczególności :

- 1) dokonanie niezbędnych pomiarów i dobór właściwych soczewek i pomocy optycznych;
- 2) dopasowanie do warunków anatomicznych.

I WYMOGI LOKALOWE

1. Warunki lokalowe:

- a) lokal musi spełniać odpowiednie wymogi sanitarne i BHP, stanowić jedną wyodrębnioną całość i składać się co najmniej z izby ekspedycyjnej i magazynu zapewniającego prawidłowe przechowywanie środków i materiałów, bez barier architektonicznych. Powierzchnia do obsługi uprawnionych musi wynosić minimum 10 m²;
- b) warunki przechowywania muszą być zgodne z zaleceniami producenta, a w szczególności muszą zapewnić pełną ochronę przed zmieszaniem z innymi wyrobami, zanieczyszczeniami mechanicznymi, utratą masy, zawilgoceniem, obcymi zapachami i itp.;
- c) w przypadku kiedy izby ekspedycyjne i magazyn/warsztat stanowią jedno pomieszczenie, magazyn/warsztat musi być wydzielony w sposób trwały;
- d) węzeł sanitarny;
- e) ściany i podłogi muszą być gładkie i łatwo zmywalne.

2. Wyposażenie w sprzęt

W skład podstawowego wyposażenia wymienionych placówek, niezależnie od miejsca ich prowadzenia wchodzi :

- a) szafy ekspedycyjne, przeznaczone wyłącznie do przechowywania środków pomocniczych;
- b) stół ekspedycyjny;
- c) przyrządy do mierzenia temperatury i wilgotności pomieszczeń;

3. Miejsce świadczenia usług w zakresie zaopatrzenia powinno być oznaczone na zewnątrz:

- nazwą firmy;
- imieniem i nazwiskiem właściciela;
- adresem, telefonem;
- informacją o godzinach pracy.

II KWALIFIKACJE

Zakład optyczny zobowiązany jest zapewnić w każdym miejscu obsługi Świadczeniobiorców, w godzinach przyjęć, stałą obecność co najmniej jednego pracownika posiadającego dyplom mistrza optyki okularowej lub dyplom studium policealnego optyki okularowej oraz udokumentowany dwuletni staż pracy na stanowisku optyka okularowego, lub dyplom czeladnika bądź robotnika wykwalifikowanego, posiadającego udokumentowaną trzyletnią praktykę na stanowisku optyka okularowego.

W zakresie aplikacji leczniczych soczewek kontaktowych przy leczeniu stożka rogówki i przy dużej anizotropii (łącznie z afakia) – Świadczeniodawca musi posiadać lub zatrudniać w każdym z miejsc, w godzinach przyjęć Świadczeniobiorców, lekarza,

będącego specjalistą w dziedzinie okulistyki, posiadającego fachowe kwalifikacje w zakresie aplikacji soczewek kontaktowych leczniczych, potwierdzone ukończeniem szkoleń, kursów i minimum dwuletni udokumentowany staż pracy w zakresie aplikacji soczewek.

III WYPOSAŻENIE ZAKŁADU W KAŻDYM Z MIEJSC OBSŁUGI ŚWIADCZENIOBIORCÓW

1. Wyposażenie podstawowe:
szlifierka soczewek okularowych, dioptriomierz, centroskop, pupilometr, polaryskop, podgrzewacz opraw okularowych, kasetka okulistyczna, zestaw narzędzi ręcznych do montażu i naprawy ramek okularowych oraz tablice z optotypami umożliwiające sprawdzenie wykonanej pracy przy jej wydawaniu, oprawy okularowe i soczewki w podstawowym zakresie mocy.
2. Wyposażenie ponadstandardowe:
Barwiarka do soczewek organicznych, rowkarka, automatyczna wiertarka i polerka do soczewek i opraw, lutownica elektryczna lub mikropalnik do lutowania ramek metalowych.

IV. WYMOGI DODATKOWE

1. Świadczeniodawca realizujący zlecenia zobowiązany jest:
 - udzielić Świadczeniobiorcy na piśmie minimum rocznej gwarancji ich jakości oraz wydać dokument gwarancyjny (dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla których minister właściwy ds. zdrowia ustalił okres użytkowania dłużej niż rok) i pisemną instrukcję użytkowania,
 - udzielić Świadczeniobiorcy na piśmie minimum 3 miesięcznej gwarancji ich jakości oraz wydać dokument gwarancyjny (dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla których minister właściwy ds. zdrowia ustalił okres użytkowania 1 rok) i pisemną instrukcję użytkowania.
2. Środki pomocnicze muszą spełniać wymogi stawiane wyrobom medycznym zgodnie z aktualnymi aktami prawnymi obowiązującymi w tym zakresie.
3. Komplet wymaganych dokumentów lub ich kopii, potwierdzonych za zgodność z oryginałem, musi znajdować się w każdym miejscu obsługi Świadczeniobiorców.

* Powyższe warunki określające wymagania jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne w szczególności określające jego organizację i wyposażenie obowiązują do czasu wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia na podstawie art. 159 ust. 5 stawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych