

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 27 listopada 1998 r.

## w sprawie wzoru zbiorczego zestawienia recept podlegających refundacji przez Kasy Chorych.

Na podstawie art. 59a ust. 8 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468 oraz z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887 i Nr 144, poz. 929) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór zbiorczego zestawienia recept, podlegających refundacji przez Kasy Chorych aptekom

(punktom aptecznym), stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1999 r.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej: *W. Maksymowicz*

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998 r. (poz. 979)

Pieczętka przedsiębiorcy  
prowadzącego aptekę  
lub punkt apteczny

.....  
Numer statystyczny  
(Regon)

ZBIORCZE ZESTAWIENIE RECEPT PODLEGAJĄCYCH REFUNDACJI PRZEZ KASY CHORYCH APTEKOM  
(PUNKTOM APTECZNYM)

zrealizowanych w okresie od ..... do .....\*

Lp.	Rodzaj recept	Liczba recept	Wartość leków zrealizowanych na podstawie recept wg cen detalicznych	Opłata wniesiona przez pacjenta	Kwota podlegająca refundacji
1	2	3	4	5	6
1	MzPom 31 R				
2	MzPom 31 U3				

\*1 Do zbiorczego zestawienia recept podlegających refundacji należy dołączyć odrębne zestawienie recept odnoszące się do poszczególnych Kas Chorych właściwych ze względu na przynależność pacjenta.

1	2	3	4	5	6
3	MzPom 31 U5				
4	MzPom 31 ZHK				
5	MzPom 31 IW				
6	MzPom 31 IWB				
7	MzPom 31 LR				
8	MzPom 33 R				
9	MzPom 33 U3				
10	MzPom 33 U5				
11	MzPom 33 ZHK				
12	MzPom 33 IW				
13	MzPom 33 IWB				
14	MzPom 33 LR				
15	MzPom 34 BZ				
16	MzPom 34 R.				
17	MzPom 34 U3				
18	MzPom 34 U5				
19	MzPom 35				
	Razem				

Do zapłaty: ..... słownie .....

Oświadczam, że wyżej wymieniona kwota wynika ze zrealizowanych recept bezpłatnych i częściowo odpłatnych, podlegających refundacji, które zostaną udostępnione do wglądu na żądanie Kasy Chorych.

.....  
(data i czytelny podpis osoby sporządzającej  
zestawienie i numer telefonu)

.....  
(pieczęć i czytelny podpis  
właściciela lub osoby reprezentującej  
przedsiębiorcę prowadzącego aptekę  
lub punkt apteczny)

.....  
(data i czytelny podpis kierownika apteki  
lub punktu aptecznego)

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym

Zatwierdzam do wypłaty kwotę zł .....

słownie .....

.....  
(data, pieczęć i podpis osoby przyjmującej)

.....  
Główny Księgowy

.....  
Dyrektor

**Objaśnienie oznaczeń:**

- (R) — lek wydawany po wniesieniu opłaty ryczałtowej,
- (U3) — lek wydawany za odpłatnością w wysokości 30% ceny leku,
- (U5) — lek wydawany za odpłatnością w wysokości 50% ceny leku,
- (ZHK) — leki podstawowe i uzupełniające wydawane ubezpieczonym zasłużonym honorowym dawcom krwi,
- (IW) — leki podstawowe i uzupełniające wydawane osobom, o których mowa w art. 44 ust. 1 pkt 1—3 ustawy,
- (IWB) — leki wydawane bezpłatnie dla inwalidów wojennych,
- (LR) — leki recepturowe,
- (BZ) — leki wydawane bezpłatnie.