

Numero/i di repertorio

Tipo DM

DM singolo

DM assemblato

Destinazione d'uso riportata nelle Istruzioni per l'uso

Descrivere la popolazione target beneficiaria del DM proposto e la condizione patologica

Come viene trattata attualmente la popolazione target ?

Il DM o la categoria di prodotti richiesti va in affiancamento o sostituzione di un dispositivo analogo già in uso?

Non applicabile. Specificare il motivo

Affiancamento

Sostituzione

In caso affermativo, indicare:

Nome commerciale del/i dispositivo/i già in uso

Codice/i prodotto/i ESTAR

CND

% di sostituzione

Situazione contrattuale

Economia scaduta

Gara

In caso di gara indicarne il numero e l'anno

Specificare la motivazione della richiesta di acquisto (es. caratteristiche del prodotto attualmente utilizzato per quella indicazione, vantaggi del DM proposto, motivo per cui il prodotto attualmente utilizzato non va più bene)

3. Stima dei quantitativi richiesti

Numero annuale di pazienti da trattare

Fabbisogno annuale del DM (numero di pezzi)

Prezzo di acquisto o range di prezzo del DM richiesto

Prezzo di acquisto dell'eventuale prodotto alternativo già in uso

4. Rimborso procedura legata all'uso del DM

Codice ICD-9-CM di diagnosi

Codice ICD-9-CM di intervento

Codice DRG

Tariffa DRG

Tariffa prestazione ambulatoriale

5. Documentazione da allegare

Autorizzazione aziendale (obbligatoria)

Scheda tecnica del prodotto (obbligatoria)

Istruzioni per l'uso (obbligatorie)

Relazione del clinico (facoltativa)

Bibliografia (obbligatoria)