

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. 8. 2024, uvede na Poukazu datum 1. 2. 2025).
- **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 pojišťenci, až po obdržení souhlasu RL.**

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		
			Předběžné dne		
Pro pacienta (zařízení)		Čís. pojištěnce			
		IČP			
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 detailně popište defekt, jeho lokalizaci a velikost)					
Datum zahájení léčby: 1. 8. 2024					
Počet provedení					
balení 9 9 9					
ks					
km					
Platnost do 0 1 0 2 2 5					
Dne: 1. 8. 2024					

Stanovisko revizního lékaře ÚP ZVP: razítko a podpis žadatele

RIGENOMA®	Úhradový kód
Čistící roztok bez oplachování s OZOILE® 750 ml	5017353
Alginátové krytí s OZOILE® 5 ks	• 5017354
Impregnované nepřilnavé krytí s OZOILE® 10 ks	• 5017356
Hydrogel na rány s OZOILE® 100 ml	• 5017355
Krém pro obnovu a regeneraci kůže s OZOILE® 40 ml	• 5017373
Krém pro obnovu a regeneraci kůže s OZOILE® 100 ml	• 5017372
Ochranný a hojivý krém s OZOILE® 100 ml	• 5017374
• Plně hrazeno	

Přípravky RIGENOMA® mohou předepsat lékaři všech specializací, bez preskripčního omezení.

Kód pojišťovny	POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU		poř. č.	
Příjmení a jméno		DRUH A OZNAČENÍ POMŮCKY	Ev. č.	
Číslo pojištěnce		oprava – úprava pomůcky	Pomůcka nová / repasovaná*)	
Bydliště (adresa)		*) nehodící se škrtně		
I	hradí pojišťovna	Sk	Kód	Počet
C	spoluúčast pacienta	0,1	5,0	1,7
P	hradí pacient	3	5,5	2
Dg.		RIGENOMA®hydrogel na rány s OZOILE®100 ml		
Pomůcka dočasná		Cena pomůcky		
Pomůcka dočasná na počet měsíců				
Dne: 1. 8. 2024		Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny		
Razítko a podpis lékaře		(zde napište)		
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře		Oznámeno zdravotní pojišťovně s platností do 1. 2. 2025		
		(uvedte datum vystavení Žádanky + 6 měsíců a přidejte razítko a podpis lékaře)		
		Datum:		
		razítko výdejce		

Zdravotnické prostředky, čtěte příbalovou informaci.



EMPOLAS s.r.o.

výhradní distributor RIGENOMA® pro ČR a SR

email: info@empolas.com

tel.: +420 775 335 111

infolinka: + 420 775 335 111
www.rigenoma.cz

