



**Komplexní řešení
pro péči o akutní
a chronické rány**



Ceník úhrad

Platné od 1. 2. 2026

SÚKL kód	Název	Ks/ Bal	Ref. Kód	Úhrada pojišťovny	Doplatek
5018973	Alginür® Ag 20 x 30 cm	5	3012	7 144,98	0,-
5018975	Alginür® Ag 15 x 15 cm	10	3011	5 390,00	0,-
5018978	Alginür® Ag 10 x 10 cm	10	3010	2 430,40	0,-
5019040	Nürofoam® Sensitive non border 20 x 20 cm	10	6014	7 790,00	0,-
5019041	Nürofoam® Sensitive non border 10 x 20 cm	10	6007	3 897,60	0,-
5019042	Nürofoam® Sensitive non border 15 x 15 cm	10	6006	4 384,73	0,-
5019043	Nürofoam® Non-adhesive PHMB 10 x 10 cm	10	7008	2 430,40	0,-
5019044	Nürofoam® Non-adhesive PHMB 15 x 15 cm	10	7009	5 468,35	0,-
5019045	Nürofoam® Non-adhesive PHMB 20 x 20 cm	10	7011	9 690,00	0,-
5019046	Nürofoam® Non-adhesive PHMB 10 x 20 cm	10	7010	4 860,80	0,-
5019049	Alginür® 10 x 10 cm	10	1003	1 690,00	0,-
5019050	Alginür® 10 x 20 cm	10	1004	3 390,00	0,-
5019051	Nürofoam® Sensitive sacral 18 x 18,5 cm	10	6013	7 874,49	0,-
5019052	Nürofoam® Non adhesive heel 18 x 12 cm	5	5015	1 995,84	0,-
5019053	Nürocel® Extra Ag 10 x 10 cm	10	8003	2 430,40	0,-
5019054	Nürocel® Extra Ag 15 x 15 cm	5	8004	2 734,20	0,-
5019055	Nürocel® Extra Ag 20 x 30 cm	5	8005	7 245,00	0,-
5019056	Nürofoam® Sensitive border 10 x 10 cm	10	6010	2 430,40	0,-
5019057	Nürofoam® Sensitive border 15 x 15 cm	10	6011	5 468,40	0,-
5019058	Nürofoam® Sensitive border 20 x 20 cm	10	6012	9 721,60	0,-
5019081	Nürofoam surgical PHMB 10x10 cm	10	4005	2 800,00	0,-
5019082	Nürofoam surgical PHMB 15x15 cm	10	4008	6 300,00	0,-
5019083	Nürofoam surgical PHMB 20x20 cm	10	4009	11 060,00	0,-
5019084	Nürofoam sacral PHMB 18,5x19,05cm	10	4011	9 867,20	0,-

Postup při preskripci v období prvních 6 měsíců léčby

Ošetřující lékař při zahájení léčby pomocí prostředků pro vlhké hojení ran **vyplní současně Žádanku** o schválení (povolení) **i Poukaz** na léčebnou a ortopedickou pomůcku.

Žádanka:

- Kolonka **Kód**: signální kód 0082747 (Krytí vlhké - kód pro oznámení začátku léčby)
- Kolonka **Název**: Vlhké krytí
- **Počet balení ZP**: 999
- Kolonka **Specifikace**: vyplní se text „*INFORMACE O ZAHÁJENÍ LÉČBY PROSTŘEDKY PRO VLNKÉ HOJENÍ RAN*“ a uvede se **datum zahájení léčby**, které je shodné s datem vystavení Poukazu.
- **Zdůvodnění**: uvádí se popis, lokalizace a velikost defektu, pro který se vlhké krytí indikuje a předepisuje.

Takto vyplněná Žádanka bude odeslána na místně příslušné smluvní pracoviště zdravotní pojišťovny. Nedílnou součástí je také přiložení fotodokumentace rány.

Kód pojišťovny		ŽÁDANKA O SCHVÁLENÍ (POVOLENÍ) výkonu – léčivého přípravku – ZP – ostatní		Čís. schválení													
				Předběžně dne													
Pro pacienta (poskytovatele)			Čís. pojištěnce														
			IČP														
Sk	Kód	0 0 8 2 7 4 7	Název	Vlhké krytí													
Specifikace požadavku:																	
Informace o zahájení léčby prostředky pro vlhké hojení ran																	
Zdůvodnění:																	
<table border="1"> <tr> <td>Počet</td> <td>provedení</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>balení</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ks</td> <td></td> <td>9 9 9</td> </tr> <tr> <td>km</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Počet	provedení			balení		ks		9 9 9	km		
Počet	provedení																
	balení																
ks		9 9 9															
km																	
Platnost do 2 4 0 4 2 6																	
Datum zahájení léčby: 24.10.2025																	
Stanovisko revizního lékaře ÚP: Dne:																	
razítko a podpis žadatele																	

Postup při preskripci v období prvních 6 měsíců léčby

Ošetřující lékař při zahájení léčby pomocí prostředků pro vlhké hojení ran **vyplní současně Žádanku** o schválení (povolení) **i Poukaz** na léčebnou a ortopedickou pomůcku.

Poukaz:

- Kolona **Kód**: kód konkrétního zdravotnického prostředku
- Kolona **Počet**: skutečně požadované množství
- Dále je **nutné uvést**, že bylo „*oznámeno zdravotní pojišťovně s platností do dd.mm.rrrr*“, (tj. datum vystavení Žádanky + 6 měsíců). Takto vyplněný **Poukaz** lékař předá pojišťenci, který si na jeho základě vyzvedne bez dalšího odkladu vlhké krytí.

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 škrtněte	
I	hradí pojišťovna	Dg		Sk	Kód
C	spoluúčast pacienta	Pomůcka trvalá/dočasná*)		Počet	Cena
P	hradí pacient	*) nehodící se škrtněte		015018978	2,00
Dne:	Pomůcka dočasná na počet měsíců			Alginur Ag 10 x 10 cm 10ks/bal	
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře		Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny		Cena pomůcky	
		Oznámeno ZP s platností do dd.mm.rrrr		Datum:	
				razítko výdejce	

V případě předepisování dalších materiálů vlhkého krytí v období prvních 6 měsíců od zahájení léčby už lékař vystavuje pouze Poukaz! V případě výskytu dalšího defektu je třeba opět postupovat jako u prvního defektu, tedy lékař vystaví novou **Žádanku**.

Po uplynutí období 6 měsíců od vystavení první **Žádanky** se v případě potřeby pokračující/další léčby pomocí prostředků pro vlhké krytí postupuje standardně: ošetřující lékař vystaví novou Žádanku s uvedením konkrétního kódu krytí, požadovaného počtu balení, specifikace požadavku, zdůvodnění atd. Žádanku zašle na místně příslušné pracoviště ZP. **Poukaz může být vyplněn a předán pojišťenci až po obdržení souhlasu RL.**

Objednávejte na www.medstore.cz