



Portal Świadczeniodawcy

© 2014 Kamssoft S.A.

KAMSOFT S.A.

Data utworzenia: 12/1/2014

Spis treści

Rozdział 1 Wprowadzenie	6
Rozdział 2 Praca z programem	7
Rozdział 3 Obsługa okien	10
3.1 Moja struktura organizacyjna	10
3.1.1 Moje dane podstawowe	10
3.1.1.1 Wnioski dot. kont bankowych	12
3.1.2 Moje pełne dane (Portal Potencjału)	12
3.2 Umowy na realizację świadczeń	13
3.2.1 Stan przelewów bankowych	14
3.2.2 Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń	15
3.2.3 Moje umowy	17
3.2.3.1 Szczegóły dotyczące umowy	19
3.2.3.1.1 Przegląd ugód dotyczących rozliczenia nadwykonań	22
3.2.3.1.1.1 Szczegóły wniosku/ugody	24
3.2.3.2 Faktury związane z rozliczaniem umowy	25
3.2.3.2.1 Przegląd sprawozdania rozliczeniowego	27
3.2.3.3 Dane ze wspomaganie rozliczeń	27
3.2.3.3.1 Do roku 2013	27
3.2.3.3.2 Od roku 2013	32
3.2.3.4 Import dokumentów rozliczeniowych	37
3.2.3.5 Naliczanie świadczeń do zapłaty	38
3.2.4 Moje rozliczenia	41
3.2.5 Pliki z umowami do pobrania	45
3.2.6 Ankiety do wypełnienia	45
3.2.6.1 Lista ankiet kontekstowych	47
3.2.6.1.1 Szczegóły ankiety	48
3.2.7 Przegląd danych o deklaracjach POZ	50
3.2.7.1 Szczegóły deklaracji POZ	52
3.2.8 Przegląd wyników weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem	52
3.2.9 Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed	53
3.2.10 Recepty	54
3.2.10.1 Składanie wniosków o zastrzeżenie recept	55
3.2.10.2 Przegląd wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept	56
3.2.10.3 Generowanie numerów recept	57
3.2.10.4 Przegląd wygenerowanych numerów recept - dane archiwalne	60
3.2.10.5 Informacje o recepcie	61
3.2.11 Wyznaczanie grup JGP dla hospitalizacji	62
3.2.12 Przesyłanie plików z danymi dla wyznaczania JGP	65
3.2.13 Przegląd świadczeń - decyzje OW	66
3.2.14 Przegląd wniosków o rozliczenie indywidualne	67
3.2.14.1 Chemioterapia niestandardowa	69
3.2.14.2 Rozliczenia indywidualne	70
3.2.14.2.1 Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci (6100)	71
3.2.14.2.2 Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych osobie innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenie (6101)	74
3.2.14.2.3 Wniosek o rozliczenie świadczeń wykonanych w odstępie krótszym niż wynika to z zarządzeń Prezesa NFZ (6102)	77
3.2.14.2.4 Wniosek o rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w zarządzeniach Prezesa NFZ (6103)	81
3.2.14.2.5 Wniosek o rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza wartość 15 000 zł i wartość obliczaną wg wzoru określonego w § 22 ust. 1 pkt 1 obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ (6104)	84

3.2.14.2.5.1 Kosztorys	86
3.2.14.2.6 Wniosek o rozliczenie świadczenia, którego rozliczenie właściwej grupy JGP dopuszczono z wyższego poziomu referencyjnego, a świadczenia udzielono w trybie nagłym udzielono w trybie nagłym (6105)	90
3.2.14.2.7 Wniosek o rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie (określone we wniosku) warunki (6106)	92
3.2.14.2.8 Wniosek o rozliczenie świadczenia, gdy w trakcie tej samej hospitalizacji wykonano więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych (6107)	96
3.2.14.2.9 Wniosek o rozliczenie świadczeń, gdy kolejna hospitalizacja jest rozpoczęta w dniu zakończenia innej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy (6108)	99
3.2.14.2.10 Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych świadczeniobiorcy w wieku poniżej 60 roku życia na oddziale psychogeriatrycznym (6109)	102
3.2.14.2.11 Wniosek o rozliczenie przedłużonego czasu rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych (6110)	105
3.2.15 Skierowania na leczenie sanatoryjne	108
3.2.16 Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ	108
3.2.17 Informator o postępowaniach na rok...	110
3.2.17.1 Szczegóły postępowania	111
3.3 Apteki	112
3.3.1 Moje umowy	112
3.3.2 Przekazanie danych o zrealizowanych lekach	112
3.3.2.1 Problemy	114
3.3.3 Sprawdzenie poprawności recept	118
3.3.4 Okresy rozliczeniowe	119
3.3.4.1 Otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego	124
3.3.4.1.1 Wnioski o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego	125
3.3.5 Przegląd recept z wynikami weryfikacji wstecznej	126
3.3.6 Stan przelewów bankowych	128
3.3.7 Zestawienie statystyczne recept	128
3.3.8 Umowa na realizację recept	129
3.3.8.1 Dodawanie nowego wniosku	130
3.3.8.1.1 Dodawanie personelu do wniosku	131
3.3.8.1.2 Dodawanie kierownika apteki do wniosku	133
3.3.8.1.3 Dodawanie osoby reprezentującej	133
3.3.8.2 Przekazanie wniosku do OW NFZ	135
3.3.8.3 Drukowanie dokumentów	136
3.3.8.4 Uzupełnianie braków	138
3.3.8.5 Wydruk umowy	138
3.3.8.6 Statusy wniosku	139
3.3.8.7 Zgłaszanie zmian personelu	140
3.3.8.7.1 Dodawanie nowego zgłoszenia	141
3.3.8.7.2 Dodawanie personelu do zgłoszenia	142
3.3.8.7.3 Zmiana kierownika apteki	144
3.4 Zaopatrzenie ortopedyczne	146
3.4.1 Przekazanie danych o zrealizowanych środkach	146
3.4.2 Przegląd świadczeń zaopatrzenia ortopedycznego	148
3.5 Punkt dystrybucji recept	152
3.5.1 Zastrzeganie recept	153
3.5.2 Przegląd i akceptacja wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept	154
3.5.3 Generowanie pliku z zastrzeżonymi receptami	154
3.5.4 Przyjmowanie wniosków na recepty	155
3.5.5 Przyjmowanie wniosków na recepty (przebieg skrócony)	156
3.5.6 Zatwierdzanie wniosków złożonych przez świadczeniodawcę/lekarza	156
3.5.7 Przygotowanie danych dla drukarni	157
3.5.8 Odebranie recept z drukarni	158
3.5.9 Wydawanie recept	158
3.5.10 Pobieranie zakresów recept	159
3.6 Nowości	160

Rozdział 4 Rejestracja Świadczeniodawcy	163
Rozdział 5 Aktywacja Świadczeniodawcy	166
Rozdział 6 Administracja	168
6.1 Zmiana hasła	168
6.2 Administracja prawami dostępu	170
6.3 Przekaż pytanie do operatora	173
6.4 Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ	174
6.4.1 Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia	177
6.4.2 Zarządzanie operatorami	178
6.4.2.1 Uprawnienia administratora lokalnego systemu eWUŚ	180
6.4.2.2 Uprawnienia operatora systemu eWUŚ	181
6.4.3 Wnioski o uprawnienia administratora	182
6.4.4 Wnioski o zgodę na przedłużenie ważności upoważnienia do	183
6.5 Wniosek o nadanie uprawnienia administratora	184
6.6 Pobranie plików technicznych NFZ	185
6.7 Stan przekazanych przesyłek do systemu CBS	186
6.8 Przegląd instalacji otwartych oraz wniosków na nowe instalacje	187
6.9 Wniosek o założenie konta administratora	188
6.10 Przegląd stanu komunikacji/przetwarzania danych w OW NFZ	188
6.11 Historia logowań	190
6.12 Zgody dla pracowników OW NFZ na edycję danych w portalu	191
6.12.1 Dodawanie zgody	193
6.13 Dane użytkownika	194
Rozdział 7 Wymagania techniczne i instalacyjne	196
Rozdział 8 Najczęściej zadawane pytania	197
8.1 Jak zatrudnić personel w komórce?	197
8.2 Jak zmienić dane personelu w komórce?	197
8.3 Jak usunąć zatrudnienie personelu z pojedynczej komórki?	198
8.4 Jak przenieść zatrudnienie do innej komórki (nawet w obrębie tego samego produktu)?	198
8.5 Jak usunąć dane dla wpisu zatrudnienia z brakującą grupą i/lub specjalnością?	198
8.6 Jak zwolnić personel we wszystkich komórkach?	199
8.7 Jak dodać personel?	199
8.8 Jak zmienić dane personelu?	200
8.9 Jak usunąć dane?	200
8.10 Jak zmienić dane personalne?	201

1 Wprowadzenie

System obsługi **Portalu Świadczeniodawcy** jest systemem informatycznym NFZ odpowiedzialnym za udostępnienie (edycję), modyfikację i przesyłanie danych, umożliwiającym komunikację pomiędzy OW NFZ a Świadczeniodawcą.

Do podstawowych celów systemu zaliczamy:

- uporządkowanie danych personelu Świadczeniodawcy,
- uporządkowanie i uzupełnienie danych Świadczeniodawcy,
- przegląd listy umów,
- przegląd listy przesyłek,
- przegląd listy przelewów,
- możliwość przesłania zgłoszenia do operatora,
- udostępnienie listy umów do pobrania,
- udostępnienie listy ankiet do wypełnienia.

UWAGA: Logowanie do wielu. Istnieje w **Portalu Świadczeniodawcy** możliwość utworzenia (przez Oddział NFZ) grup Świadczeniodawców. W ramach grupy można określić dowolną ilość Świadczeniodawców nadrzędnych. Użytkownicy Świadczeniodawców nadrzędnych, posiadający flagę **logowanie do wielu** mogą logować się do dowolnego Świadczeniodawcy podrzędnego w ramach grupy, bądź po zalogowaniu na swojego Świadczeniodawcę, wykonywać operacje wspólne na rzecz Świadczeniodawców podrzędnych.

W przypadku zalogowania się do portalu użytkownika nadrzędnego (takiego, który posiada grupę użytkowników podrzędnych) dostępne są pewne operacje wspólne. Po kliknięciu na odpowiednie linki:

- **Apteki/Przekazanie danych o zrealizowanych lekach...**
- **Zaopatrzenie ortopedyczne/Przekazanie danych o zrealizowanych środkach...**

na stronie do wysyłania przesyłek znajduje się dodatkowa kontrolka, w której znajdują się wszyscy użytkownicy podrzędni aktualnie zalogowanego użytkownika.

Istnieje możliwość wysłania przesyłki lub podglądu przesyłek już wysłanych z filtrem użytkownika podrzędnego. W tym celu należy wybrać z listy odpowiedniego użytkownika. Lista przesyłek zostanie automatycznie odświeżona. Aby powrócić do danych zalogowanego użytkownika należy z listy wybrać pole puste.


2 Praca z programem

Aby zainicjować serwis www, należy uruchomić przeglądarkę internetową (np. Internet Explorer, Mozilla Firefox itp.) i w pasku adresu przeglądarki wpisać adres internetowy, pod którym znajduje się **Portal Świadczeniodawcy**. Poprawna postać adresu powinna zostać przekazana przez pracownika OW NFZ.


Portal Świadczeniodawcy 2.2001

Logowanie

▶ Świadczeniodawca ▶ Apteka ▶ Pliki do pobrania

 Kod świadczeniodawcy:
Użytkownik:
Hasło: [zapomniałem hasła](#)

Zalogowanie do Portalu Świadczeniodawcy oznacza zobowiązanie do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 926, ze zm.)

Informacje	Ważne do
Wiadomosc 4	18.06.2012
 Wiadomosc 1	18.06.2012
 Login - Wiadomości widoczne podczas logowania/wylogowywania	18.06.2012
Wiadomosc 2	18.06.2012

Po nawiązaniu połączenia z serwerem, na którym znajduje się serwis, pojawi się zamieszczona powyżej strona www, umożliwiająca wejście do systemu, po podaniu przydzielonego identyfikatora w postaci: **Kod świadczeniodawcy, Użytkownik i Hasło**. Z kodu Świadczeniodawcy usuwane są następujące znaki specjalne: / \ ? * : | " < > . , spacja. W przypadku podania błędnej nazwy użytkownika lub błędnego hasła, po naciśnięciu przycisku **Zaloguj**, użytkownik zostanie powiadomiony o tym fakcie stosownym komunikatem.

Jeżeli przy podaniu prawidłowych danych podczas logowania, użytkownik otrzyma komunikat błędu, oznacza to, że dostęp do serwisu został zablokowany przez operatora systemu. OW NFZ może wymusić zmianę hasła użytkownika, przy jego pierwszym logowaniu w **Portalu Świadczeniodawcy**. W takim przypadku, po zalogowaniu wyświetli się formularz zmiany hasła opisany na stronie [Administracja](#). Praca w systemie będzie możliwa dopiero po zmianie hasła na nowe. W przypadku niejasności, wszelkie szczegółowe informacje zostają wyświetlone po wybraniu przycisku **Pomoc** na stronie logowania.

Poniżej pól logowania mogą być wyświetlone wiadomości przesyłane przez Oddział Wojewódzki NFZ. Kliknięcie na wybranej wiadomości spowoduje jej rozwinięcie i wyświetlenie zawartości.



Portal Świadczeniodawcy 2.2001

Logowanie

▶ Świadczeniodawca ▶ Apteka ▶ Pliki do pobrania



Kod świadczeniodawcy:

Użytkownik:

Hasło:

[zapomniałem hasła](#)

Zalogowanie do Portalu Świadczeniodawcy oznacza zobowiązanie do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 926, ze zm.)

Zaloguj

Informacje

Ważne do

Wiadomosc 4

18.06.2012



Wiadomosc 1

18.06.2012



Login - Wiadomości widoczne podczas logowania/wylogowywania

18.06.2012

Wiadomosc 2

18.06.2012

Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2Wiadomosc 2

Po prawidłowym zalogowaniu się do systemu wyświetlona zostanie strona www prezentowana poniżej.

Portal Świadczeniodawcy 2.1405
[Wyloguj]

Kod świadczeniodawcy: **08R/10005**

Nazwa świadczeniodawcy: **Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Ks. Biskupa Nathana w Branicach**

Użytkownik: **test1**

Świadczeniodawca zalogowany w Portalu zobowiązany jest do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 926, ze zm.)

Moja struktura organizacyjna

Tu zapoznasz się z podstawowymi informacjami na Twój temat zgromadzonymi w systemie NFZ

- ▶ **Moje podstawowe dane**
- ▶ **Moje pełne dane (Portal Potencjału)**

Nowości

Miejsce, w którym możesz zobaczyć nowe, istotne informacje lub komunikaty

- ▶ **21.10.10 - testestestestestest**

Umowy na realizację świadczeń

Informacje oraz funkcje związane z realizacją świadczeń

- ▶ **Stan przelewów bankowych**
- ▶ **Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń**
- ▶ **Moje umowy**

Pokaż więcej..

Zaopatrzenie ortopedyczne

Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca przeprowadzenie rozliczenia w zakresie zaopatrzenia w środki ortopedyczne, pomocnicze i techniczne

- ▶ **Przekazanie danych o zrealizowanych środkach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne**
- ▶ **Stan przelewów bankowych**

Pokaż więcej..

Refundacja leków

Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca przeprowadzenie rozliczenia w zakresie refundacji leków

- ▶ **Przekazanie danych o zrealizowanych lekach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne**
- ▶ **Sprawdzanie poprawności recept**

Pokaż więcej..

Administracja i opcje

Parametry działania aplikacji

- ▶ **Zmiana hasła**
- ▶ **Administracja prawami dostępu**
- ▶ **Przełącz pytanie do operatora**

Pokaż więcej..

Ukazuje się strona główna, z pozycji której Świadczeniodawca ma możliwość wyboru interesujących go informacji i usług. W ramach niektórych sekcji istnieją grupy linków niewidocznych, które są dostępne po naciśnięciu **Pokaż więcej...** Dana sekcja jest wtedy prezentowana na całej stronie.

3 Obsługa okien

Poruszanie się po stronach **Portalu Świadczeniodawcy** jest proste i raczej intuicyjne, większość przycisków i formularzy jest jasno określona, natomiast sposób postępowania w poszczególnych przypadkach szczegółowo opisany w rozdziale [Najczęściej zadawane pytania](#).

Informacje na stronie głównej portalu prezentowane są w postaci tabeli, w której każda komórka prowadzi na kolejne strony i udostępnia szczegółowe informacje zalogowanemu użytkownikowi:

[Moja struktura organizacyjna](#)

[Umowy na realizację świadczeń](#)

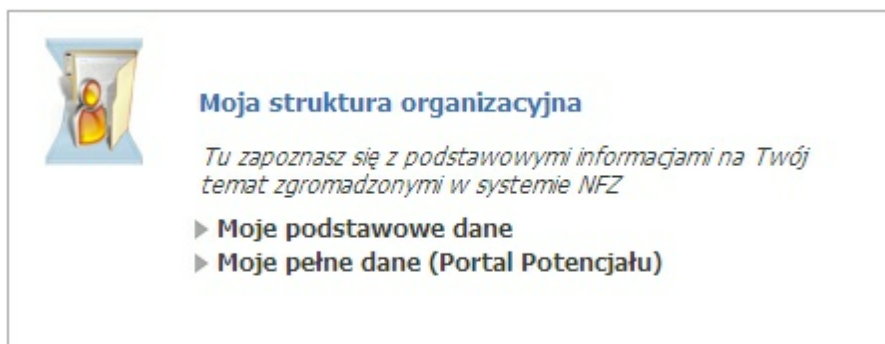
[Refundacja leków](#)

[Zaopatrzenie ortopedyczne](#)

[Nowości](#)

3.1 Moja struktura organizacyjna

Aby wejść na stronę przeglądu struktury Świadczeniodawcy, należy na stronie głównej **Portalu Świadczeniodawcy** wybrać sekcję **Moja struktura organizacyjna**. Wybór odpowiedniego linku powoduje przejście na stronę, na której dostępne są szczegółowe dane.



