

Glasögonbidrag - Faktureringsunderlag - Formulär - Ledningsstöd och VO Ögon

Faktureringsadress:

Region Gävleborg

Ekonomiservice

826 82 Söderhamn

Vid fakturering, bifoga:

- Synintyg/recept

Ange referensnummer* _____

* = Obligatoriskt

Namn*	
Personnummer*	LMA-Nummer*
Är personen folkbokförd i Gävleborg?* ☐ JA ☐ NEJ, vilken Region _____	
Glasögonbidrag 0–7 år	
Recept från*	☐ Ögonmottagningen Gävle (referensnummer 43002) ☐ Ögonmottagningen Hudiksvall (referensnummer 16100)
Ange styrka* Bidragsbelopp MAX 800/1600 kr. Bidragets storlek beror på vilken glasstyrka eller glastyp barnet behöver. Se rutin Glasögonbidrag .	☐ $\leq +/-6 \text{ D alt } \leq -4 \text{ D cyl}$ Glas/Kontaktlinser ☐ $\geq +/- 6.25 \text{ D alt } \geq -4.25 \text{ D cyl}$ eller Flerstyrkeglas med add på recept
Om belopp lägre än 800/1600 kr, ange ansökt belopp* _____	
Glasögonbidrag 8–19 år	
Ange flöjande referensnummer vid fakturering: 82991	
Ange styrka* Bidragsbelopp MAX 800/1600 kr. Bidragets storlek beror på vilken glasstyrka eller glastyp barnet behöver. Se rutin Glasögonbidrag .	☐ $\leq +/-6 \text{ D alt } \leq -4 \text{ D cyl}$ Glas/Kontaktlinser ☐ $\geq +/- 6.25 \text{ D alt } \geq -4.25 \text{ D cyl}$ eller Flerstyrkeglas med add på recept
Om belopp lägre än 800/1600 kr, ange ansökt belopp* _____	
Prismaglasögon, afakiglas recept från ögonmottagningen	
Recept från*	☐ Ögonmottagningen Gävle (referensnummer 43002) ☐ Ögonmottagningen Hudiksvall (referensnummer 16100)
Ange ansökt belopp* _____	
Intygas av*	
Namnteckning leg. Optiker: _____	Datum: _____
Namnteckning kund/målsnamn: _____	Datum: _____