

Vzor vyplnění Poukazu

- Kód pojišťovny
- Příjmení a jméno
- Číslo pojištěnce
- Bydliště
- Není vlastnictví pojišťovny
- Stupeň inkontinence
- Pomůcka trvalá
- Dne
- Razítko podpis
- Pomůcka nová
- Skupina: 02
- Kód SÚKL
- Typ pesaru (kroužek x kostka)
- Velikost v mm

Kód pojišťovny		POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDECKOU POMŮCKU			poř. č.	
Příjmení a jméno		DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY		Ev. č.		
Číslo pojištěnce		oprava – úprava pomůcky		Pomůcka nová / repasovaná*) *)nehodící se škrtněte!		
Bydliště (adresa)		Sk		Kód		Počet
Vlastnictví pojišťovny: ANO/ NE*)		02		50141		Úhrada
Stupeň postižení inkontinence:		Pesar		mm		Doplatek pojištěnce
I. nebo II. stupeň		Pomůcka trvalá / dočasná*)		Datum uplatnění:		
Dne:		Pomůcka dočasná na počet měsíců		Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny		
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře				razítko výdejce		

Po vystavení Poukazu na podpurný silikonový pesar vyplývá pro pacientku doplatek:

Poukaz je možné opakovat každý měsíc na 1 ks, se stejnou úhradou, i když trvanlivost pesaru je při každodenním používání minimálně rok. Toto lze využít například pokud pacientce vyhovují oba typy pesarů a/í nebo pro ni je vhodné střídát velikosti. Výše úhrady je závislá na stupni inkontinence.

Inkontinence I. stupně:

Kostkový silikonový pesar – pacientka bude doplácet Kč 650,- (ÚHR1)

Silný kroužkový silikonový pesar – pacientka bude doplácet Kč 723,- (ÚHR1)

Inkontinence II. stupně:

Kostkový silikonový pesar – pacientka bude doplácet Kč 199,- (ÚHR2)

Silný kroužkový silikonový pesar – pacientka bude doplácet Kč 272,- (ÚHR2)

Lékárny a Zdravotnické potřeby pacientce pesary objednají na

Tel. č.: 732 69 00 89 nebo **603 82 57 09** nebo emailu: **info@pesary.cz**