Moja struktura organizacyjna

Tu zapoznasz się z podstawowymi informacjami na Twój temat zgromadzonymi w systemie NFZ

- ▶ **Moje podstawowe dane**
- ▶ **Moje pełne dane (Portal Potencjału)**

3.1.1 Moje dane podstawowe

Aby wejść na stronę przeglądu danych Świadczeniodawcy, należy na stronie głównej **Portalu Świadczeniodawcy** wybrać sekcję **Moja struktura organizacyjna/Moje podstawowe dane**.

Portal Świadczeniodawcy 2.1405 [Wyloguj]

Informacje własne świadczeniodawcy

[▶ Powrót](#)
 [▶ Wnioski dot. kont bankowych apteki](#)
 [▶ Wnioski dot. kont bankowych świadczeniodawcy](#)
 [▶ Pomoc](#)

Dane ogólne

Kod świadczeniodawcy:

Nazwa świadczeniodawcy:

NIP:

Regon:

Rodzaj świadczeniodawcy:

Świadczeniodawca:

Apteka:

Organ założycielski:

Data aktualizacji:

Konto bankowe apteki

Nr konta bankowego:

Dane adresowe

Kod terytorialny:

Kod pocztowy:

Pocztą:

Miasto:

Ulica:

Telefon:

Faks:

Dane kontaktowe

Kontakt:

Główny księgowy:

Kierownik:

Osoby upoważnione do składania oświadczeń (zgodnie z danymi rejestrowymi):

Wybranie tej opcji powoduje przejście do prezentacji danych podstawowych Świadczeniodawcy wraz z listą kont bankowych zdefiniowanych niezależnie. Konta bankowe są prezentowane od roku 2005. Strona służy do przeglądu danych (pola zaciemnione na szaro) i nie ma możliwości modyfikacji pozycji na stronie.

W części **Konto bankowe apteki** znajduje się przycisk **Zmień**, który pozwala na dodanie nowego konta - jeśli żadne nie istnieje, lub zmianę istniejącego numeru konta.

W oknie wniosku o zmianę nr. rachunku bankowego znajdują się przyciski: **Zapisz zmiany** oraz **Oznacz jako sprawdzony** - dostępne po wcześniejszym kliknięciu przycisku **Wprowadź**.

WPROWADZONY

Identyfikator techniczny wniosku: 4391

Warszawa, 25.11.2009

Kod Oddziału Wojewódzkiego: 08
 08R/66666 - Microsoft sp. z o.o.
 Aleje Jerozolimskie 195a
 02-222 Warszawa, Warszawa

**Wniosek w sprawie rachunku bankowego apteki
o wpisanie w systemie informatycznym NFZ nr rachunku bankowego**

Wnoszę o wpisanie w systemie informatycznym NFZ poniższego nr rachunku bankowego, na który będą przesyłane środki pieniężne z tytułu refundacji cen leków.

Nr rachunku bankowego:

Podpis/y i pieczęć Apteki

Przycisk **Zapisz zmiany** powoduje zapisanie nowego nr. konta bankowego jako wersji roboczej - tzn. nie zostanie ona wysłany do Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Przycisk **Oznacz jako sprawdzony** powoduje zapisanie nowego nr. konta jako sprawdzonego przez świadczeniodawcę oraz wygenerowanie kodu kreskowego dla wniosku. Po oznaczeniu wniosku jako sprawdzony świadczeniodawca powinien wydrukować wniosek, podpisać, a następnie wysłać do Oddziału Wojewódzkiego NFZ. W przypadku gdy wprowadzony numer znajduje się na negatywnej liście kont bankowych wyświetlony zostanie komunikat "Wprowadzony nr konta bankowego jest zarejestrowany w OW NFZ na liście negatywnych kont bankowych".

3.1.1.1 Wnioski dot. kont bankowych

W górnej części okna znajdują się przyciski pod postacią linków, umożliwiające przejście do okien umożliwiających wypełnienie wniosków dotyczących kont bankowych apteki i świadczeniodawcy.



Tworzenie nowych wniosków w obu przypadkach jest prawie identyczne jak tworzenie wniosku o zmianę konta bankowego apteki za pomocą przycisku **Zmień** (opisanego wyżej). Jediną różnicą w przypadku konta świadczeniodawcy jest to, że po kliknięciu **Nowy wniosek** wyświetlona zostanie lista umów świadczeniodawcy, z której należy wybrać odpowiednią umowę dla której składany jest wniosek. W przypadku gdy do umowy nie został jeszcze przypisany żaden numer konta bankowego, kliknięcie przycisku **Nowy wniosek** spowoduje utworzenie wniosku w sprawie rachunku bankowego, a nie wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

Naciśnięcie przycisku **Powrót** powoduje przejście do strony dotyczącej struktury Świadczeniodawcy.

3.1.2 Moje pełne dane (Portal Potencjału)

Po wybraniu odpowiedniego linku pojawi się poniższe okno, w którym przejście do kolejnych stron umożliwiają odnośniki oznaczone kolorowymi ikonami. Każda ze stron zawiera odpowiednie dane dotyczące struktury Świadczeniodawcy w większej szczegółowości, umożliwia uzupełnienie tych danych oraz weryfikację już istniejących. Wprowadzone bezbłędnie dane pozwalają na wygenerowanie pliku ze strukturą Świadczeniodawcy w formacie SSX2, który zostanie wykorzystany do importu poprzez moduł **Ofertowanie**.

Portal Potencjału Wersja 2.0052

[Wyloguj](#)

Portal Potencjału

Kod świadczeniodawcy: **08R/10017**
 Nazwa świadczeniodawcy: **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach**
 Użytkownik: **ika**

Świadczeniodawca zalogowany w Portalu zobowiązany jest do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 926, ze zm.).

Dane świadczeniodawcy
 Przegląd i edycja podstawowych danych świadczeniodawcy, organu założycielskiego świadczeniodawcy, wpisów do rejestrów, certyfikatów świadczeniodawcy, informacji o zawieszeniach działalności świadczeniodawców.

Struktura świadczeniodawcy
 Przegląd i edycja danych o strukturze organizacyjnej świadczeniodawcy: jednostkach organizacyjnych, komórkach organizacyjnych, profilach medycznych w komórkach organizacyjnych oraz danych o wyposażeniu komórek organizacyjnych.
 Przegląd i edycja danych o lokalizacjach świadczeniodawcy; powiązanie komórek organizacyjnych z lokalizacjami świadczeniodawców.

Personel
 Przegląd i edycja danych o zatrudnionym personelu medycznym, grupach zawodowych i specjalnościach personelu medycznego oraz danych o pracy personelu w komórkach organizacyjnych.

Profile potencjału
 Obsługa profilu potencjału do ofertowania oraz profilu podwykonawstwa.

Umowy podwykonawstwa
 Przegląd i edycja danych o zawartych umowach podwykonawstwa świadczeń opieki zdrowotnej.

Zmiany danych personelu
 Przegląd zmian w danych personelu medycznego dokonanych przez innych świadczeniodawców.

Sprzęt świadczeniodawcy
 Przegląd i edycja danych o sprzęcie świadczeniodawcy.

Produkty handlowe
 Przegląd i edycja danych o produktach handlowych oferowanych w ramach zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Zestawy produktów handlowych
 Przegląd i edycja danych o zestawach produktów handlowych oraz przegląd i edycja ich zawartości.

[W górę](#)

3.2 Umowy na realizację świadczeń

Strona umożliwia przekazanie do systemu oddziałowego informacji o złożonych wnioskach dotyczących zatrudnienia, zwolnienia czy też edycji danych personelu. Po przesłaniu wniosku do OW NFZ następuje jego weryfikacja przeprowadzona przez pracownika NFZ, operator w oddziale podejmuje decyzję o przyjęciu lub odrzuceniu wniosku. Przyjęcie wniosku spowoduje aktualizację bieżących danych w słowniku personelu medycznego OW NFZ. W przypadku powtórzeń operator może odrzucić wniosek lub scalić powtarzające się rekordy i zaktualizować dane personelu na podstawie wniosku. Z tej strony mamy możliwość pobrania plików z umowami, edycji ankiet do wypełnienia oraz przeglądu danych o deklaracjach POZ. Strona umożliwia przejście do szczegółów dotyczących przelewów bankowych, obsługi recept, weryfikacji świadczeń oraz innych funkcjonalności.



Umowy na realizację świadczeń

Informacje oraz funkcje związane z realizacją świadczeń

- ▶ Stan przelewów bankowych
- ▶ Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń
- ▶ Moje umowy
- ▶ Moje rozliczenia
- ▶ Pliki z umowami do pobrania
- ▶ Ankiety do wypełnienia
- ▶ Przegląd danych o deklaracjach POZ
- ▶ Przegląd wyników weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2011
- ▶ Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem
- ▶ Recepty
- ▶ Przegląd świadczeń – decyzje OW
- ▶ Przegląd wniosków o rozliczenie indywidualne
- ▶ Skierowania na leczenie sanatoryjne
- ▶ Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2013
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2012
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2010
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2009
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2008
- ▶ Informator o postępowaniach na rok 2007

Powrót

Po wybraniu tej opcji oraz odsyłacza **Pokaż więcej...** przechodzimy do strony, gdzie mamy możliwość wyboru pozycji z listy (linków).

- [Stan przelewów bankowych](#)
- [Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń](#)
- [Moje umowy](#)
- [Moje rozliczenia](#)
- [Pliki z umowami do pobrania](#)
- [Ankiety do wypełnienia](#)
- [Przegląd danych o deklaracjach POZ](#)
- [Przegląd wyników weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem](#)
- [Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem](#)
- [Recepty](#)
- [Wyznaczanie grup JGP dla hospitalizacji](#)
- [Przesyłanie plików z danymi dla wyznaczenia JGP](#)
- [Przeglądanie świadczeń - decyzje OW](#)
- [Przegląd wniosków o rozliczenie indywidualne](#)
- [Skierowania na leczenie sanatoryjne](#)
- [Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ](#)
- [Informator o postępowaniach na rok...](#)


3.2.1 Stan przelewów bankowych


Wybranie tej opcji powoduje wyświetlenie informacji o przelewach dotyczących rozliczeń ze Świadczeniodawcą. Na formularzu wyświetlona jest lista przelewów bankowych wynikająca z danych systemu księgowego NFZ.





Portal Świadczeniodawcy 2.0142 [Wyloguj]

Przegląd przelewów

[Powrót](#) [Pomoc](#)


 Świadczeniodawca: **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach Skłodowskiej 26 26 / 2, 48100 OPOLSKIE**
 Użytkownik: **ika**
 Kontrahent: **08R/10017**


Wyszukiwanie przelewów dla wybranego kontrahenta

Symbol faktury:
 Tytuł przelewu:
 Data płatności od:  do: 
 Data przelewu od:  do: 

Symbol faktury▼	Data płatności	Data przelewu	Kwota przelewu (zł)	Tytuł przelewu	Znacznik operacji	Numer rachunku
203/2006	24.11.2006		181 660,00	08R10017 Faktura 203/2006 świadczenie 09 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
221/2006	05.12.2006		242,36	08R10017 Faktura 221/2006 świadczenie 10 za miesiąc 11	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
210/2006	24.11.2006		54,00	08R10017 Faktura 210/2006 świadczenie 01 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
208/2006	24.11.2006		11 206,80	08R10017 Faktura 208/2006 świadczenie 01 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
207/2006	24.11.2006		20 093,40	08R10017 Faktura 207/2006 świadczenie 01 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
206/2006	24.11.2006		6 832,40	08R10017 Faktura 206/2006 świadczenie 01 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
202/2006	24.11.2006		10 824,00	08R10017 Faktura 202/2006 świadczenie 05 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
199/2006	24.11.2006		98 905,43	08R10017 Faktura 199/2006 świadczenie 06 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295

Dostępne przyciski

- **Znajdź** - powoduje umieszczenie danych dotyczących przelewów pod paskiem przeglądu przelewów, z listy przelewów dla danego kontrahenta wg kryteriów określonych w sekcji wyszukiwania.
- **Wyczyść** - powoduje czyszczenie wszystkich pól kryteriów dla wyszukiwania.
- **Powrót** - powoduje przejście do strony poprzedniej.

3.2.2 Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń

Weryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej to proces kontroli danych świadczeń gromadzonych w Systemie Informatycznym NFZ. Podstawowe funkcje systemu weryfikacji świadczeń:

- definiowanie procesów i zadań weryfikacji,
- uruchamianie zadań weryfikacji dla wybranego zbioru świadczeń w określonym czasie,
- ocena wyników weryfikacji w kontekście sprawozdanych wybranych świadczeń,
- modyfikacja i zatwierdzenie wyników automatycznych weryfikacji.

Poza tym system weryfikacji udostępnia usługi dodatkowe:

- przegląd wyników weryfikacji w kontekście danych świadczeń,
- zatwierdzenie/modyfikacja wyniku weryfikacji,
- przegląd logu weryfikacji: zadania, wyniki zadań,
- przegląd statystyk wyników weryfikacji,
- udostępnienie informacji o stanie weryfikacji sprawozdań,
- udostępnienie informacji o wyniku weryfikacji sprawozdań.

Przebieg procesu weryfikacji polega na:

- definiowaniu weryfikacji,
- wykonaniu weryfikacji, czyli na kontroli poprawności danych świadczeń opieki zdrowotnej.

Przegląd wyników weryfikacji oraz merytoryczna ocena wyników weryfikacji jest dostępna dla użytkowników w **Portalu Świadczeniodawcy**.

Wyszukiwanie

Kod instalacji:

Rok:

Miesiąc sprawozdawczy: styczeń luty marzec kwiecień maj czerwiec
 lipiec sierpień wrzesień październik listopad grudzień

Miesiąc rozliczeniowy: styczeń luty marzec kwiecień maj czerwiec
 lipiec sierpień wrzesień październik listopad grudzień

Numer kuponu:

Kod umowy:

Numer korekty sprawozdania:

Ocena operatora: Ocena - Błąd Ocena - Ostrzeżenie Brak oceny

Status weryfikacji: Niezweryfikowane Do ponownej weryfikacji Zweryfikowane – automat

Wynik weryfikacji: Zweryfikowane – pracownik

Błąd weryfikacji: Poprawne Ostrzeżenie Błąd

Zakres świadczeń: 🔍 ✖

Świadczenie: 🔍 ✖

Data wykonania świadczenia od: | do: |

Status rozliczenia świadczenia:

Wyszukiwanie zaawansowane

Identyfikator świadczenia nadawczego:

Identyfikator produktu:

Identyfikator pozycji rozliczeniowej w SINFZ:

KG:

Data urodzenia pacjenta:

W sekcji **Wyszukiwanie** zawężymy listę interesujących nas pozycji do tych spełniających warunki założone w filtrach oraz przyciskiem **Wyszukaj** potwierdzamy wybór. Za pomocą **Wyszukiwania zaawansowanego** zawężymy przedział negatywnych wyników weryfikacji wg Id: świadczenia nadawczego, produktu, pozycji rozliczeniowej w SINFZ, KG. Za pomocą **Wydruku** można wydrukować lub wyeksportować w formacie XML bądź CSV, wykaz wyszukanych świadczeń.

Jeżeli dla wyświetlanego danego świadczenia są jakieś błędy lub ostrzeżenia, to link otwierający okienko z listą ostrzeżeń/błędów zawiera kod pierwszego ostrzeżenia: jeśli kod jest koloru ciemnoczerwonego to dotyczy błędu; jeśli kod jest koloru ciemnożółtego to dotyczy ostrzeżenia.

Identyfikator świadczenia w systemie nadawcy	Produkt	Data urodzenia osoby	Numer kuponu	Status rozliczenia świadczenia	Data potwierdzenia	Data wykonania świadczenia	Weryfikacja
270050 v2 KG: Identyfikator pozycji rozliczeniowej: 90915773	270051 (v1)	2008-01-01		Otwarte		01.01.2011 01.01.2011	Status: Zweryfikowane - automat Wynik: Błąd 51701014, ...
270050 v2 KG: Identyfikator pozycji rozliczeniowej: 90915774	270052 (v1)	2008-01-01		Otwarte		01.01.2011 01.01.2011	Status: Zweryfikowane - automat Wynik: Błąd 51701014, ...

Przycisk **Zestawy świadczeń - eksport CSV** pozwala na pobranie pliku CSV, spakowanego do archiwum ZIP z rozszerzeniem WAE, zawierającego zestawy świadczeń zgodne z filtrem wyszukiwania.

