

Apteka

Data

.....
.....

Nr ewidencyjny:

.....

Odbiorca i płatnik dowodu:

Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego
Funduszu Zdrowia z siedzibą w Katowicach
Adres: ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice

Nabywca :

Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w
Warszawie
Adres: ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
NIP: 1070001057

KOREKTA DODATNIA / UJEMNA*

do wniosku o refundację z tytułu zrealizowania
w okresie od do recept podlegających refundacji
przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach ul. Kossutha 13

Kwota: zł

Słownie:

Uzasadnienie:

.....
Podpis kierownika apteki

.....
Pieczątką i czytelny podpis
właściciela lub osoby reprezentującej
przedsiębiorcę prowadzącego aptekę

* niepotrzebne skreślić

Podmiot zobowiązany
do finansowania świadczeń ze środków publicznych:

Odbiorca i płatnik dowodu:

Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego
Funduszu Zdrowia z siedzibą w Katowicach
Adres: ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice

.....
(nazwa i adres apteki)

Nabywca :

Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie
Adres: ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
NIP: 1070001057

.....
(identyfikator apteki)

**I. ZBIORCZE ZESTAWIENIE RECEPT NA LEKI I WYROBY MEDYCZNE PODLEGAJĄCYCH
REFUNDACJI – KOREKTA* - NR**

CZĘŚĆ A

zrealizowanych w okresie od do

w Śląskim Oddziale Wojewódzkim NFZ

dla osób uprawnionych zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym
Funduszu Zdrowia

Lp	Typ recepty	Rodzaje uprawnień pacjenta	Liczba pozycji leków	Wartość według cen detalicznych	Oплата wniesiona przez pacjenta	Kwota podlegająca refundacji
1	2	3	4	5	6	7
1	Z	U-R				
2	Z	U-30				
3	Z	U-50				
4	Z	U-LR				
5	Z	P-0				
6	Z	P-R				
7	Z	P-30				
8	Z	P-50				
9	Z	CN-R				
10	Z	CN-30				
11	Z	CN-50				
12	Z	CN-LR				
13	Z	CN-P-0				
14	Z	CN-P-R				
15	Z	CN-P-30				
16	Z	CN-P-50				
17	Z	DN-R				
18	Z	DN-30				
19	Z	DN-50				
20	Z	DN-LR				
21	Z	DN-P-0				
22	Z	DN-P-R				
23	Z	DN-P-30				
24	Z	DN-P-50				
25	Z	IN-R				
26	Z	IN-30				
27	Z	IN-50				
28	Z	IN-LR				
29	Z	IN-P-O				

1	2	3	4	5	6	7
30	Z	IN-P-R				
31	Z	IN-P-30				
32	Z	IN-P-50				
33	Z	IB				
34	Z	IW				
35	Z	ZK				
36	Z	AZ				
37	Z	WP				
38	Z	PO				
39	N	U-R				
40	N	U-30				
41	N	U-50				
42	N	U-LR				
43	N	CN				
44	N	DN				
45	N	P				
46	N	IB				
47	N	IW				
48	N	ZK				
49	N	WP				
50	N	PO				
51	I	-				
Razem		***				

Do zapłaty słownie:

Data sporządzenia zestawienia:

Oświadczam, że wyżej wymieniona kwota wynika ze zrealizowanych recept podlegających refundacji.

.....
Imię, nazwisko i podpis właściciela apteki

.....
Imię, nazwisko i podpis kierownika apteki
(jeżeli właściciel nie jest kierownikiem)

* występuje tylko w przypadku zestawienia zawierającego informacje korygujące, dotyczące przekazanego poprzednio zestawienia

Podmiot zobowiązany
do finansowania świadczeń ze środków publicznych:

Odbiorca i płatnik dowodu:

Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego
Funduszu Zdrowia z siedzibą w Katowicach
Adres: ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice

.....
(nazwa i adres apteki)

Nabywca :

Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie
Adres: ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
NIP: 1070001057

.....
(identyfikator apteki)

**I. ZBIORCZE ZESTAWIENIE RECEPT NA LEKI I WYROBY MEDYCZNE PODLEGAJĄCYCH
REFUNDACJI – KOREKTA* - NR**

CZĘŚĆ B

zrealizowanych w okresie od do

w Śląskim Oddziale Wojewódzkim NFZ

dla osób korzystających ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji

Lp	Typ recepty	Rodzaje uprawnień pacjenta	Liczba pozycji leków	Wartość według cen detalicznych	Opłata wniesiona przez pacjenta	Kwota podlegająca refundacji
1	2	3	4	5	6	7
1	Z	U-R				
2	Z	U-30				
3	Z	U-50				
4	Z	U-LR				
5	Z	P-0				
6	Z	P-R				
7	Z	P-30				
8	Z	P-50				
9	Z	CN-R				
10	Z	CN-30				
11	Z	CN-50				
12	Z	CN-LR				
13	Z	CN-P-0				
14	Z	CN-P-R				
15	Z	CN-P-30				
16	Z	CN-P-50				
17	Z	DN-R				
18	Z	DN-30				
19	Z	DN-50				
20	Z	DN-LR				
21	Z	DN-P-0				
22	Z	DN-P-R				
23	Z	DN-P-30				
24	Z	DN-P-50				
25	Z	IN-R				
26	Z	IN-30				
27	Z	IN-50				
28	Z	IN-LR				
29	Z	IN-P-O				

1	2	3	4	5	6	7
30	Z	IN-P-R				
31	Z	IN-P-30				
32	Z	IN-P-50				
33	Z	IB				
34	Z	IW				
35	Z	ZK				
36	Z	AZ				
37	Z	WP				
38	Z	PO				
39	N	U-R				
40	N	U-30				
41	N	U-50				
42	N	U-LR				
43	N	CN				
44	N	DN				
45	N	P				
46	N	IB				
47	N	IW				
48	N	ZK				
49	N	WP				
50	N	PO				
51	I	-				
Razem		***				

Do zapłaty słownie:

Data sporządzenia zestawienia:

Oświadczam, że wyżej wymieniona kwota wynika ze zrealizowanych recept podlegających refundacji.

.....
Imię, nazwisko i podpis właściciela apteki

.....
Imię, nazwisko i podpis kierownika apteki
(jeżeli właściciel nie jest kierownikiem)

* występuje tylko w przypadku zestawienia zawierającego informacje korygujące, dotyczące przekazanego poprzednio zestawienia