

### Wykaz i ceny świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy

| Lp. | Nazwa/zakres świadczenia  | Wartość punktowa świadczenia (pkt.) | Cena brutto za 1 punkt (PLN) | Koszt brutto świadczenia (PLN) |
|-----|---|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 1.  | <b>Program leczenia</b> neowaskularnej (wsiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ( <b>AMD</b> ) (ICD-10 H 35.3): |                                     |                              |                                |
| 1)  | Diagnostyka w programie-kwalifikacja  | 409,00                              |                              |                                |
| 2)  | Diagnostyka w programie-monitorowanie   | 205,00                              |                              |                                |
| 3)  | Kwalifikacja do leczenia w programie oraz weryfikacja jego skuteczności   | 338,00                              |                              |                                |
| 4)  | Przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym połączone z podaniem iniekcji w programie  | 378,56                              |                              |                                |
| 5)  | Przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu   | 108,16                              |                              |                                |
| 2.  | <b>Iniekcja doszklistkowa u pacjenta nie zakwalifikowanego do programu, hospitalizowanego / rozlicznego wg JGP w grupie:</b>        |                                     |                              |                                |
| 1)  | B74 - hospitalizacja  | 278,00                              |                              |                                |
| 2)  | B84 - hospitalizacja  | 724,00                              |                              |                                |

.....  
(data i podpis Przyjmującego Zamówienie)

Potwierdzam wykonanie świadczeń ujętych w zestawieniu:

.....  
( data i podpis Ordynatora Oddziału Okulistycznego)