Zawartość spakowanego pliku CSV zawiera następujące dane:

- identyfikator instalacji systemu nadawcy
- identyfikator zestawu świadczeń
- numer wersji danych zestawu świadczeń
- numer wersji zbioru danych rozliczeniowych związanych z niniejszym zestawem świadczeń
- typ zestawu świadczeń
- datę i czas pierwszej rejestracji zestawu świadczeń w systemie świadczeniodawcy
- datę i czas ostatniej modyfikacji zestawu świadczeń w systemie świadczeniodawcy

3.2.3 Moje umowy

Przejdźcie do okna przeglądu listy umów jest możliwe po wybraniu opcji **Moje umowy**, na stronie głównej **Portalu Świadczeniodawcy**. Wyświetlona zostaje strona zawierająca następujące informacje:

- Kod umowy
- Rok
- Nazwa rodzaju świadczenia
- Data oferty (Początek:, Koniec:)
- Data umowy (Początek:, Koniec:)
- Kwota umowy (zł)
- Konto bankowe wraz z przyciskiem umożliwiającym jego zmianę (zmiana opisana jest w rozdziale [Moja struktura organizacyjna](#))
- Status umowy
- Data podpisania [NFZ]
- Data aktualizacji danych



Informacje o umowach

► Powrót ► Pomoc





Kod świadczeniodawcy: **08R/66666**
 Nazwa świadczeniodawcy: **Microsoft sp. z o.o.**
 Użytkownik: **SIVY1234**



[Importuj dokumenty rozliczeniowe](#)



Wyszukiwanie











Rok:

Rodzaj świadczeń:  

Typ umowy:  






Umowy podpisane wyłącznie z oddziałem: Opolski Oddział Wojewódzki NFZ

[Wyszukaj](#)

Kod umowy ▲	Rok	Nazwa rodzaju świadczenia	Data oferty	Data umowy	Kwota umowy (zł)	Konto bankowe	Status umowy	Data podpisania [NFZ]	Data aktualizacji danych
08R/66666/02/01/AOS/2010    	2010	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	Początek: 01.01.2010 Koniec: 31.12.2010	Początek: 01.01.2010 Koniec: 31.12.2010	10 110 000,00	<BRAK> Zmień	Umowa podpisana	11.01.2010	31.01.2010
08R/66666/02/04/AOS/2010   	2010	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	Początek: 01.01.2010 Koniec: 31.12.2010	Początek: 01.01.2010 Koniec: 31.12.2010	10 000 000,00	<BRAK> Zmień	Umowa podpisana	18.01.2010	18.01.2010
08R/66666/0401/2010/POZ/   	2010	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	Początek: 01.01.2010 Koniec: 31.12.2010	Początek: 01.01.2010 Koniec: 31.12.2010	99 999 990,00	<BRAK> Zmień	Umowa podpisana	08.01.2010	08.01.2010

Nad listą umów znajdują się pola pozwalające na filtrowanie wyświetlanych umów względem roku (rozwijane pole wyboru *Rok*), względem rodzaju świadczeń (pole *Rodzaj świadczeń* - wybór rodzaju ze słownika) oraz względem typu umowy (pole *Typ umowy* - wybór typu ze słownika). Dodatkowo dostępny jest znacznik *Umowy podpisane wyłącznie z oddziałem: [Nazwa aktualnego oddziału]*, który domyślnie jest zaznaczony. Oznacza on że, wyświetlane są jedynie umowy, które Świadczeniodawca podpisał z OW NFZ, na którego portalu właśnie pracuje. Jeżeli pole nie jest zaznaczone wyświetlane są także umowy z innych oddziałów, które zostały do tego oddziału zaimportowane.

Po przejściu do prezentacji listy umów lub ofert, które posiada/złożył Świadczeniodawca dostępne są następujące przyciski:

- Przycisk  pozwala na pobranie umowy w postaci xml dla Świadczeniodawcy,
- Przycisk  powoduje przejście do planu umowy ([szczegóły dotyczące umowy](#)),
- Przycisk  powoduje przejście do rachunków z rozliczenia umów ([faktury](#) związane z rozliczaniem umowy),
- Przycisk  powoduje przejście do danych ze [wspomagania rozliczeń](#), aktywowania funkcji przetwarzania oraz drukowania sprawozdania rozliczeniowego,
- Przycisk  powoduje przejście do formatki [naliczania świadczeń do zapłaty](#).

Przycisk **Importuj dokumenty rozliczeniowe** pozwala na przejście do strony umożliwiającej import plików komunikatów REF. Opis znajduje się w rozdziale [Import dokumentów rozliczeniowych](#).

3.2.3.1 Szczegóły dotyczące umowy

W ramach opcji prezentowane są dane z planu umowy (szczegóły dotyczące umowy). Prezentacja podzielona jest na zakładki:

- **Plan umowy**

Portal Świadczeniodawcy
2.2121 | 08R/66666 (SIVY1234) [Wyloguj]

Szczegółowe informacje o umowach

▶ Plan umowy ▶ Wykonanie ▶ Limity ▶ Aneksy ▶ Nadwykonania ▶ Powrót ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: **PRZYKŁADOWY SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY ŚLĄSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO1**
 Aleje Jerozolimski 565/4, 05291 Warszawa9
 SIVY1234

Użytkownik: **SIVY1234**

Kod umowy: **08R/66666/02/01/AOS/200h**

Rok: **2012**

Przegląd aktualnego planu umowy

Miesiąc:

Miesiąc▲	Produkt kontraktowy	Nazwa produktu	W	Dane wartościowe planu					
9	02.0000.078.02	BADANIA ENDOSKOPOWE PRZEWODU POKARMOWEGO - GASTROSKOPIA	1	Liczba:	683	Cena:	7,2000 zł	Kwota:	4 917,6000 zł
9	02.0000.079.02	BADANIA ENDOSKOPOWE PRZEWODU POKARMOWEGO - KOLONOSKOPIA	1	Liczba:	517	Cena:	7,2000 zł	Kwota:	3 722,4000 zł
9	02.7220.072.02	BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)	1	Liczba:	9713	Cena:	7,2000 zł	Kwota:	69 933,6000 zł
9	02.7250.072.02	BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO (RM)	1	Liczba:	19384	Cena:	7,2000 zł	Kwota:	139 564,8000 zł

Na zakładce **Plan umowy** jest prezentowany jednolity i aktualny plan umowy z uwzględnieniem ostatnio podpisanego aneksu. Plan ten jest prezentowany w postaci produktów kontraktowych w podziale na poszczególne miesiące.

Przycisk powoduje rozwinięcie do poziomu produktów jednostkowych obowiązujących dla danego produktu kontraktowego wraz z wagami.

- **Wykonanie**

Portal Świadczeniodawcy

2.2121 | 08R/66666 (SIVY1234) [Wyloguj]

Szczegółowe informacje o umowach

► Plan umowy ► Wykonanie ► **Limity** ► Aneksy ► Nadwykonania ► Powrót ► Pomoc

 Świadczeniodawca: **PRZYKŁADOWY SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO1**
Użytkownik: **Aleje Jerozolimski 565/4, 05291 Warszawa9**
SIVY1234
Kod umowy: **08R/66666/02/01/AOS/200h**
Rok: **2012**

 **Przegląd wykonania zarejestrowanego po stronie OW NFZ**

Miesiąc od:

Miesiąc do:

Kod produktu kontraktowego:

Wyróżnik:

Brak informacji na temat wykonań zarejestrowanych po stronie OW NFZ

Na zakładce **Wykonanie** prezentowany jest przegląd wykonania zarejestrowanego po stronie OW NFZ. Prezentowane dane obejmują wszystkie zarejestrowane w OW świadczenia bez względu na wynik weryfikacji.

Kliknięcie przycisku **Odśwież dane** spowoduje wstawienie do kolejki zadania przeliczenia wykonań dla danej umowy. W kolejce zadań może się znajdować tylko jedno zadanie przeliczania dla danej umowy.

- **Limity**



Szczegółowe informacje o umowach

► Plan umowy ► Wykonanie ► **Limity** ► Aneksy ► Nadwykonania ► Powrót ► Pomoc



Świadczeniodawca: **PRZYKŁADOWY SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY ŚLĄSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO1**
 Aleje Jerozolimski 565/4, 05291 Warszawa9
 SIVY1234
 Użytkownik:
 Kod umowy: **08R/66666/02/01/AOS/200h**
 Rok: **2012**

Aktualne limity finansowe obowiązujące dla umowy

Miesiąc▲	Limit finansowy (zł)
1	10,00
2	10,00
3	10,00
4	10,00
5	10,00
6	10,00
7	10,00
8	10,00
9	10,00
10	10,00
11	10,00
12	10,00

Na zakładce **Limity**, prezentowane są limity finansowe obowiązujące przy wyznaczaniu kwoty do wypłaty dla umów rozliczanych poprzez ten limit.

- **Aneksy**



Szczegółowe informacje o umowach

► Plan umowy ► Wykonanie ► **Limity** ► **Aneksy** ► Nadwykonania ► Powrót ► Pomoc



Świadczeniodawca: **PRZYKŁADOWY SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY ŚLĄSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO1**
 Aleje Jerozolimski 565/4, 05291 Warszawa9
 SIVY1234
 Użytkownik:
 Kod umowy: **08R/66666/02/01/AOS/200h**
 Rok: **2012**

Przegląd aneksów dla umowy

Numer wersji▲	Propozycja świadczeniodawcy	Daty aneksu	Kwota aneksu (zł)	Status aneksu	Data podpisania [NFZ]	Data aktualizacji danych
1	Początek: 01.01.2012 Koniec: 31.12.2012	Początek: 01.01.2012 Koniec: 31.12.2012	120,00	Umowa podpisana	30.12.2011	30.12.2011

Na zakładce **Aneksy**, prezentowany jest przegląd aneksów do umowy. Widoczne są tylko aneksy finansowe o statusie Umowa podpisana natomiast aneksy statystyczne nie są ograniczone do tego statusu.

3.2.3.1.1 Przegląd ugód dotyczących rozliczenia nadwykonań

Kliknięcie **Nadwykonania** (jeśli dostępne) w oknie szczegółów umowy spowoduje przejście do okna pozwalającego na przegląd ugód dotyczących rozliczenia nadwykonań oraz na wnioskowanie do OW NFZ o rozliczenie nadwykoń (czyli ugody o typie 'Pozasądowa'). Przycisk jest dostępny tylko dla umów od roku 2013.

Portal Świadczeniodawcy
[Wyloguj]

Przegląd ugód dotyczących rozliczenia nadwykonań

▶ Powrót
▶ Pomoc

Świadczeniodawca: [zmaskowane]

Użytkownik: [zmaskowane]

Kod umowy: [zmaskowane]

Rok: [zmaskowane]

Wyszukiwanie

Okres rozliczeniowy: ▼

Status: ▼

Id wniosku ▼	Typ ugody	Okres rozliczeniowy	Data wniosku	Status	Nr ugody	Sygnatura ugody	Konto bankowe	
43791	Pozasądowa	od: 01.09.2013 do: 30.09.2013	rejestracji: 20.12.2013	Wniosek wprowadzony			46 8940 7048 0644 0415 1486 2898	Szczegóły
43779	Pozasądowa	od: 01.08.2013 do: 31.08.2013	zakończenia: 19.12.2013	Wniosek zatwierdzony Ugoda w trakcie tworzenia	3	OFERTA/2013/397481	11 8940 7048 0644 4984 7730 6856	Szczegóły
43774	Pozasądowa	od: 01.07.2013 do: 31.07.2013	zakończenia: 19.12.2013	Wniosek zatwierdzony Ugoda brak akceptacji	1	OFERTA/2013/397470	11 8940 7048 0644 4984 7730 6856	Szczegóły
43773	Sądowa	od: 01.07.2013 do: 31.07.2013	zakończenia: 19.12.2013	Wniosek zatwierdzony Ugoda podpisana	2	OFERTA/2013/397471	11 8940 7048 0644 4984 7730 6856	Szczegóły Zmień

Pola *Okres rozliczeniowy* i *Status* pozwalają na precyzowanie warunków wyszukiwania ugód, które zostaną wyszukane po kliknięciu przycisku **Znajdź**.

Przycisk **Utwórz wniosek** umożliwia złożenie nowego wniosku. Przycisk jest dostępny tylko wtedy gdy będą spełnione wszystkie poniższe warunki:

- będzie istniał w konfiguracji okres rozliczeniowy, dla którego na ten dzień można składać wnioski o ugode.
- dla rodzaju wydatku tej umowy można składać wnioski o ugode
- dla tego typu umowy można składać wnioski o ugode
- istnieje okres rozliczeniowy tej umowy, dla którego nie ma wniosków o statusie innym niż **Zatwierdzony** bądź **Anulowany**.

Jeśli ugoda będzie miała status **Podpisana**, to w kolumnie *Konto bankowe* pod numerem konta będzie dostępny przycisk **Zmień** służący wnioskowaniu o zmianę numeru konta na ugodzie.

Po kliknięciu przycisku **Szczegóły** zostaną wyświetlone szczegóły dotyczące konkretnego wniosku/ugody, które zostały opisane w rozdziale [Szczegóły wniosku/ugody](#).

Rejestracji nowego wniosku dokonuje się za pomocą przycisku **Utwórz wniosek**, który jest dostępny w przypadku gdy z konfiguracji będzie wynikała możliwość złożenia wniosku w danym dniu. Jeśli zatem data bieżąca nie mieści się w zdefiniowanej konfiguracji nie będzie możliwa operacja utworzenia nowego wniosku.

The screenshot shows the 'Portal Świadczeniodawcy' interface. At the top, there is a navigation bar with the portal name, version '2.2614 | 01221 (test) Środowisko serwisowe gsplan2', and a 'Wyloguj' button. The main heading is 'Dodawanie wniosku o rozliczenie nadwykonań'. Below this, there are navigation links for 'Powrót' and 'Pomoc'. A user information box displays a 'Świadczeniodawca' icon and fields for 'Użytkownik', 'Kod umowy', and 'Rok'. The main form area is titled 'Wniosek o rozliczenie nadwykonań' and contains several input fields and buttons. At the top right of the form are buttons for 'Zapisz', 'Przełącz do OW', and 'Anuluj'. The 'Okres rozliczeniowy' is set to '01.10.2013 - 31.10.2013'. A button labeled 'Pobierz nr rachunku bankowego i dane posiadacza rachunku z umowy' is positioned above the 'Nr rachunku bankowego' field. Below this, there are buttons for 'Podmiotu' and 'Świadczeniodawcy' under the instruction 'Dane posiadacza rachunku kopiuj z danych:'. The form also includes fields for 'Nazwa', 'Kod pocztowy', 'Miasto', and 'Ulica nr domu/lokalu'.

Podczas dodawania wniosku jest wymagane podanie okresu rozliczeniowego, numeru konta rachunku bankowego oraz nazwy i adresu posiadacza rachunku. Użytkownik może pobierać dane o numerze konta i posiadaczu z umowy, skopiować dane posiadacza z danych podmiotu lub z danych świadczeniodawcy - służą do tego odpowiednie przyciski.

Kliknięcie **Zapisz** spowoduje utworzenie wniosku jeśli konfiguracja na to pozwoli. Kliknięcie **Anuluj** spowoduje anulowanie wprowadzania wniosku. Przycisk **Przełącz do OW** powoduje utworzenie wniosku oraz automatyczne przekazanie wniosku do OW NFZ. Zmiana statusu wniosku na **Przekazany do OW** jest możliwa też tylko wtedy gdy data bieżąca mieści się w zdefiniowanej konfiguracji.

Nie jest możliwe złożenie dwóch wniosków do tej samej umowy i okresu rozliczeniowego. W każdym momencie dla danej umowy i okresu rozliczeniowego może istnieć jeden wniosek o statusie innym niż zatwierdzony bądź anulowany przez świadczeniodawcę lub anulowany przez OW.

Wcześniej zapisany wniosek również można przekazać do OW NFZ za pomocą przycisku **Przełącz do OW**. Również w tym przypadku zmiana statusu wniosku na **Przekazany do OW** jest możliwa też tylko wtedy gdy data

bieżąca mieści się w zdefiniowanej konfiguracji.

Wniosek o statusie **Wprowadzony/Przekazany do OW** można usunąć. Jeśli wniosek ma już status **Rozpatrywany**, to znaczy że wniosek został pobrany przez OW NFZ do rozpatrzenia i jego usunięcie (czyli zmiana statusu na **Anulowany**) jest niemożliwe.

Wniosek o statusie **Wprowadzony/Przekazany do OW** można edytować. Zapisanie zmian dla wniosku będzie możliwe tylko wtedy gdy na dzień zapisywania zmian konfiguracja na to pozwoli. Podczas edycji także jest wymagane wypełnienie wszystkich pól: okresu rozliczeniowego, numeru konta oraz danych posiadacza.

Dla wniosku o statusie **Przekazany do OW** jest możliwość pobrania wniosku w postaci pliku PDF za pomocą przycisk **Drukuj**.

3.2.3.1.1.1 Szczegóły wniosku/ugody

W zależności od statusu wniosku inne dane są prezentowane po kliknięciu **Szczegóły** w przeglądzie ugód dotyczących rozliczenia nadwykonań.

1. Dla wniosku o ugodę o statusie **Zatwierdzony** i statusie **Uгода w trakcie tworzenia** (w tabelce na przeglądzie będzie wyświetlony status **Uгода w trakcie tworzenia**) pojawi się formatka **Podgląd ugody dotyczącej rozliczenia nadwykonań** zawierająca:

- a) panel z informacjami o świadczeniodawcy, użytkowniku, kodzie umowy oraz roku (umowy)
- b) panel z informacjami o wniosku wprowadzającym ugodę (**Uгода na podstawie wniosku nr _____ o rozliczenie nadwykonań (Status: Wniosek zatwierdzony)**). Kliknięcie na tym panelu przycisku **Pokaż szczegóły** spowoduje wyświetlenie następujących szczegółów dotyczących tego wniosku:

- okres rozliczeniowy
- nr rachunku bankowego
- Nazwę posiadacza rachunku
- adres posiadacza rachunku
- datę przekazania do OW
- datę zatwierdzenia wniosku

Kliknięcie przycisku **Ukryj szczegóły** spowoduje ponowne ukrycie danych szczegółowych dotyczących wniosku.

