

Komunikat dla lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów, starszych felczerów

Uprzejmie informuję P.T. lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów, starszych felczerów, że recepta na leki podlegające refundacji, powinna być wystawiona przez osobę uprawnioną (§ 2 ust. 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696) zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2012 r., poz.260), według podanych poniżej wzorów.

***Zastępca Dyrektora ds. Medycznych
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Dorota Blechar***

Recepta wystawiona przez osobę uprawnioną , lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub
 felczera ubezpieczenia zdrowotnego – dla pacjenta ubezpieczonego/uprawnionego do
 świadczeń:

Recepta 0103001234567891234587 Dane świadczeniodawcy Nazwa Adres (Nazwa miejscowości, ulica, nr domu, nr lokalu) Numer telefonu, Numer REGON (dziewięć pierwszych cyfr) Świadczeniodawca	
Pacjent Imię Nazwisko Adres (Nazwa miejscowości, ulica, numer, domu, numer lokalu)	Oddział NFZ 03
PESEL XXXXXXXXXXXX	Uprawnienia dodatkowe x
Rp.	Odpłatność
(Wydrukowany kod kreskowy z numerem recepty)	
Data wystawienia	Dane i podpis lekarza Imię i Nazwisko XXXXXXXX (numer prawa wykonywania zawodu) Dane podmiotu drukującego
Data realizacji „od dnia”	

Recepta wystawiona przez osobę uprawnioną, lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub
 felczera ubezpieczenia zdrowotnego – „pro auctore” lub „pro familiae”:

Recepta 0103001234567891234587 Dane świadczeniodawcy Nazwa Adres (Nazwa miejscowości, ulica, nr domu, nr lokalu) Numer telefonu Numer REGON (dziewięć pierwszych cyfr) Świadczeniodawca	
Pacjent pro auctore Imię Nazwisko Adres (Nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu)	Oddział NFZ 03
PESEL XXXXXXXXXXXX	Uprawnienia dodatkowe x
Rp.	Odpłatność
(Wydrukowany kod kreskowy z numerem recepty)	
Data wystawienia	Dane i podpis lekarza Imię i Nazwisko XXXXXXX (numer prawa wykonywania zawodu) Dane podmiotu drukującego
Data realizacji „od dnia”	

Recepta wystawiona przez osobę uprawnioną – lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera z którymi Fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych - dla pacjenta ubezpieczonego/uprawnionego do świadczeń:

Recepta		0103001234567891234587	
Nazwa indywidualnej praktyki (wpisana do księgi rejestrowej praktyki zawodowej) Adres (Nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu) - (miejsca udzielania świadczeń) Numer telefonu Numer REGON indywidualnej praktyki (dziewięć pierwszych cyfr)			
Świadczeniodawca			
Pacjent		Oddział NFZ	
Imię Nazwisko		03	
Adres (Nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu)			
PESEL		Uprawnienia dodatkowe	
XXXXXXXXXXXX		x	
Rp.		Odpłatność	
(Wydrukowany kod kreskowy z numerem recepty)			
Data wystawienia		Dane i podpis lekarza Imię i Nazwisko XXXXXXXX (numer prawa wykonywania zawodu)	
Data realizacji „od dnia”			
		Dane podmiotu drukującego	

Recepta wystawiona przez osobę uprawnioną – lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera z którymi Fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych - „pro auctore” lub „pro familiae”.

Recepta		0103001234567891234587	
Nazwa indywidualnej praktyki (wpisana do księgi rejestrowej praktyki zawodowej) Adres (Nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu) - (miejsca udzielania świadczeń) Numer telefonu Numer REGON indywidualnej praktyki (dziewięć pierwszych cyfr)			
Świadczeniodawca			
Pacjent		pro auctore	
Imię Nazwisko		Oddział NFZ	
Adres (Nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu)		03	
PESEL		Uprawnienia dodatkowe	
XXXXXXXXXXXX		x	
Rp.		Odpłatność	
(Wydrukowany kod kreskowy z numerem recepty)			
Data wystawienia		Dane i podpis lekarza	
Data realizacji „od dnia”			
		Imię i Nazwisko	
		XXXXXXX	
		(numer prawa wykonywania zawodu)	
		Dane podmiotu drukującego	

Recepta wystawiona przez osobę uprawnioną – lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu, a z którym Fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej i rodzeństwa.

Recepta		0103001234567891234587	
		Imię Nazwisko Adres (Nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu) numer telefonu 9803xxxxxxxx (numer umowy)	
Świadczeniodawca			
Pacjent		pro familiae	
Imię Nazwisko		Oddział NFZ	
Adres (Nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu)		03	
PESEL		Uprawnienia dodatkowe	
XXXXXXXXXXXX		x	
Rp.		Odpłatność	
(Wydrukowany kod kreskowy z numerem recepty)			
Data wystawienia		Dane i podpis lekarza	
		Imię i Nazwisko	
Data realizacji „od dnia”		XXXXXXX (numer prawa wykonywania zawodu)	
		Dane podmiotu drukującego	