

Postup pro preskripci vlhkého krytí v prvních 6 měsících léčby

Jedná se o odložené schvalování úhrady revizním lékařem (dále jen RL) až po uplynutí 6 měsíců od zahájení léčby, v souladu se zněním Přílohy č. 3, oddílu C, zákona č. 48/1997 Sb., ve znění platném od 1. 1. 2019.

Při prvním předepsání prostředku pro vlhké hojení ran lékař vyplní **Žádanku a Poukaz** na léčebnou pomůcku

Žádanka

- lékař uvede **signální kód zdravotnického prostředku 0082747** (Krytí vlhké – kód pro oznámení začátku léčby)
- a **počet balení 999**.
- v části **Specifikace požadavku** uvede lékař text „**Informace o zahájení léčby prostředky pro vlhké hojení ran**“ a
- uvede **datum zahájení léčby** shodné s datem vystavení Poukazu.
- **popis, lokalizaci a velikost defektu**, pro který vlhké krytí předepisuje a indikuje
- **Žádanku lékař odešle na příslušnou pojišťovnu. Lékař nemusí čekat na schválení revizním lékařem.** V období prvních 6 měsíců jde o formální a automatický souhlas.

Poukaz

- uvede **kód konkrétního zdravotnického prostředku**
- skutečné **požadované množství ZP**
- dále uvede, že bylo „**Oznámeno zdravotní pojišťovně s platností do dd.mm.rrrr + 6 měsíců**“ (např. je-li počátek léčby na Žádance 1. 12. 2019, uvede na Poukazu datum 1. 5. 2020).
- **Poukaz se neposílá ke schválení RL, lékař jej předává přímo pacientovi k vyzvednutí ZP bez dalšího odkladu.**

Při předepsání dalších Poukazů k léčbě této rány **v období prvních 6 měsíců** již lékař **Žádanku nevystavuje**. V případě, že v období prvních 6 měsíců je následně zahájena léčba vlhkým krytím jiného defektu, než pro který byla VZP předána informace o zahájení léčby, postupuje lékař opět stejně, tzn. vystaví novou Žádanku.

Postup při preskripci pro období po uplynutí prvních 6 měsíců léčby

Po uplynutí období 6 měsíců od vystavení první Žádanky informující příslušnou pojišťovnu o zahájení léčby (tzn. defektu v konkrétní lokalitě) se v případě potřeby pokračující/další léčby za pomoci prostředků pro vlhké krytí postupuje standardně jako u každého prostředku, jehož úhrada vyžaduje předchozí oficiální souhlas revizního lékaře (v Číselníku VZP – ZP označeno symbolem Z v poli LIM1). **Poukaz může být vyplněn a předán pojištěnci, až po obdržení souhlasu RL.**

Uvedený postup vychází z Metodiky k Úhradovému katalogu VZP - ZP, verze 1026, platné k 1. 12. 2019.

Vzor vyplnění Žádanky a Poukazu na vlhké krytí během prvních 6 měsíců léčby rány

Kód pojišťovny		ŽÁDANKA O SCHVÁLENÍ (POVOLENÍ) výkonu – léčiva – ZP – ostatní		Čís. schválení	
Pro pacienta (zařízení)		Čís. pojistěnce		Předběžně dne	
Sk	Kód	0 0 8 2 7 4 7	Název	Krytí vlhké	
Specifikace požadavku: (Zde napište tuto větu) Informace o zahájení léčby prostředky pro vlhké hojení ran. Zdůvodnění: (zde popište defekt, jeho lokalizaci a velikost)			Počet provedení		
			balení	9	9 9
			ks		
			km		
			Platnost do	0 1 0 5 2 0	
Datum zahájení léčby: 1. 12. 2019			Dne: 1. 12. 2019		
Stanovisko revizního lékaře ÚP VZP:			razítko a podpis žadatele		

ZP:	Kód:
ActiMaris® Gel 20 g	5007277
ActiMaris® Sensitiv roztok 300 ml	5007254
ActiMaris® Sensitiv roztok 1000 ml	5005468
ActiMaris® Forte roztok 300 ml	5007284

Od 1.12. 2019 mohou předepsat lékaři všech specializací. Bylo zrušeno omezení preskripce na specializaci.

Kód pojišťovny	POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU		poř. č.	
Příjmení a jméno	DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY oprava – úprava pomůcky		Ev. č.	
Číslo pojistěnce	f.	Pomůcka nová / repasovaná *) <small>*) nehodící se škrtně</small>		
Bydliště (adresa)		Sk	Kód	Počet
I hradí pojišťovna		0 1 5 0	0 7 2 7 7	2
C spoluúčast pacienta		ActiMaris Gel 20g		
P hradí pacient		Cena pomůcky		
Dne:		Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny (zde napište) Oznámeno zdravotní pojišťovně s platností do ... (uveďte datum vystavení Žádanky + 6 měsíců) (a přidejte razítko a podpis lékaře vystavujícího poukaz)	Datum: 1. 12. 2019	
Razítko a podpis lékaře		razítko výdejce		
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře				

POLAS
EMPOLAS s.r.o.

výhradní distributor ActiMaris ČR a SR
email: info@empolas.com
tel: +420 602 556 877

www.actimaris.cz

infolinka: 775 335 111