- c) panel z informacjami dotyczącymi ugody (**Informacje dotyczące ugody nr(Status: Uгода w trakcie tworzenia)**) na którym będą następujące dane z ugody:

- Typ ugody
- Sygnatura
- Okres rozliczeniowy
- Nr rachunku bankowego
- Nazwa posiadacza rachunku
- Adres posiadacza rachunku

2. Dla wniosku o ugodę o statusie innym niż **Uгода w trakcie tworzenia** po wybraniu przycisku **Szczegóły** pojawi się formatka **Podgląd ugody dotyczącej rozliczenia nadwykonań** zawierająca te same dane co punkt 1 podpunkty a - c oraz dodatkowo dla panelu z informacjami dotyczącymi ugody (podpunkt c) będą prezentowane:

- a) Wartość ugody (jest to suma wartości każdej z pozycji ugody - suma kwot)
- b) lista z planem ugody zawierająca:
 - id pozycji ugody
 - kod zakresu świadczeń

- nazwę zakresu świadczeń
- wyróżnik
- liczbę
- cenę
- kwotę ($cena * liczba$)

Portal Świadczeniodawcy
2.2614 | 01221 (test) Środowisko serwisowe gsplan2 [Wyloguj]

Podgląd umowy dotyczącej rozliczenia nadwykonań

▶ Powrót ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: [redacted]
 Użytkownik: [redacted]
 Kod umowy: [redacted]
 Rok: [redacted]

Wniosek nr 43773 o rozliczenie nadwykonań (Status: Wniosek zatwierdzony) [ukryj szczegóły](#)

Okres rozliczeniowy: **01.07.2013 - 31.07.2013**
 Nr rachunku bankowego: [redacted]
 Nazwa posiadacza rachunku: [redacted]
 Adres posiadacza rachunku: [redacted]
 Data przekazania do OW: [redacted]
 Data zatwierdzenia: **19.12.2013**

Informacje dotyczące umowy nr 2 (Status: Umowa podpisana)

Typ umowy: **Sądowa**
 Sygnatura: **OFERTA/2013/397471**
 Okres rozliczeniowy: **01.07.2013 - 31.07.2013**
 Nr rachunku bankowego: [redacted]
 Nazwa posiadacza rachunku: [redacted]
 Adres posiadacza rachunku: [redacted]

Wartość umowy: **235 470,00 zł.**

Id	Zakres świadczeń ▲	Nazwa zakresu świadczeń	Wyróżnik	Liczba	Cena	Kwota
42	05.1310.208.02	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	1	15698	15,00	235 470,00

3. Dla umowy pozasądowej o statusie **Umowa do akceptacji** po wybraniu przycisku **Szczegóły** na formatce pojawi się możliwość akceptacji bądź odrzucenia umowy (przyciski **Zaakceptuj** i **Odrzuć**). Wybranie **Zaakceptuj** spowoduje zmianę statusu umowy na **Umowa zaakceptowana**. Wybranie **Odrzuć** spowoduje zmianę statusu umowy na **Umowa brak akceptacji**. Podczas akceptowania/odrzućania świadczeniodawca ma możliwość podania komentarza który jest opcjonalny.

3.2.3.2 Faktury związane z rozliczaniem umowy

W tej opcji są prezentowane dane o rachunkach wprowadzonych do rozliczenia umowy (przebieg faktur związanych z rozliczaniem umowy). Funkcja ta dla umów o statusach innych niż: Umowa podpisana i Umowa rozwiązana jest niedostępna. Kwota płatności oraz data księgowania danych wypełniana jest w momencie uruchomienia funkcji przez operatora w oddziale zatwierdzania rachunku z wyliczeniem należnej kwoty do wypłaty.



Przeгляд faktur

► Powrót ► Pomoc



Świadczeniodawca
Użytkownik:
Kod umowy:
Rok:

Świadczeniodawca 08R/66666 Aleje Jerozolimskie1 1, 05221 Warszawa5
test1
054/140050/07/010/10
2010



Przeгляд rachunków z rozliczeń

Miesiąc:

Symbol faktury:

Znajdź

Miesiąc	Rodzaj rozliczenia	Symbol faktury		Data wystawienia	Data wpływu	Data płatności	Kwota faktury (zł)	Kwota płatności (zł)	Data aktualizacji danych	Data księgowania danych	Status
1	Rachunek rozliczający w ramach limitu	0060/01/10		29.01.2010	04.02.2010	18.02.2010	131 190,00	131 190,00	08.02.2010	08.02.2010	
1	Rachunek rozliczający w ramach limitu	007/K/10/PZOZ		19.02.2010	19.02.2010	04.03.2010	-13 211,55	-13 211,55	23.02.2010	23.02.2010	
2	Rachunek rozliczający w ramach limitu	0159/02/10		28.02.2010	10.03.2010	24.03.2010	139 064,89	0,00	18.03.2010	18.03.2010	

W kolumnie **Status** mogą znajdować się następujące wartości:

- NULL - nic się nie wyświetla
- 1 - Wprowadzony
- 3 - Sprawdzony - oczekuje na korektę
- 5 - Zatwierdzony
- 7 - Sprawdzony pod względem formalno-rachunkowym
- 9 - Zaksięgowany
- 11 - Odrzucony
- 13 - Usunięty

Przycisk  powoduje przejście do sprawozdania rozliczeniowego podpisanego pod rachunek.

3.2.3.2.1 Przegląd sprawozdania rozliczeniowego

Portal Świadczeniodawcy 2.1405 [Wyloguj]

Przegląd sprawozdania rozliczeniowego

► Powrót ► Pomoc

Świadczeniodawca Użytkownik: **Świadczeniodawca 08R/66666 Aleje Jerozolimskie1 1, 05221 Warszawa5 test1**

Kod umowy: **08R/66666/02/01/AOS/2010**

Faktura: **FAKTURA1**

Miesiąc: **styczeń**

Przegląd sprawozdania rozliczeniowego

Produkt:

Pokaż pozycje niezerowe [włączony] lub wszystkie [wyłączony]

Znajdź

Produkt kontraktowy▲	Nazwa produktu	W	Szczegóły rozliczenia						
02.1020.001.02	ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETOLOGII	1	Liczba do refundacji (pkt):	90	Cena:	5,0000 zł	Kwota:	450,0000 zł	

Pole produktu umożliwia filtrowanie po kodzie produktu kontraktowego, a pole wyboru Pokaż pozycje niezerowe lub wszystkie umożliwia zawężenie prezentowanych danych do pozycji, dla których kwota jest różna od 0 lub wyświetlenie wszystkich.

Przycisk z prawej strony okna powoduje rozwinięcie danych dotyczących szczegółów pozycji sprawozdania.

3.2.3.3 Dane ze wspomaganie rozliczeń

3.2.3.3.1 Do roku 2013

W opcji tej prezentowane są dane rozliczenia finansowego, przetworzone przez proces wspomaganie rozliczeń w oddziale. Szczegóły prezentowane są w formie tabeli, w zestawieniu na cały rok. Funkcja ta dla umów o statusach innych niż: Umowa podpisana i Umowa rozwiązana jest niedostępna. Przycisk **Przegląd anulowanych szablonów** pozwala na przegląd wykonanych operacji kasowania szablonów rachunku" (dla świadczeń).



Rozliczenia finansowe

Wydruk sprawozdania ▶ Powrót ▶ Pomoc



Świadczeniodawca: **Microsoft sp. z o.o. Aleje Jerozolimskie 195a, 02222 Warszawa**
 Użytkownik: **SIVY1234**
 Kod umowy: **08R/66666/02/01/AOS/2010**
 Rok: **2010**
 Podstawa ubezpieczenia:

[Przegląd anulowanych szablonów](#)

	Wspomaganie rozliczeń	Załączniki	Wzięte przez rozliczenie	Ostatni załącznik	Szablon	Oczekujące	Anulowanie szablonów
Styczeń	17.03.2010	Tak	Obecne	17.03.2010 08R/66666/02/01/AOS/2010%	2098	Nowy załącznik	Anuluj szablon
Styczeń	17.03.2010	Tak	Obecne	17.03.2010 08R/66666/02/01/AOS/2010%	2178	Nowy załącznik	Anuluj szablon
Luty	11.03.2010	Tak	Brak	17.03.2010 1		Brak	
Marzec	04.03.2010	Tak	Obecne	11.01.2010 PPS1/2010	2082	Nowy załącznik	Anuluj szablon
Kwiecień	Nie wykonywano	Nie	Brak			Brak	

Dostępne są też przyciski funkcyjne:

- **Wydruk sprawozdania** - pozwala na przejście do strony, gdzie możliwe jest wywołanie funkcji drukowania po kliknięciu w przycisk **Drukuj**. Na wydruku od roku 2011 na wydruku nie występują następujące kolumny: "Rozliczana liczba punktów" oraz "Wartość rozliczana (zł)".

Portal Świadczeniodawcy 2.0124 [Wyloguj]

Rozliczenia finansowe

Wydruk sprawozdania > Powrót > Pomoc

Świadczeniodawca: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach Skłodowskiej 26 26/ 2, 48100 OPOLSKIE
Użytkownik: ika
Kod umowy: 09R/10017/01/POZ/2007/10
Rok: 2007

Wydruk załącznika do faktury

Miesiąc:

Załącznik do faktury:

Produkt	Wyróżnik	Nazwa produktu	Liczba podopiecznych/Liczba świadczeń	Liczba podopiecznych * wskaźnik korygujący/suma punktów	Cena świadczenia (zł)	Wartość	Liczba zakontrakt. punktów	Wartość zakontrakt. (zł)
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	27 027,00	26,600000	718 916,200000	289	7 687,400000
01.0010.092.01	2	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	0,00	20,760000	0,000000	242	5 023,920000
01.0010.092.01	3	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	0,00	17,840000	0,000000	6555	116 941,200000
01.0010.092.01	4	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	0,00	21,930000	0,000000	1409	30 899,370000
01.0032.079.09	1	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ DLA UBEZPIECZONEGO SPOZA TERENU OW NFZ	styczeń 2007	0,00	5,000000	0,000000	0	0,000000
01.0032.096.01	1	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ	styczeń 2007	3 280,00	11,000000	36 080,000000	0	0,000000
01.0032.160.09	1	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ UDZIEŁONE UPRAWNIENIEMU NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O KORDYNACJI	styczeń 2007	0,00	9,500000	0,000000	0	0,000000
01.0034.008.01	1	ŚWIADCZENIA POŁOŻNEJ POZ	styczeń 2007	2 800,00	22,000000	61 600,000000	0	0,000000
01.0034.080.09	1	ŚWIADCZENIA POŁOŻNEJ POZ DLA UBEZPIECZONEGO SPOZA TERENU OW	styczeń 2007	0,00	5,000000	0,000000	0	0,000000

W ramach rozliczeń portalowych możliwe jest zdefiniowanie wydruku sprawozdania rozliczeniowego z dokładnością do produktów kontraktowych. Wywołanie funkcji drukowania umożliwia przycisk **Drukuj - produkty**. Na wydruku od roku 2011 na wydruku nie występuje kolumna "Rozliczona liczba punktów do miesiąca poprzedniego".

Produkt	Wyróżnik	Nazwa produktu	Liczba podopiecznych/Liczba świadczeń	Liczba podopiecznych * wskaźnik korygujący/suma punktów	Cena świadczenia (zł)	Wartość	Liczba zakontrakt. punktów	Wartość zakontrakt. (zł)
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	27 027,00	26,600000	718 916,200000	289	7 687,400000
01.0010.092.01	2	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	0,00	20,760000	0,000000	242	5 023,920000
01.0010.092.01	3	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	0,00	17,840000	0,000000	6555	116 941,200000
01.0010.092.01	4	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	0,00	21,930000	0,000000	1409	30 899,370000
01.0032.079.09	1	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ DLA UBEZPIECZONEGO SPOZA TERENU OW NFZ	styczeń 2007	0,00	5,000000	0,000000	0	0,000000
01.0032.096.01	1	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ	styczeń 2007	3 280,00	11,000000	36 080,000000	0	0,000000
						<input type="button" value="Zamknij"/>	0,000000	0,000000
Kod produktu jednostkowego	Nazwa produktu jednostkowego		Waga/Wskaźnik korygujący	Zrealizowana liczba świadczeń	Wykonana liczba punktów			
5.01.00.0000026	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ-UBEZPIECZENI 7-65 RZ		1	3280	3280	61 600,000000 0 0,000000		
5.01.00.0000027	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ-UBEZPIECZENI POWYŻEJ 65 RZ		1,95	0	0	0,000000 0 0,000000		
5.01.00.0000028	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ-UBEZPIECZENI POWYŻEJ 2 MIESIĄCA DÓ 65 RZ		1,30	0	0	0,000000 0 0,000000		

- **Powrót** pozwala na powrót do podstrony Informacje o umowach.

Proces wspomaganie rozliczeń może być aktywowany przez samego Świadczeniodawcę z poziomu **Portalu Świadczeniodawcy**. Udostępniona funkcja umożliwia w ten sposób generowanie raportu rozliczeniowego w formie aktualnej. Dane te są zbiorcze dla całej umowy, niezależnie z ilu instalacji Pakietu Świadczeniodawcy pochodzą. W kolumnie Oczekujące prezentowana jest informacja czy są jakieś nowe dane do rozliczenia, jeżeli tak w komórce znajduje się tekst **Nowy załącznik**, jeżeli nie w komórce znajduje się tekst **Brak**. Kliknięcie w **Nowy załącznik** spowoduje automatyczne wykonanie wspomaganie rozliczeń i wygenerowanie nowego załącznika dla wybranego miesiąca. Kliknięcie w **Brak** nie pociąga za sobą żadnych zmian.

The screenshot shows a web interface for generating an invoice attachment. At the top, there are navigation links: 'Wydruk sprawozdania', 'Powrót', and 'Pomoc'. Below this, a header section displays user information: 'Świadczeniodawca: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DUO-DEN" Czarnowąsy Dworcowa 1, 46020 Czarnowąsy', 'Użytkownik: test1', 'Kod umowy: 0402/rozum/mod/01', and 'Rok: 2008'. The main section is titled 'Generacja załącznika do faktury' and contains several input fields: 'Miesiąc' (set to 'luty'), 'Załącznik do faktury' (empty), 'Rozliczenie' (set to 'Korekta'), 'Numer rozliczenia' (set to '3'), 'Numer korekty' (set to '1'), and 'Opis' (containing 'opis załącznika dla sprawdzenia testu'). There is also a 'Wybierz fakturę' button. At the bottom, there are buttons for 'Anuluj', 'Podgląd wydruku', 'Zatwierdź', and 'Zatwierdź i przejdź do wydruku'. The 'Data' field shows '25.02.2008' and 'Sprawozdania elektroniczne' is set to '1'.

W przypadku trybu wprowadzania załącznika do faktury, należy zaznaczyć pozycję sprawozdania elektronicznego. Pole Załącznik do faktury należy wypełnić (wprowadzić nr faktury). Wprowadzony załącznik może być formą rozliczenia podstawowego lub korektą (w przypadku gdy rozliczenie za dany miesiąc wymaga poprawy lub uzupełnienia - zostało zamknięte). W przypadku korekty pojawi się dodatkowy przycisk **Wybierz fakturę**, należy wskazać fakturę, której ta korekta dotyczy. W polu Opis można umieścić komentarz dodatkowy dotyczący załącznika. Kliknięcie **Zatwierdź** powoduje wprowadzenie pozycji. **Zatwierdź i przejdź do wydruku** umożliwia podgląd oraz wydruk załącznika - jak na rysunku poniżej.

Załącznik do faktury/rachunku nr: 1

Drukuj Zamknij

Rozliczenie za: 2010 styczeń
 Świadczeniodawca: 9/m Usługi opiekuńcze i pielęgniarstwo
 Sygnatura umowy: 9/m/0401/2010/POZ/1
 Załącznik do faktury/
 rachunku nr: 1
 Data wystawienia: 18.03.2010
 Podstawa ubezpieczenia: ubezpieczenie powszechne



0008000000000221594

Produkt (zakres)	Wyróżnik	Nazwa produktu (zakresu)	Miesiąc sprawozdawczy	Liczba podopiecznych/Liczba świadczeń	Cena świadczenia / stawka kapitacyjna (zł)	Wartość	Liczba zakontraktowanych punktów	Wartość zakontraktowana (zł)
01.0010.092.01		ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ		0,0000		11,40	833334	2500 002,00
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ		0,0000		11,40	833334	2500 002,00
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2010	0,0000		3,00	833334	2500 002,00
		Kod produktu jednostkowego (świadczenia)	Nazwa produktu jednostkowego (świadczenia)	Waga/Wskaźnik korygujący		Cena * wskaźnik		
		5.01.00.0000023	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 0-6 RZ	1,60	0,0000	4,80	0,00	
		5.01.00.0000025	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ-UBEZPIECZENI POWYŻEJ 65 RZ	1,60	0,0000	5,40	0,00	
		5.01.00.0000042	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 7-19 RZ	1,20	- 1,0000	3,60	- 3,60	
		5.01.00.0000043	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 20-65 RZ	1	- 1,0000	3,00	- 3,00	
		5.01.00.0000086	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI, KTÓRYM UDZIELONO PORADY W ZWIĄZKU Z LECZENIEM CUKRZYCY I/LUB CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA	3	2,0000	9,00	18,00	
						Razem:	11,40	Razem 21750 006,00

Data generacji: 18.03.2010
 Użytkownik generujący: test1

Osoba uprawniona do reprezentowania świadczeniodawcy:

.....
 (podpis)

Okusz,
 (miejscowość i data)

Kliknięcie w odnośnik **Anuluj szablon** umożliwia anulowanie szablonu. Możliwość anulowania szablonu określana jest przez OW NFZ.


W oknie przeglądu anulowanych szablonów zawarte są o sygnaturze umowy, miesiącu rozliczeniowym, identyfikatorze szablonu, dacie operacji, użytkownika wykonującym operację skasowanego szablonu. Istnieje możliwość filtrowania i sortowania anulowanych szablonów po następujących atrybutach: sygnaturze umowy, miesiącu rozliczeniowym, identyfikatorze szablonu, dacie operacji, użytkownika wykonującym operację skasowanego szablonu.


Portal Świadczeniodawcy 2.1308

[Wyloguj]

Przegląd anulowanych szablonów

► Powrót

 Świadczeniodawca: **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach Skłodowskiej 26 26/2,**
Rok: **48100 OPOLSKIE**
2010

 **Wyszukiwanie**

Sygnatura umowy:

Identyfikator szablonu:

Miesiąc:

Data operacji:

Użytkownik:

Brak szablonów do wyświetlenia


3.2.3.3.2 Od roku 2013

W opcji tej prezentowane są dane rozliczenia finansowego, przetworzone przez proces wspomaganie rozliczeń w oddziale. Szczegóły prezentowane są w formie tabeli, w zestawieniu na cały rok. Funkcja ta dla umów o statusach innych niż: Umowa podpisana i Umowa rozwiązana jest niedostępna. Przycisk **Przegląd anulowanych szablonów** pozwala na przegląd wykonanych operacji kasowania szablonów rachunku" (dla świadczeń).

Portal Świadczeniodawcy
2.2315 | 08R/66666 (SIVY1234) [Wyloguj]

Rozliczenia finansowe

Wydruk sprawozdania ▶ Powrót ▶ Pomoc



Świadczeniodawca: Świadczeniodawca 000/00000/1 Alpa Serwis/000 00/1, 00000 Warszawa

Użytkownik: 00001234

Kod umowy: 000 0/0000/00000/000/00

Rok: 2013

Typ dokumentu: Dokument za świadczenia udzielone uprawnionym ▼

Przeгляд anulowanych szablonów

	Wspomaganie rozliczeń	Załączniki	Wzięte przez rozliczenie	Ostatni załącznik	Szablon
Styczeń	Nie wykonywano	Tak	Brak	01.02.2013 123123	
Luty	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Marzec	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Kwiecień	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Maj	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Czerwiec	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Lipiec	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Sierpień	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Wrzesień	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Październik	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Listopad	Nie wykonywano	Nie	Brak		
Grudzień	Nie wykonywano	Nie	Brak		

Dostępne są też przyciski funkcyjne:

- **Wydruk sprawozdania** - pozwala na przejście do strony, gdzie możliwe jest wywołanie funkcji drukowania po kliknięciu w przycisk **Drukuj**. Na wydruku od roku 2011 na wydruku nie występują następujące kolumny: "Rozliczana liczba punktów" oraz "Wartość rozliczana (zł)".

Portal Świadczeniodawcy 2.0124 [Wyloguj]

Rozliczenia finansowe

Wydruk sprawozdania > Powrót > Pomoc

Świadczeniodawca: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach Skłodowskiej 26 26/ 2, 48100 OPOLSKIE
Użytkownik: ika
Kod umowy: 09R/10017/01/POZ/2007/10
Rok: 2007

Wydruk załącznika do faktury

Miesiąc:
 Załącznik do faktury:

Produkt	Wyróżnik	Nazwa produktu	Liczba podopiecznych/Liczba świadczeń	Liczba podopiecznych * wskaźnik korygujący/suma punktów	Cena świadczenia (zł)	Wartość	Liczba zakontrakt. punktów	Wartość zakontrakt. (zł)
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	27 027,00	26,600000	718 916,200000	289	7 687,400000
01.0010.092.01	2	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	0,00	20,760000	0,000000	242	5 023,920000
01.0010.092.01	3	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	0,00	17,840000	0,000000	6555	116 941,200000
01.0010.092.01	4	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	0,00	21,930000	0,000000	1409	30 899,370000
01.0032.079.09	1	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ DLA UBEZPIECZONEGO SPOZA TERENU OW NFZ	styczeń 2007	0,00	5,000000	0,000000	0	0,000000
01.0032.096.01	1	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ	styczeń 2007	3 280,00	11,000000	36 080,000000	0	0,000000
01.0032.160.09	1	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ UDZIEŁONE UPRAWNIENIEMU NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O KORDYNACJI	styczeń 2007	0,00	9,500000	0,000000	0	0,000000
01.0034.008.01	1	ŚWIADCZENIA POŁOŻNEJ POZ	styczeń 2007	2 800,00	22,000000	61 600,000000	0	0,000000
01.0034.080.09	1	ŚWIADCZENIA POŁOŻNEJ POZ DLA UBEZPIECZONEGO SPOZA TERENU OW	styczeń 2007	0,00	5,000000	0,000000	0	0,000000

W ramach rozliczeń portalowych możliwe jest zdefiniowanie wydruku sprawozdania rozliczeniowego z dokładnością do produktów kontraktowych. Wywołanie funkcji drukowania umożliwia przycisk **Drukuj - produkty**. Na wydruku od roku 2011 na wydruku nie występuje kolumna "Rozliczona liczba punktów do miesiąca poprzedniego".

Produkt	Wyróżnik	Nazwa produktu	Liczba podopiecznych/Liczba świadczeń	Liczba podopiecznych * wskaźnik korygujący/suma punktów	Cena świadczenia (zł)	Wartość	Liczba zakontrakt. punktów	Wartość zakontrakt. (zł)	
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	27 027,00	26,600000	718 916,200000	289	7 687,400000	
01.0010.092.01	2	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	0,00	20,760000	0,000000	242	5 023,920000	
01.0010.092.01	3	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	0,00	17,840000	0,000000	6555	116 941,200000	
01.0010.092.01	4	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2007	0,00	21,930000	0,000000	1409	30 899,370000	
01.0032.079.09	1	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ DLA UBEZPIECZONEGO SPOZA TERENU OW NFZ	styczeń 2007	0,00	5,000000	0,000000	0	0,000000	
01.0032.096.01	1	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ	styczeń 2007	3 280,00	11,000000	36 080,000000	0	0,000000	
<input type="button" value="Zamknij"/>							0,000000	0	0,000000
Kod produktu jednostkowego	Nazwa produktu jednostkowego		Waga/Wskaźnik korygujący	Zrealizowana liczba świadczeń	Wykonana liczba punktów				
5.01.00.0000026	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ-UBEZPIECZENI 7-65 RZ		1	3280	3280	61 600,000000	0	0,000000	
5.01.00.0000027	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ-UBEZPIECZENI POWYŻEJ 65 RZ		1,95	0	0	0,000000	0	0,000000	
5.01.00.0000028	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ-UBEZPIECZENI POWYŻEJ 2 MIESIĄCA DÓ 65 RZ		1,30	0	0				

- **Powrót** pozwala na powrót do podstrony Informacje o umowach.

Proces wspomaganie rozliczeń może być aktywowany przez samego Świadczeniodawcę z poziomu **Portalu Świadczeniodawcy**. Udostępniona funkcja umożliwia w ten sposób generowanie raportu rozliczeniowego w formie aktualnej. Dane te są zbiorcze dla całej umowy, niezależnie z ilu instalacji Pakietu Świadczeniodawcy pochodzą. W kolumnie Oczekujące prezentowana jest informacja czy są jakieś nowe dane do rozliczenia, jeżeli tak w komórce znajduje się tekst **Nowy załącznik**, jeżeli nie w komórce znajduje się tekst **Brak**. Kliknięcie w **Nowy załącznik** spowoduje automatyczne wykonanie wspomaganie rozliczeń i wygenerowanie nowego załącznika dla wybranego miesiąca. Kliknięcie w **Brak** nie pociąga za sobą żadnych zmian.

The screenshot shows a web interface for generating an invoice attachment. At the top, there are navigation links: 'Wydruk sprawozdania', 'Powrót', and 'Pomoc'. Below this, a header section displays the provider's information: 'Świadczeniodawca: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DUO-DEN" Czarnowąsy Dworcowa 1, 46020 Czarnowąsy', 'Użytkownik: test1', 'Kod umowy: 0402/rozum/mod/01', and 'Rok: 2008'. The main section is titled 'Generacja załącznika do faktury' and contains several input fields: 'Miesiąc' (set to 'luty'), 'Załącznik do faktury' (empty), 'Rozliczenie' (set to 'Korekta'), 'Numer rozliczenia' (set to '3'), 'Numer korekty' (set to '1'), and 'Opis' (containing 'opis załącznika dla sprawdzenia testu'). There is also a 'Wybierz fakturę' button. At the bottom, there are buttons for 'Anuluj', 'Podgląd wydruku', 'Zatwierdź', and 'Zatwierdź i przejdź do wydruku'. The date is set to '25.02.2008' and 'Sprawozdania elektroniczne' is set to '1'.

W przypadku trybu wprowadzania załącznika do faktury, należy zaznaczyć pozycję sprawozdania elektronicznego. Pole Załącznik do faktury należy wypełnić (wprowadzić nr faktury). Wprowadzony załącznik może być formą rozliczenia podstawowego lub korektą (w przypadku gdy rozliczenie za dany miesiąc wymaga poprawy lub uzupełnienia - zostało zamknięte). W przypadku korekty pojawi się dodatkowy przycisk **Wybierz fakturę**, należy wskazać fakturę, której ta korekta dotyczy. W polu Opis można umieścić komentarz dodatkowy dotyczący załącznika. Kliknięcie **Zatwierdź** powoduje wprowadzenie pozycji. **Zatwierdź i przejdź do wydruku** umożliwia podgląd oraz wydruk załącznika - jak na rysunku poniżej.

Załącznik do faktury/rachunku nr: 1

Drukuj Zamknij

Rozliczenie za: 2010 styczeń
 Świadczeniodawca: 9/m Usługi opiekuńcze i pielęgniarstwo
 Sygnatura umowy: 9/m/0401/2010/POZ/1
 Załącznik do faktury/
 rachunku nr: 1
 Data wystawienia: 18.03.2010
 Podstawa ubezpieczenia: ubezpieczenie powszechne



0008000000000221594

Produkt (zakres)	Wyróżnik	Nazwa produktu (zakresu)	Miesiąc sprawozdawczy	Liczba podopiecznych/Liczba świadczeń	Cena świadczenia / stawka kapitaacyjna (zł)	Wartość	Liczba zakontraktowanych punktów	Wartość zakontraktowana (zł)
01.0010.092.01		ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ		0,0000		11,40	833334	2500 002,00
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ		0,0000		11,40	833334	2500 002,00
01.0010.092.01	1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	styczeń 2010	0,0000		3,00	833334	2500 002,00
		Kod produktu jednostkowego (świadczenia)	Nazwa produktu jednostkowego (świadczenia)	Waga/Wskaźnik korygujący		Cena * wskaźnik		
		5.01.00.0000023	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 0-6 RZ	1,60	0,0000	4,80	0,00	
		5.01.00.0000025	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ-UBEZPIECZENI POWYŻEJ 65 RZ	1,60	0,0000	5,40	0,00	
		5.01.00.0000042	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 7-19 RZ	1,20	- 1,0000	3,60	- 3,60	
		5.01.00.0000043	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 20-65 RZ	1	- 1,0000	3,00	- 3,00	
		5.01.00.0000086	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI, KTÓRYM UDZIELONO PORADY W ZWIĄZKU Z LECZENIEM CUKRZYCY I/LUB CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA	3	2,0000	9,00	18,00	
						Razem:	11,40	Razem 21750 006,00

Data generacji: 18.03.2010
 Użytkownik generujący: test1

Osoba uprawniona do reprezentowania świadczeniodawcy:

(podpis)

Okusz,
 (miejscowość i data)

Kliknięcie w odnośnik **Anuluj szablon** umożliwi anulowanie szablonu. Możliwość anulowania szablonu określana jest przez OW NFZ.


W oknie przeglądu anulowanych szablonów zawarte są o sygnaturze umowy, miesiącu rozliczeniowym, identyfikatorze szablonu, dacie operacji, użytkownika wykonującym operację skasowanego szablonu. Istnieje możliwość filtrowania i sortowania anulowanych szablonów po następujących atrybutach: sygnaturze umowy, miesiącu rozliczeniowym, identyfikatorze szablonu, dacie operacji, użytkownika wykonującym operację skasowanego szablonu.


Portal Świadczeniodawcy 2.1308

[Wyloguj]

Przegląd anulowanych szablonów

► Powrót



 Świadczeniodawca: **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach Skłodowskiej 26 26/2, 48100 OPOLSKIE**
Rok: **2010**

 **Wyszukiwanie**

Sygnatura umowy:

Identyfikator szablonu:

Miesiąc:

Data operacji:  

Użytkownik:

Brak szablonów do wyświetlenia

3.2.3.4 Import dokumentów rozliczeniowych

Na stronie **Import dokumentów rozliczeniowych** możliwy jest import plików REF, uprzednio wygenerowanych przez aplikację rozliczeniową świadczeniodawcy.

Portal Świadczeniodawcy 2.1514
[Wyloguj]

Import dokumentów rozliczeniowych

▶ Powrót ▶ Pomoc

Kod świadczeniodawcy: **01221**

Nazwa świadczeniodawcy: **Niepubliczna przychodnia "Jutrzenka" Opolska 13, 30434 Opole**

Użytkownik: **test**

Wysyłanie dokumentu do OW NFZ

Wyszukiwanie

Rok rozliczeniowy: 2011

Miesiąc rozliczeniowy: styczeń

Kod umowy:

ID importu:

Numer dokumentu korygowanego:

ID szablonu rachunku:

Status przesyłki: Dowolny

Brak danych.

Uwaga:

Powyżej prezentowane dane na temat stanu przetwarzania rachunków rozliczeniowych obejmują okres od dnia 21.02.2011.

Informacje na temat wcześniej przetwarzanych rachunków rozliczeniowych dostępne są po kliknięciu opcji: Archiwum

Aby wysłać plik należy kliknąć przycisk **Przeglądaj**. W nowootwartej formatce wskazać plik do importu, po czym kliknąć **Otwórz**. Przyciskiem **Importuj dokument rozliczeniowy** dokonuje się właściwego importu plików do O. W. NFZ.

Na formatce filtr *Rok* ustawiany jest automatycznie na rok bieżący. Po prawej stronie błędnie zaimportowanych plików pojawi się link **Lista błędów** zawierający informacje o błędach w konkretnej przesyłce.

W przypadku, gdy import pliku trwa dłużej niż minutę pojawi się komunikat "*Trwa import komunikatu, aktualny status importu jest widoczny w kolumnie 'Status importu'*".

3.2.3.5 Naliczanie świadczeń do zapłaty

Na stronie **Naliczanie świadczeń do zapłaty** dostępny jest przycisk umożliwiający dodanie nowego zlecenia naliczania świadczeń oraz zaprezentowane dostępne są wyniki naliczania świadczeń.

Portal Świadczeniodawcy 2.1506 [Wyloguj]

Naliczanie świadczeń do zapłaty

▶ Powrót ▶ Parametry ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: **Świadczeniodawca 08R/66666 Aleje Jerozolimskie1 1, 05221 Warszawa5**
 Kod umowy: **08R/66666/02/01/AOS/2011**

Nowe zadanie/zlecenie naliczenia świadczeń do zapłaty

Wyszukiwanie
 Rok:
 Status:
 Miesiąc rozliczeniowy:

Id. zlecenia	Data rejestracji	Zlecający	Status	Początek wyk.zlecenia	Koniec wyk. zlecenia	Koryg. neg. weryf. świadczeń	Sposób przypisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego	Koryg. zaburzonej kolejności spraw. świadczeń	Opis	Plik odpowiedzi	Akcja
961 	2011-02-10 16:14:01	Świadczeniodawca	Zakończony powodzeniem	2011-02-10 16:14:08	2011-02-10 16:14:10	Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak		Nie naliczono świadczeń do rozliczenia	

Kliknięcie przycisku umożliwi dodanie nowego zlecenia. Po jego kliknięciu otworzy się okienko pozwalające na wybór miesiąca rozliczeniowego, którego ma dotyczyć zlecenie.

Dodanie nowego zadania naliczania świadczeń do zapłaty
✕

Kod umowy: **08R/66666/02/01 /L2F/2011**
 Kod rejestrującego: **08R/66666**
 Miesiąc rozliczeniowy:
 Rok:

Po zatwierdzeniu zlecenia zadanie zostanie dodane do kolejki. Zadania widoczne są w tabelce prezentowanej po kliknięciu przycisku **Wyszukaj**.

Id. zlecenia	Data rejestracji	Zlecający	Status	Początek wyk.zlecenia	Koniec wyk. zlecenia	Koryg. neg. weryf. świadczeń	Sposób przypisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego	Koryg. zaburzonej kolejności spraw. świadczeń	Opis	Plik odpowiedzi	Akcja
1119 <input type="checkbox"/>	2011-02-16 11:47:02	Świadczeniodawca	Oczekujący			Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak		Dla aktualnego statusu zlecenia plik odpowiedzi nie jest dostępny	Anuluj
949 <input type="checkbox"/>	2011-02-10 10:33:00	OW NFZ	Zakończony powodzeniem	2011-02-10 10:33:41	2011-02-10 10:33:43	Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak		Nie naliczono świadczeń do rozliczenia	
667 <input type="checkbox"/>	2011-02-07 12:43:22	OW NFZ	Zakończony powodzeniem	2011-02-07 12:43:29	2011-02-07 12:43:29	Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak		Nie naliczono świadczeń do rozliczenia	
533 <input type="checkbox"/>	2011-02-02 11:52:50	OW NFZ	Zakończony powodzeniem	2011-02-02 11:53:02	2011-02-02 11:53:05	Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak		Nie naliczono świadczeń do rozliczenia	
431 <input type="checkbox"/>	2011-01-25 10:19:37	OW NFZ	Zakończony błędem	2011-01-25 10:53:05	2011-01-25 10:53:07	Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak	Wystąpił techniczny błąd systemu. Prosimy o kontakt z administratorem. (-4063)	Nie naliczono świadczeń do rozliczenia	
352 <input type="checkbox"/>	2011-01-20 13:06:37	Świadczeniodawca	Zakończony błędem	2011-01-20 14:00:27	2011-01-20 14:00:27	Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak	Wystąpił techniczny błąd systemu. Prosimy o kontakt z administratorem.(-1)	Nie naliczono świadczeń do rozliczenia	Anuluj
351 <input type="checkbox"/>	2011-01-20 12:54:29	Świadczeniodawca	Anulowane			Tak	Generowanie szablonów z dokładnością do punktu umowy	Tak		Nie naliczono świadczeń do rozliczenia	

Przycisk **Anuluj** pozwala na zatrzymanie przetwarzania zadania. Zadanie zatrzymane można wznowić przyciskiem **Wznów**.

Po pozytywnym przetworzeniu zadania w kolumnie *Plik odpowiedzi* znajdować się będzie plik odpowiedzi R_UMX, który można pobrać.

Klikając znajdujący się w pierwszej kolumnie tabeli operator ma możliwość przeglądu świadczeń naliczonych do zapłaty. Na przeglądzie tych świadczeń możliwy jest ich eksport do pliku CSV.

Portal Świadczeniodawcy 2.2010
[Wyloguj]

Świadczenia nienaliczone do zapłaty

▶ Powrót
 ▶ Eksport do pliku CSV
 ▶ Pomoc

W górnej części okna znajduje się link **Parametry**, po kliknięciu którego możliwe jest określenie **rodzaju modelu rozliczeniowego obowiązującego w umowie** oraz **sposobu przypisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego**. Rodzaj modelu rozliczeniowego można zmienić tylko dla umów sprzed roku 2011. Zmiana możliwa jest tylko w jedną stronę, tzn.: jeśli zostanie ustawione **Naliczanie świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ** to nie będzie możliwości późniejszej zmiany na inny sposób. Dla umów od roku 2011 obligatoryjnie ustawione jest **Naliczanie świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ**.

Dla umów od roku 2013 dostępny jest parametr **Naliczanie oddzielnych szablonów rozliczeniowych w podziale na tytuły uprawnień** sterujący generowaniem szablonów ze względu na tytuły uprawnień. Parametr może mieć następujące wartości:

- 'Nie' - szablony nie będą generowane oddzielnie na tytuły uprawnień.

- 'Tak' - szablony będą generowane oddzielnie ze względu na tytuły uprawnień. Wartością domyślną parametru jest: 'Nie'.

► Powrót ► Parametry ► Pomoc

✕

Rodzaj modelu rozliczeniowego obowiązującego w umowie:

Sposób przypisywania świadczeń do szablonu rozliczeniowego:

Naliczanie oddzielnych szablonów rozliczeniowych w podziale na tytuły uprawnień:

Zatwierdź

3.2.4 Moje rozliczenia

Portal Świadczeniodawcy 2.1616
[Wyloguj]

Import dokumentów rozliczeniowych

► Powrót ► Pomoc

Kod świadczeniodawcy: 01221

Nazwa świadczeniodawcy: Niepubliczna przychodnia "Jutrzenka" Opolska 13, 30434 Opole

Użytkownik: test1

Wysyłanie dokumentu do OW NFZ

Przełóż...

Wyszukiwanie

Rok rozliczeniowy: Archiwum

Miesiąc rozliczeniowy:

Kod umowy:

ID importu:

Numer dokumentu korygowanego:

ID szablonu rachunku:

Status przesyłki: Wyszukaj

Uwaga:
 Powyżej prezentowane dane na temat stanu przetwarzania rachunków rozliczeniowych obejmują okres od dnia 21.02.2011.
 Informacje na temat wcześniej przetwarzanych rachunków rozliczeniowych dostępne są po kliknięciu opcji: Archiwum

W celu wysłania dokumentu rozliczeniowego do OW NFZ, należy kliknąć opcję „Wybierz plik” wskazać właściwy plik, a następnie kliknąć opcję **Wyślij**.

Możliwe jest przesłanie dokumentu w formacie xml lub spakowanego algorytmem: bz2, rar, zip, gzip.

W przypadku postaci spakowanej – wewnątrz archiwum musi się znajdować tylko jeden właściwy plik do przetworzenia, w innym przypadku przesyłka zostanie po stronie OW NFZ odrzucona.

Po wysłaniu przesyłki do OW NFZ wyświetlony jest poniższy komunikat oraz identyfikator przesyłki (importu) nadany jej w OW NFZ. Identyfikator ten umożliwi śledzenie etapów przetwarzania przesyłki po stronie OW NFZ:

Plik został poprawnie przesłany do OW NFZ. Przesyłce nadano identyfikator importu: 389f71b1-375a-4439-8be2-921d568eb530

Podczas wysyłania dokumentów rozliczeniowych na Portalu Świadczeniodawcy nie jest analizowany typ przesyłanego strumienia, więc jest możliwość de facto przesłać dowolny strumień danych.

Bezpośrednio po wysłaniu przesyłki do OW NFZ przesyłka otrzymuje status: „**Oczekująca na identyfikację**”. Jeśli przesyłka jest na tym etapie tak naprawdę nic nie wiadomo jakie informacje zawiera. Z tego też powodu po kliknięciu przycisku **Wyszukaj** informacje na jej temat będą prezentowane w następujący sposób:

Kod umowy	Numer dokumentu	Typ dok.	Typ rach.	Miesiąc rozl.	Data wystawienia	Kwota dokumentu	Data modyf.	Status przesyłki	ID importu	Szczegóły
							2011-02-14	Oczekująca na identyfikację	28d6b636-8aed-461f-9b82-e6d6443befc8	

Jedynie informacje jakie są dostępne na tym etapie to: Identyfikator importu (przesyłki), status przesyłki oraz data ostatniej modyfikacji. Nie są znane jeszcze informacje z kontekstu merytorycznego – jak widać na powyższej grafice informacji tych brakuje w tabeli.

Wynikiem procedury identyfikacji typu przesyłek mogą być dwa stany jakie mogą przesyłce zostać przypisane:

a) Nieudana identyfikacja

W przypadku nieudanej identyfikacji typu przesyłki nadawany jest status: „**Nierozpoznana**”. Przesyłki w tym statusie nie podlegają dalszemu przetwarzaniu.

							2011-02-10	Nierozpoznana	d1b05e5f-60a2-4dab-ae00-1df63cf32b15	
--	--	--	--	--	--	--	------------	---------------	--------------------------------------	--

b) Pomyślna identyfikacja

W przypadku pomyślnego zidentyfikowania przesłanej przesyłki przesyłka otrzymuje status: „**Oczekująca na przetworzenie**”.

Kod umowy	Numer dokumentu	Typ dok.	Typ rach.	Miesiąc rozl.	Data wystawienia	Kwota dokumentu	Data modyf.	Status przesyłki	ID importu	Szczegóły
0412/999999/2011	FAKT/SZ3911	P	1	01	2011-01-26	189	2011-02-14	Oczekująca na przetworzenie	60aea67d-ec68-41da-a132-83feb31a392a	

Wyszukiwanie danych

Wyszukiwanie

Rok rozliczeniowy: Archiwum

Miesiąc rozliczeniowy:

Kod umowy:

ID importu:

Numer dokumentu korygowanego:

ID szablonu rachunku:

Status przesyłki:

Wyszukaj

Panel wyszukiwania umożliwia zawężenie kryteriów wyszukiwania do wyżej przedstawionych.

Filtrem obligatoryjnym jest rok (cecha ta sygnalizowana jest użytkownikowi innym tłem pola – kolor kremowy) Poza rokiem rozliczeniowym, mamy możliwość wyszukać dokumenty po miesiącu rozliczeniowym, kodzie umowy, identyfikatorze importu (identyfikator sygnalizowany po przesłaniu przesyłki do OW NFZ – opisano wcześniej), oraz według statusu przetwarzania. Statusy w liście odzwierciedlają wszystkie możliwe stany jakie przesyłce są przypisywane podczas procesu jej przetwarzania w OW NFZ.

Dowolny

Dowolny

Oczekująca na identyfikację

Oczekująca na przetworzenie

Zakolejkowana do importu

W trakcie importu

Zaimportowana pomyślnie

Import przerwany - wystąpiły błędy

Nierozpoznana

Oczekujące na identyfikację – opisano wyżej

Oczekujące na przetworzenie – przesyłka oczekuje na przekazanie jej do usługi WDImporterService

Zakolejkowana do importu – przesyłka została pobrana z usługi WDRRepo przez usługę WDImporterService i wstawiona do kolejki właściwego Loadera tematycznego

W trakcie importu – przesyłka przetwarzana jest przez właściwy Leader tematyczny

Zaimportowana pomyślnie – Loader tematyczny pomyślnie przetworzył dokument rozliczeniowy i przekazał flagę poprawnego ukończenia zadania przetworzenia do usługi WDImporterService a ta do usługi WDRRepoService. Z punktu widzenia merytorycznego na tym etapie jest już rachunek wczytany do systemu.

Import przerwany – wystąpiły błędy – import został przerwany przez Loader tematyczny danego dokumentu z powodu wystąpienia istotnych błędów (merytorycznych, krytycznych lub systemowych)

UWAGA: W przypadku wystąpienia błędów merytorycznych lub krytycznych przetwarzanie dokumentu rozliczeniowego kończy się ze statusem: "Import przerwany – wystąpiły błędy". W przypadku wystąpienia błędów systemowych rozumianych jako błędy środowiska wykonawczego: błędy bazy danych, błędy aplikacji czyli błędy które nie mają swojego odzwierciedlenia w treści przesłanego dokumentu import jest z oczywistych przyczyn przerwany wystąpieniem krytycznego wyjątku jednak przesyłka nie otrzymuje status błędnego przetworzenia. Przetwarzanie takiej przesyłki zostanie wznowione po przywróceniu poprawnego stanu składników środowiska wykonawczego.

Nierozpoznana – opisano powyżej

Z uwagi na to, że filtr **ROK** jest filtrem obligatoryjnym, i to, że przesyłki w stanie: "Nierozpoznana" lub "Oczekująca na identyfikację" – nie posiadają tej informacji, przesyłki będą wyświetlane bez względu na wybrany przez operatora rok. Docelowo zostanie przygotowana flaga umożliwiająca pominięcie z wyniku wyszukiwania tego rodzaju przesyłek.


Kod umowy	Numer dokumentu	Typ dok.	Typ rach.	Miesiąc rozl.	Data wystawienia	Kwota dokumentu	Data modyf.	Status przesyłki	ID importu	Numer dokumentu korygowanego	ID szablonu rachunku	Plik wysłany do OW NIFZ	Szczegóły
1/5/02/AOS/m	opole1225	P	11	12	2013-12-20	10.00	2014-01-03	Zaimportowana pomyślnie	3c09a8fc-1ba4-49b6-b78e-4a9e267af3ec			FAKT Pobierz	Data ewidencji 2014-01-03 Załączniki
1/5/02/AOS/m	rach_02_17965h	P		12	2013-12-14	3500.00	2014-01-02	Import przerwany - wystąpiły błędy	b8446f44-a2a1-4270-9434-e1b26220f75c		17965	RACH Pobierz	Pokaż
1/5/02/AOS/m	rach_02_17965h	P		12	2013-12-14	3500.00	2014-01-02	Import przerwany - wystąpiły błędy	0067765e-8fed-47dd-8133-7d2052761624		17965	RACH Pobierz	Pokaż
1/5/02/AOS/m	rach_02_17965g	P	13	12	2013-12-14	3500.00	2014-01-02	Zaimportowana pomyślnie	7f871b64-8845-407c-675d-f1d5b5d568c6		17965	RACH Pobierz	Data ewidencji 2014-01-02 Załączniki

Dla przesyłek typu FAKT, NOTA lub RACH która posiada datę ewidencji, w kolumnie Szczegóły jest dostępny przycisk **Załączniki**. Po jego kliknięciu otworzy się okno **Załączniki dokumentu rozliczeniowego** pozwalające na przegląd załączników do dokumentu. Przyciski: [Dokumenty uprawniające](#) i [Inne załączniki](#) umożliwiają na przełączanie się pomiędzy tabelką z dokumentami uprawniającymi a tabelką z pozostałymi dokumentami. W danej chwili wyświetlana jest tabelka, której przycisk ma wytłuszczony opis.

Portal Świadczeniodawcy
2.2813 | 08R/66666 (Towczarek) Środowisko serwisowe gspan2 [Wyloguj]


Załączniki dokumentu rozliczeniowego

▶ Powrót ▶ Pomoc



Kod świadczeniodawcy: **08R/66666**
Nazwa świadczeniodawcy: **Świadczeniodawca 08R/66666/1 Aleje Jerozolimski 44/3, 05221 Warszawa8**
Użytkownik: **Towczarek**

Kod umowy: **08R/66666/0403/2014/MS/1**
Rok: **2014**
Miesiąc rozliczeniowy: **8**
Id szablonu rachunku: **19951**
Nr dokumentu: **MW**
Data wystawienia: **03.09.2014**



Wyszukiwanie

Dokument:

Sposób przekazania:

Status:

Dokumenty uprawniające
Inne załączniki

Dokument	Nr dokumentu	Data przekazania	Sposób przekazania	Status	Komentarz	
Kalkulacja kosztów rzeczywistych	MW		Brak załącznika	Do weryfikacji		Wyślij
Sprawozdanie z procedur wykonanych pacjentom objętym Programem ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	MW		Brak załącznika	Do weryfikacji		Wyślij
Zestawienie świadczeń rozliczanych na podstawie przepisów o koordynacji	MW		Brak załącznika	Do weryfikacji		Wyślij

Przyciski **Wyślij** oraz **Usuń** są dostępne tylko wtedy, gdy dla dokumentu można dołączać/modyfikować załączniki. Przesyłany załącznik może posiadać formatów PNG, JPG, JPEG lub PDF oraz nie może być większy niż 10MB.

Po kliknięciu opcji: **Pokaż** prezentowany jest następujący widok:

Portal Świadczeniodawcy
2.1505 [Wyloguj]

Import dokumentów rozliczeniowych - lista błędów

▶ Powrót ▶ Pomoc

Opis błędu	Błąd merytoryczny
Świadczeniodawca 08R/10005 nie ma prawa importować plików należących do świadczeniodawcy 999999. Import Rachunku Elektronicznego został przerwany.	Tak

© 2014 Kamsoft S.A.

Powyższy widok będzie prezentował wyłącznie błędy klasy: merytoryczne i/lub krytyczne – rozumiane jako błędy powiązane z danymi przesłanymi w dokumencie rozliczeniowym.

Przycisk **Potwierdzenie** znajdujący się w kolumnie **Szczegóły** umożliwia pobranie pliku PDF z potwierdzeniem wpływu eDokumentu do systemu oddziałowego.

3.2.5 Pliki z umowami do pobrania

Wybranie tej opcji ze strony głównej **Portalu Świadczeniodawcy** powoduje wyświetlenie poniższej strony:

Portal Świadczeniodawcy 2.1405
[Wyloguj]

Lista plików z planami umów do pobrania

▶ Powrót ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: **Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa Nathana w Branicach**

Użytkownik: **Prądnicka 802, 31209 Opole test1**

Wyszukiwanie

Rok:

Kod umowy	Rok	Status pobrania	Data pobrania danych	Pliki do pobrania	
03/07/1/1	2007	pobrano	10.05.2010	030711_1_.umx	Pobierz
03/07/3	2007	pobrano	04.08.2009	03073_1_.umx	Pobierz
0401/usuw/prod/03/sc	2009	pobrano	16.06.2009	0401_usuw_prod_03_sc_1_20090616931.umx	Pobierz
0403/podwyk/03/sc	2008	nie pobrano		0403_podwyk_03_sc_2_200908122055.umx	Pobierz
0403/umowa/02/sc	2009	nie pobrano		0403umowa02sc_1_.umx	Pobierz
0404/aneksy/01	2008	nie pobrano		0404_aneksy_01_1_200908122055.umx	Pobierz
08R/10005/02/01/AOS/2008	2008	nie pobrano		08R_10005_02_01_AOS_2008_1_200908122057.umx	Pobierz
08R/10005/02/aa/AOS/2008	2008	nie pobrano		08R_10005_02_aa_AOS_2008_1_200908122056.umx	Pobierz
08R/10005/02/O/07/1	2007	pobrano	09.07.2007	- [Brak pliku] -	
08R/10005/03/01/SZP/2007	2007	nie pobrano		- [Brak pliku] -	

1 2

Funkcja ta umożliwia pobieranie plików z wersją elektroniczną umowy. Posiada filtr "Rok" umożliwiający wyszukanie umów na konkretne lata. W oknie prezentowane są podstawowe informacje o umowach. Poszczególne umowy Świadczeniodawcy wyświetlane są w kolejnych wierszach. W przypadku, gdy dla umowy został wygenerowany w SINZ plik z umową, w ostatniej kolumnie dostępny jest przycisk **Pobierz**, a przedostatnia kolumna zawiera nazwę pliku. W celu pobrania pliku, należy wybrać przycisk **Pobierz**. Plik jest zapisywany w środowisku klienta za pośrednictwem okna dialogowego **Zapisz jako...**

3.2.6 Ankiety do wypełnienia

Wybranie tej opcji ze strony **Portalu Świadczeniodawcy** powoduje wyświetlenie strony jak poniżej:



Lista ankiet

► Powrót ► Pomoc



Kod świadczeniodawcy: **08R/66666**
 Nazwa świadczeniodawcy: **Microsoft sp. z o.o.**
 Użytkownik: **test1**



Wyszukiwanie ankiet

Status ankiety:
 Symbol ankiety:
 Kontekst ankiety:
 Nazwa ankiety:
 Okres obowiązywania:

Znajdź

Symbol	Nazwa	Okres obowiązywania	Data od▲	Data do	Status	Data wysłania	Kod umowy	Szczegóły
UDR_JGP-01-2009	Automatyczna ankieta udarowa JGP	Styczeń	01.01.2009	31.01.2009	Odblokowana - kontekstowa			Pokaż Szczegóły
UDR_JGP-02-2009	Automatyczna ankieta udarowa JGP	Luty	01.02.2009	28.02.2009	Odblokowana - kontekstowa			Pokaż Szczegóły
UDR_JGP-03-2009	Automatyczna ankieta udarowa JGP	Marzec	01.03.2009	31.03.2009	Odblokowana - kontekstowa			Pokaż Szczegóły
UDR_JGP-04-2009	Automatyczna ankieta udarowa JGP	Kwiecień	01.04.2009	30.04.2009	Odblokowana - kontekstowa			Pokaż Szczegóły
UDR_JGP-05-2009	Automatyczna ankieta udarowa JGP	Maj	01.05.2009	31.05.2009	Odblokowana - kontekstowa			Pokaż Szczegóły
UDR_JGP-06-2009	Automatyczna ankieta udarowa JGP	Czerwiec	01.06.2009	30.06.2009	Odblokowana - kontekstowa			Pokaż Szczegóły

W sekcji **Wyszukiwanie ankiet** istnieje możliwość wyboru z listy rozwijanej ankiet o różnym statusie. Są to:

- Aktywne,
- Do uzupełnienia,
- Edytowane,
- Odblokowane,
- Odrzucone,
- Wszystkie,
- Zamknięte.

Wyboru dokonujemy po określeniu interesującego nas statusu ankiety i naciśnięciu przycisku **Znajdź**. Wyświetlona zostaje lista ankiet o określonym wcześniej statusie. Jeżeli kod umowy jest określony, to jest on widoczny na liście ankiet oraz w danych ankiety (odnośnik **Pokaż Szczegóły**). Na listach ankiety **odrzucone** prezentowane są za pomocą koloru **czarnego**. Taką ankietę można edytować i wysłać ponownie (chyba, że upłynął termin ankiety).

LB12-on07-2007	Zapytanie	12.07.2007	30.08.2007	Dostępna do uzupełnienia - nieuzupełniona			Pokaż Szczegóły
POZ-08-2007	załącznik nr 4 do umowy - POZ	01.08.2007	31.08.2007	Dostępna do uzupełnienia - odrzucona przez DW	24.08.2007	0401/XXXX/05/MN	Pokaż Szczegóły
14-08t2-2007	Test ankiety Ortopedia	14.08.2007	19.08.2007	Dostępna do uzupełnienia - kontekstowa			Pokaż Szczegóły

Ankiety **odblokowane** dla pojedynczych świadczeniodawców oznaczone są kolorem **zielonym**. Natomiast ankiety odblokowane dla wszystkich świadczeniodawców są widziane jak każde inne ankiety.

UDR-03-2008	Automatyczna ankieta udarowa	01.03.2008	06.03.2009	Dostępna do uzupełnienia - kontekstowa		Pokaż Szczegóły
POZ-08-2008	Załącznik nr 5 do umowy POZ	01.08.2008	31.08.2008	Odblokowana - nieuzupełniona	1261/marta	Pokaż Szczegóły
POZ-1p-2009	załącznik nr 6 do umowy - POZ	01.01.2009	30.06.2009	Dostępna do uzupełnienia - nieuzupełniona	1899/m/scala	Pokaż Szczegóły

Filtr **Okres obowiązywania** pozwala na filtrowanie ankiet na podstawie wybranego z rozwijanej listy okresu obowiązywania.


3.2.6.1 Lista ankiet kontekstowych

Filtr **Kontekst ankiety** - pozwala na znalezienie ankiet kontekstowych opartych na konkretnym kontekście. W przypadku istnienia zdefiniowanego schematu ankiet kontekstowych, w tabeli prezentującej ankiety pojawi się wiersz, którego status będzie brzmiał **Dostępna do uzupełnienia - kontekstowa**. Oznacza to, że dana ankieta jest ankietą kontekstową. Jeżeli cykl takiej ankiety ulegnie zamknięciu jej status zmieni się na **Zamknięta - kontekstowa**. Po kliknięciu w szczegóły ankiety kontekstowej (**Pokaż Szczegóły**) pojawi się strona, na której prezentowane są dane na temat Świadczeniodawcy oraz dane na temat kontekstu i czasu trwania ankiety.

Portal Świadczeniodawcy 2.0176
[Wyloguj]


Lista ankiet kontekstowych

▶ Powrót
▶ Pomoc



Kod świadczeniodawcy: **08R/66666**
Nazwa świadczeniodawcy: **Microsoft sp. z o.o.**
Użytkownik: **test1**

Kontekst: **Ankiety udarowe**
Symbol ankiety: **UDR_JGP-01-2009**
Nazwa ankiety: **Automatyczna ankieta udarowa JGP**
Data od: **01.01.2009**
Data do: **31.01.2009**
Kod umowy:



Wyszukiwanie kontekstów ankiet

Status ankiety:

Numer PESEL:

Rok księgi głównej:

Numer księgi głównej:

Numer PESEL	Rok księgi głównej	Numer księgi głównej▲	Data ostatniej edycji	Status	Data wysłania	Szczegóły
62080691105	2009	3	21.09.2009 12:59:38	Odblokowana - wysłana	21.09.2009 12:59:41	Pokaż Szczegóły
09022723414	2009	3	23.09.2009 15:44:05	Odblokowana - odrzucona przez OW	23.09.2009 15:44:07	Pokaż Szczegóły
20051374923	2009	3	17.07.2009 10:08:24	Odblokowana - zamknięta przez OW	17.07.2009 10:12:25	Pokaż Szczegóły

Po kliknięciu w szczegóły ankiety kontekstowej (**Pokaż Szczegóły**) pojawi się strona, na której prezentowane są dane na temat Świadczeniodawcy oraz dane na temat kontekstu i czasu trwania ankiety.



Lista ankiet kontekstowych

► Powrót ► Pomoc



Kod świadczeniodawcy: **08R/66666**
 Nazwa świadczeniodawcy: **Microsoft sp. z o.o.**
 Użytkownik: **test1**

Kontekst: **Ankiety udarowe**
 Symbol ankiety: **UDR_JGP-01-2009**
 Nazwa ankiety: **Automatyczna ankieta udarowa JGP**
 Data od: **01.01.2009**
 Data do: **31.01.2009**
 Kod umowy:



Wyszukiwanie kontekstów ankiet

Status ankiety:

Numer PESEL:

Rok księgi głównej:

Numer księgi głównej:

Znajdź

Numer PESEL	Rok księgi głównej	Numer księgi głównej▲	Data ostatniej edycji	Status	Data wysłania	Szczegóły
62080691105	2009	3	21.09.2009 12:59:38	Odblokowana - wysłana	21.09.2009 12:59:41	Pokaż Szczegóły
09022723414	2009	3	23.09.2009 15:44:05	Odblokowana - odrzucona przez OW	23.09.2009 15:44:07	Pokaż Szczegóły
20051374923	2009	3	17.07.2009 10:08:24	Odblokowana - zamknięta przez OW	17.07.2009 10:12:25	Pokaż Szczegóły

Wypełnij nową ankietę kontekstową

W tabeli prezentowane są wszystkie wypełnione ankiety kontekstowe w ramach cyklu (jeżeli jakieś istnieją). Możliwe jest ich filtrowanie na podstawie numeru PESEL, roku księgi głównej lub numeru księgi głównej. Znajduje się tam również przycisk **Wypełnij nową ankietę kontekstową**, którego naciśnięcie spowoduje przejście do nowej ankiety kontekstowej.

3.2.6.1.1 Szczegóły ankiety

Ostatnia kolumna **Szczegóły** wraz z odsyłaczem **Pokaż Szczegóły** umożliwia wyświetlenie strony widocznej poniżej. Opcja ta pozwala na wypełnienie pozycji **Odpowiedź** na postawione w sąsiedniej kolumnie **Pytanie**.

Portal Świadczeniodawcy 2.0053 [Wyloguj]

Szczegóły ankiety

> Wyślij > Edycja > Zapisz > Przywróć > Drukuj > Powrót > Pomoc


 Świadczeniodawca:
 Użytkownik: **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego test1**



 Symbol ankiety: **POZ-2p-2007**
 Nazwa ankiety: **załącznik nr 5 do umowy - POZ**
 Kod umowy: **0401/XXXX/43**
 Parametr wydruku: Wydruk powinien zawierać komentarze do pytania

Badania hematologiczne	Liczba badań diagnostycznych
1 Morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym	1
2 Płytki krwi	1
3 Retikulocyty	1
4 Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	1
Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi	Liczba badań diagnostycznych
5 Sód	1
6 Potas	1

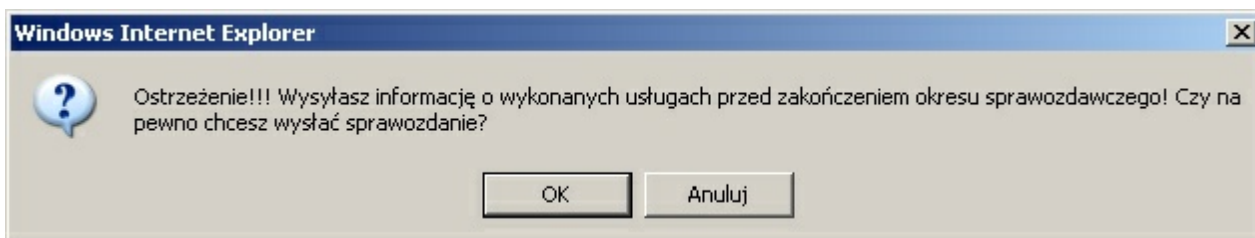
W przypadku konieczności edytowania danych wypełnionej już raz ankiety (przed wysłaniem do operatora NFZ), należy ponownie wybrać odsyłacz **Pokaż Szczegóły** na liście ankiet i na stronie Szczegóły ankiety, wybrać przycisk **Edycja**. Umożliwi to właściwe wypełnienie pozycji (błędnych) w ankiecie, następnie naciskamy przycisk **Zapisz** powodując zatwierdzenie zmian.

- Przycisk **Wyślij** powoduje, że wypełniona przez użytkownika ankieta, z poprawnie zatwierdzonymi zmianami może zostać przesłana do operatora NFZ.
- Przycisk **Przywróć** umożliwia ponowne przywrócenie ankiety, pomimo jej wysłania. Istnieje możliwość przywrócenia do edycji ankiety, która została już wysłana pod warunkiem, że cykl do którego należy nie jest jeszcze zamknięty (ankieta jest możliwa do wypełnienia).
- Przycisk **Drukuj** umożliwia wydruk ankiety.
- Przycisk **Zapisz** powoduje rejestrację informacji (odpowiedzi) w ankiecie.
- Przycisk **Powrót** powoduje przejście do strony Listy ankiet.

W tabeli prezentowane są wszystkie wypełnione ankiety kontekstowe w ramach cyklu (jeżeli jakieś istnieją). Możliwe jest ich filtrowanie na podstawie numeru PESEL, roku księgi głównej lub numeru księgi głównej. Znajduje się tam również przycisk **Wypełnij nową ankietę kontekstową**, którego naciśnięcie spowoduje przejście do nowej ankiety kontekstowej.

C. Etiologia udaru		Wybrana odpowiedź
1. Etiologia		<input type="text"/> 
D. Dane kliniczne		Odpowiedź
D1. Czy był to pierwszy udar w życiu ?		<input type="text"/>
D3. Jakie były objawy neurologiczne ?		Odpowiedź
1. zaburzenia świadomości		<input type="text"/>
2. osłabienie jednej strony ciała		<input type="text"/>
3. zaburzenia mowy		<input type="text"/>
4. zaburzenia czucia połowiczne		<input type="text"/>
5. zespół z tylnego kręgu (np. mózdkowy, priowy, niedowidzenia)		<input type="text"/>
D4. Jaka profilaktykę wtórną włączono ?		Odpowiedź
1. leki przeciwplatekcyjne		<input type="text"/>
2. leki przeciwzakrzepowe /doustne/		<input type="text"/>
3. leki obniżające ciśnienie		<input type="text"/>
4. skierowanie na zabieg udrażniający tętnice (endarterektomia, angioplastyka)		<input type="text"/>
D. Dane kliniczne cd.		Odpowiedź
D5. Czy zastosowano trombolizę ?		<input type="text"/>
D6. Czy pacjent zmarł ?		<input type="text"/>
D7. Przyczyna zgonu wtórna		<input type="text"/>

Ankieta kontekstowa od zwykłej ankiety różni się tylko nagłówkiem kontekstowym. Jeżeli w trakcie generacji schematu zostało wybrane źródło danych dla nagłówka, to dane kontekstowe można wybrać poprzez naciśnięcie ikonki słownika i wybranie odpowiednich danych. Jeżeli nie - dane kontekstowe należy wpisać ręcznie. Jeżeli typ się nie zgadza użytkownik zostanie o tym powiadomiony. Nowa ankieta kontekstowa zostanie utworzona po naciśnięciu przycisku **Zapisz**. Ankiety kontekstową, której status jest różny od wysłana można usunąć. Podczas wysyłania ankiety, za okres który się jeszcze nie zakończył pojawia się ostrzeżenie przed wysłaniem ankiety.



3.2.7 Przegląd danych o deklaracjach POZ

Wybór linku powoduje przejście do listy deklaracji POZ, gdzie wyszukiwanie wg: roku, miesiąca, rodzaju listy (lekarz, położna, pielęgniarka, medycyna szkolna) statusu weryfikacji oraz kodu umowy zawęża przeglądane deklaracje do typów określonych filtrami. Po wypełnieniu pól wyszukiwania deklaracji wybieramy przycisk **Znajdź**, efekt widoczny jest pod sekcją wyszukiwania.



Przegląd informacji zagregowanych o deklaracjach POZ

► Powrót ► Pomoc



Kod świadczeniodawcy: **01221**
 Nazwa świadczeniodawcy: **Niepubliczna przychodnia "Jutrzenka"**
 Użytkownik: **test**



Wyszukiwanie deklaracji

Rok:
 Miesiąc:
 Rodzaj listy:
 Status weryfikacji:
 Kod umowy:
 Kolumny grupowane: Kod instalacji, Kod umowy, Produkt, Pobrane przez rozliczenia w oddziale, Id personelu, Kod świadczeniodawcy POZ (zmierni)

Znajdź



Podział rozliczeń w komunikacie Z_RDP 4/1.4:

Zatwierdź

Rodzaj listy	Status weryfikacji	Kod instalacji	Kod świadczeniodawcy POZ	Kod umowy	Id personelu	Produkt	Liczba deklaracji	Pobrane przez rozliczenia w oddziale	Szczegóły
PIEL	Zaliczona	00000094		01221/POZ/brandnew	1111111117	ŚWIADCZENIA PIELEGNIARKI POZ-UBEZPIECZENI 7-65 RZ-1	100	Nie	Pokaż Szczegóły
PIEL	Zaliczona	00000094		01221/POZ/brandnew	1111111116	ŚWIADCZENIA PIELEGNIARKI POZ-UBEZPIECZENI 7-65 RZ-1	100	Nie	Pokaż Szczegóły
PIEL	Zaliczona	00000094		01221/POZ/brandnew	1111111115	ŚWIADCZENIA PIELEGNIARKI POZ-UBEZPIECZENI 7-65 RZ-1	100	Nie	Pokaż Szczegóły

Na liście pozycji wyselekcjonowanych wg wcześniej założonych filtrów, w ostatniej kolumnie odsyłacz **Pokaż szczegóły** pozwala na podgląd danych szczegółowych wybranej deklaracji. Edytowane jest dodatkowe pole na stronie dotyczącej deklaracji.

3.2.7.1 Szczegóły deklaracji POZ

Portal Świadczeniodawcy 2.1616
[Wyloguj]

Prezentacja informacji o deklaracjach POZ

▶ Powrót
▶ Pomoc

Kod świadczeniodawcy: **01221**
Nazwa świadczeniodawcy: **Niepubliczna przychodnia "Jutrzenka"**
Użytkownik: **test**

Rok: **2011**
Miesiąc: **styczeń**
Rodzaj listy: **LEKARZ**
Status weryfikacji: **Zaliczona**

Wyszukiwanie deklaracji

Rodzaj listy:

Status weryfikacji:

Świadczenia nocne dla:

Kod umowy:

PESEL:

Wyświetlane wiersze od: do: z 901

Kolumny ukryte: **Zmień**

Nr deklaracji	PESEL	Data złożenia	Data wycofania	Personel medyczny - numer prawa	Personel medyczny - PESEL	Personel medyczny - nazwisko	Personel medyczny - imię	Kod instalacji	Kod umowy	Produkt	Kod świadczeniodawcy
30223	62042712813	2010-01-01 00:00:00		1234567		NIEZNANY	NIEZNANY	00000094	01221/poz /marcin	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ - UBEZPIECZENI 20-65 RZ-1	

3.2.8 Przegląd wyników weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem

Wybór linku powoduje przejście do strony przeglądu negatywnych wyników weryfikacji wg świadczeń, prezentowanych w postaci listy, wyselekcjonowanych wg warunków założonych w filtrach sekcji **Wyszukiwanie**.

Portal Świadczeniodawcy 2.1202

[Wyloguj]

Przegląd wyników weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem

▶ Powrót ▶ Wydruk ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: **Microsoft sp. z o.o. Aleje Jerozolimskie 195a, 02222 Warszawa**
Użytkownik: **SIVV1234**

Wyszukiwanie

Kod instalacji:

Rok:

Miesiąc sprawozdawczy:
 styczeń luty marzec kwiecień maj czerwiec
 lipiec sierpień wrzesień październik listopad grudzień

Stan weryfikacji:

Wynik weryfikacji: Poprawne Ostrzeżenie Błąd

Błąd weryfikacji:

Wyszukiwanie zaawansowane

Identyfikator świadczenia nadawczego:

Identyfikator produktu:

Identyfikator pozycji rozliczeniowej w SINZF:

KG:

Data urodzenia pacjenta:

Data wykonania świadczenia od: do:

Kod umowy:

Zakres świadczeń:

Świadczenie:

W sekcji **Wyszukiwanie** zawężymy listę interesujących nas pozycji do tych spełniających warunki założone w filtrach oraz przyciskiem **Wyszukaj** potwierdzamy wybór. Za pomocą **Wyszukiwania zaawansowanego** zawężymy przedział negatywnych wyników weryfikacji wg Id: świadczenia nadawczego, produktu, pozycji rozliczeniowej w SINZF, KG. Za pomocą **Wydruku** można wydrukować lub wyeksportować w formacie XML bądź CSV, wykaz wyszukanych świadczeń.

3.2.9 Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem

Wybranie tej opcji pozwala na pobranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed ich rozliczeniem.

Portal Świadczeniodawcy
[Wyloguj]

Pobieranie plików z wynikami weryfikacji świadczeń przed rozliczeniem

▶ Powrót
▶ Pomoc

Świadczeniodawca: **Świadczeniodawca 08R/66666 Aleje Jerozolimskie1 1, 05221 Warszawa5**

Użytkownik: **test1**

Wyszukiwanie

Przesyłka wejściowa

Rok:

Miesiąc:

Nazwa pliku:

Guid:

Plik odpowiedzi

Status:

Data generowania od do

Data pobrania od do

Przesyłka wejściowa	Status odpowiedzi	Data wygenerowania odpowiedzi	Data pobrania odpowiedzi	Odpowiedź
Wersja: SWIAD (5 2.0) Transport: MAIL Status: Przetworzona pomyślnie Data rej.: 2011-02-18 15:59:47 Plik: 02-2011.xml Guid: 7ab17992-6440-4044-8f4c-0f27203e1790	Nowy (niewygenerowany)			<input type="button" value="Wygeneruj odpowiedź"/>
Wersja: SWIAD (5 2.0) Transport: MAIL Status: Przetworzona pomyślnie Data rej.: 2011-02-18 13:31:14 Plik: 02.xml Guid: cb79df74-5d7a-49e2-9d42-5fcd2e6faf1a	Nowy (niewygenerowany)			<input type="button" value="Wygeneruj odpowiedź"/>
Wersja: SWIAD (5 2.0) Transport: MAIL Status: Przetworzona pomyślnie Data rej.: 2011-02-18 14:10:51 Plik: 02-2011.xml Guid: bbf66120-dbcc-4e05-a8de-cbef13de91f9	Nowy (niewygenerowany)			<input type="button" value="Wygeneruj odpowiedź"/>

Dla przesyłek wejściowych o statusie **Nowy** użytkownik może zgłosić żądanie wygenerowania pliku z wynikami weryfikacji świadczeń klikając **Wygeneruj odpowiedź** w kolumnie **Odpowiedź**. Po wygenerowaniu odpowiedzi plik z nią będzie dostępny w tej samej kolumnie po kliknięciu **Pobierz odpowiedź**. Pomyślne pobranie pliku skutkuje wypełnieniem daty pobrania. Pliki odpowiedzi można pobierać wielokrotnie.

3.2.10 Recepty


Odsyłacz **Recepty** prowadzi do podstrony z funkcjonalnością obsługi recept.

Portal Świadczeniodawcy


2.2218 | 08R/66666 (SIVY1234)[Wyloguj]

Obsługa recept

► Powrót ► Pomoc



Kod świadczeniodawcy: 08R/66666
Nazwa świadczeniodawcy: Szpital Specjalistyczny 08R/66666/1
Adres świadczeniodawcy: ul. Światła 41/3, 01-221 Warszawa
Użytkownik: 08R/1234
Możliwość dystrybucji recept standardowych: **20 bloczków jednorazowo**



Operacje

- Składanie wniosków o zastrzeżenie recept
- Przegląd wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept
- Generowanie numerów recept
- Przegląd wygenerowanych numerów recept - dane archiwalne
- Informacje o recepcie

Na stronie dostępne są odnośniki:

- [Składanie wniosków o zastrzeżenie recept](#)
- [Przegląd wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept](#)
- [Generowanie numerów recept](#)
- [Przegląd wygenerowanych numerów recept - dane archiwalne](#)
- [Informacje o recepcie](#)

3.2.10.1 Składanie wniosków o zastrzeżenie recept

Składanie wniosków o zastrzeżenie recept - prowadzi do okna Zastrzeżenie recept, na której Świadczeniodawca może zastrzegać wydane mu recepty. Filtry na kod i PESEL lekarza są opcjonalne i powodują wyświetlenie tylko tych recept, które zostały wydane wskazanemu Świadczeniodawcy na danego lekarza. W przypadku kiedy nie podajemy opcjonalnych danych w filtrach, wyświetlane są wszystkie recepty wydane Świadczeniodawcy.

Portal Świadczeniodawcy 2.2005 [Wyloguj]

Zastrzeżenie recept

► Powrót ► Pomoc

Świadczeniodawca: **Świadczeniodawca 08R/66666/1 Aleje Jerozolimski 44/3, 05221 Warszawa8**
 Użytkownik: **test1**

Wybierz lekarza

Kod:
 PESEL:

Wybierz recepty do zastrzeżenie

Sposób wyboru:

Zakres recept od: do:

Kod lekarza	Status	Numer recepty początkowej z bloczku	Numer recepty końcowej z bloczku	
08000002	T	08010000000016770073	08010000000016779979	<input type="checkbox"/>
08000002	T	08010000000016780072	08010000000016789978	<input type="checkbox"/>
08000002	T	08010000000016790071	08010000000016799977	<input type="checkbox"/>

Po wybraniu recept do zastrzeżenia (poprzez zakres lub listę bloczków) należy nacisnąć przycisk **Wniosek** co powoduje wyświetlenie wniosku, na którym należy uzupełnić dodatkowe dane, następnie wniosek należy zatwierdzić. Po zatwierdzeniu wniosek można wydrukować.

Portal Świadczeniodawcy - Mozilla Firefox

gsts2/CLO_WS_TS2K2/Authorized/ZastrzezenieReceptWniosek.aspx

Wniosek o zastrzeżenie recept

Kod świadczeniodawcy: 08R/66666
 Recepty: 08010000000016770073 - 08010000000016779979

Powód zastrzeżenia:

Numer wniosku:

Oddział wydający recepty:

Przed zatwierdzeniem wniosku o zastrzeżenie recept, wykonywana jest walidacja zakresów w ramach wniosków. Operator jest informowany o zakresach, które nie mogą być zastrzeżone lub dla których wystąpiły niezgodności. W przypadku niezgodności operator musi potwierdzić (zaznaczenie odpowiedniego atrybutu przy zakresie) operację zastrzeżenia.

3.2.10.2 Przegląd wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept

Przegląd wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept - prowadzi do podstrony Wnioski na anulowanie/zastrzeżenie recept, na której Świadczeniodawca może przeglądać dotyczące go wnioski na anulowanie bądź zastrzeżenie recept. Dostępne filtry pozwalają ograniczyć zakres prezentowanych wniosków. Przycisk **Recepty** w

tabeli z wnioskami wyświetla listę recept podanych w ramach wniosku.

The screenshot shows the 'Portal Świadczeniodawcy' interface. The header includes the portal name and version '2.0075' and a '[Wyloguj]' button. The main title is 'Wnioski na anulowanie/zastrzeżenie recept'. Below the title are navigation links 'Powrót' and 'Pomoc'. The user information section shows 'Świadczeniodawca: test asdasdsa, Białowice' and 'Użytkownik: test1'. The search criteria section includes: 'Status: Dowlolny', 'Powód: Dowlolny', 'PESEL:', 'Numer wniosku:', 'Data akceptacji (od-do):', 'Data zgłoszenia (od-do):', and 'Numer recepty:'. A 'Wyszukaj' button is located at the bottom right.

3.2.10.3 Generowanie numerów recept

Generowanie numerów recept - prowadzi do funkcjonalności pozwalającej wygenerować nowe numery recept, po opcjonalnym uzupełnieniu wartości w filtrach zostanie wyświetlona lista umów Świadczeniodawcy.

The screenshot shows the 'Portal Świadczeniodawcy' interface. The header includes the portal name and version '2.1401' and a '[Wyloguj]' button. The main title is 'Generowanie numerów recept'. Below the title are navigation links 'Powrót' and 'Pomoc'. The user information section shows 'Świadczeniodawca: Niepubliczna przychodnia "Jutrzenka" Opolska 13, 30434 Opole' and 'Użytkownik: test1'. The search criteria section includes: 'Wybierz umowę', 'Kod umowy:', 'Nazwisko:', and 'PESEL:'. A 'Wyszukaj' button is located at the bottom right.

Po użyciu przycisku **Personel umowy** zostanie wyświetlona lista personelu w ramach umowy, po użyciu przycisku **Wniosek** przy konkretnym personelu nastąpi przeniesienie do podstrony **Wypełnienie wniosku i generowanie numerów recept**.



Wypełnienie wniosku i generowanie numerów recept

► Powrót ► Recepty-plik XML ► Recepty-plik PDF



Wniosek na generowanie numerów recept

Kod świadczeniodawcy: 000000
Nazwa: POLSKA LECZNICZNA FARMACEUTYKA
NIP: 000-000-0000
Adres: ul. Nowa 1234567890

Kod lekarza: 000000
PESEL: 00000000000
Nazwisko: KOWALSKI
Imiona: JANINA
Dowód: 0000000000000
Adres: ul. Nowa 1234567890

Numer wniosku:

Rodzaj recept:

Liczba blozków:

Zatwierdź

Na tej stronie należy uzupełnić liczbę blozków i kliknąć przycisk **Zatwierdź**, co wywoła funkcję generowania recept, a następnie wyświetlenie podglądu pliku ze szczegółami. W przypadku gdy świadczeniodawca może jeszcze posługiwać się receptami numerowanymi starym sposobem (20 znaków) dodatkowo jest dostępny wybór rodzaju recept, w którym należy dokonać wyboru pomiędzy receptami z numerami 20-cyfrowymi, a 22-cyfrowymi.



Wypełnienie wniosku i generowanie numerów recept

▶ Powrót ▶ Recepty-plik XML ▶ Recepty-plik PDF



Wniosek na generowanie numerów recept

Kod świadczeniodawcy:

Nazwa:

NIP:

Adres:

Kod lekarza:

PESEL:

Nazwisko:

Imiona:

Dowód:

Adres:

Numer wniosku: 000000806513462227

Rodzaj recept:

Liczba bloczków: 3

Zatwierdź



Komunikat

Typ komunikatu: RECD

Wersja: 1.3

Identyfikator odbiorcy komunikatu:

Identyfikator nadawcy komunikatu: 08R/66666

Identyfikator systemu informatycznego nadawcy komunikatu: CLO_WS_RECDRUK

Numer kolejny komunikatu wygenerowanego z systemu nadawcy: 5586

Data generacji komunikatu: 2012-07-20

Godzina generacji komunikatu: 10:59:56

Wniosek

Identyfikator techniczny wniosku: 5296

Numer wniosku: 000000806513462227

Typ recept: Normalne 22-cyfrowe

Rodzaj recept: Recepty dla lekarza u świadczeniodawcy

Liczba bloczków do wydruku: 3

Data transferu: 2012-07-20

Numer umowy: 08R/66666/02/01/AOS/2012

Kod lekarza:

Pesel:

Nazwisko:

Imiona:

Numer prawa wykonywania zawodu:

Numer bloczka: 1

Numer początkowy recept: 0108000000000003810083

Numer końcowy recept: 0108000000000003819989

Liczba recept w bloczku: 100

Numer bloczka: 2

Numer początkowy recept: 0108000000000003820082

Numer końcowy recept: 0108000000000003829988

Liczba recept w bloczku: 100

Numer bloczka: 3

Numer początkowy recept: 0108000000000003830081

Numer końcowy recept: 0108000000000003839987

Liczba recept w bloczku: 100

Przycisk **Recepty-plik XML** pozwala na pobranie wygenerowanych recept w postaci pliku xml. Przycisk **Recepty-plik PDF** pozwala na pobranie wygenerowanych recept w postaci pliku pdf. Przycisk **Recepty-plik PDF** będzie niewidoczny w przypadku przekroczenia maksymalnej dozwolonej liczby recept znajdujących się w pliku pdf. Przycisk będzie widoczny, ale niedostępny dla recept z 20-cyfrowymi numerami.

3.2.10.4 Przegląd wygenerowanych numerów recept - dane archiwalne

Świadczeniodawca może przejrzeć historię wniosków złożonych samodzielnie w portalu za pomocą funkcjonalności **Przegląd historii złożonych wniosków** w Obsłudze Recept.

Portal Świadczeniodawcy 2.2109 | 08R/66666 (SIVY1234) [Wyloguj]

Przegląd wygenerowanych numerów recept - dane archiwalne

► Powrót ► Pomoc

Świadczeniodawca: **PRZYKŁADOWY SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY ŚLĄSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO1 Aleje Jerozolimski 565/4, 05291 Warszawa9**
 Użytkownik: **SIVY1234**

PESEL:
 Numer wniosku:

Numer wniosku	Typ recepty	Status	Numer umowy	Lekarz	Bloczki
000000806513462227	Normalne 20-cyfrowe	Recepty wydane	08R/66666/02/01/AOS/2012	Kod: <input type="text"/> Pesel: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/> Imiona: <input type="text"/>	3 <input type="button" value="Podgląd Recepty-plik XML"/> <input type="button" value="Recepty-plik PDF"/>
000000806513462210	Normalne 20-cyfrowe	Recepty wydane	08R/66666/02/01/AOS/2012	Kod: <input type="text"/> Pesel: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/> Imiona: <input type="text"/>	3 <input type="button" value="Podgląd Recepty-plik XML"/> <input type="button" value="Recepty-plik PDF"/>
000000396313465234	Normalne 20-cyfrowe	Recepty wydane	08R/66666/0403/2011/080	Kod: <input type="text"/> Pesel: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/> Imiona: <input type="text"/>	2 <input type="button" value="Podgląd Recepty-plik XML"/> <input type="button" value="Recepty-plik PDF"/>
000000352313462083	Normalne 20-cyfrowe	Recepty wydane	08R/66666/0403/2011/080	Kod: <input type="text"/> Pesel: <input type="text"/> Nazwisko: <input type="text"/> Imiona: <input type="text"/>	1 <input type="button" value="Podgląd Recepty-plik XML"/> <input type="button" value="Recepty-plik PDF"/>

Po użyciu opcji **Podgląd** przy danym wniosku wyświetlany jest przegląd pliku z danymi dla drukarni, na przeglądzie umieszczona jest informacja, że zakresy mogły zostać już przekazane do drukarni (patrz rys. poniżej). Przycisk **Recepty-plik XML** pozwala na pobranie wygenerowanych recept w postaci pliku xml. Przycisk **Recepty-plik PDF** pozwala na pobranie wygenerowanych recept w postaci pliku pdf. Przycisk **Recepty-plik PDF** będzie niewidoczny w przypadku przekroczenia maksymalnej dozwolonej liczby recept znajdujących się w pliku pdf. Przycisk będzie widoczny, ale niedostępny dla recept z 20-cyfrowymi numerami.

Portal Świadczeniodawcy 2.2109 | 08R/66666 (SIVY1234) [Wyloguj]

Przegląd pliku z danymi dla drukarni

▶ Powrót ▶ Recepty-plik XML ▶ Recepty-plik PDF

 **UWAGA!** Numery recept mogą być wykorzystane tylko jeden raz. Poniższe zakresy są danymi historycznymi i prawdopodobnie zostały już pobrane.

Komunikat

Typ komunikatu: RECD
 Wersja: 1.3
 Identyfikator odbiorcy komunikatu:
 Identyfikator nadawcy komunikatu: 08R/66666
 Identyfikator systemu informatycznego nadawcy komunikatu: CLO_WS_RECDRUK
 Numer kolejny komunikatu wygenerowanego z systemu nadawcy: 5584
 Data generacji komunikatu: 2012-07-20
 Godzina generacji komunikatu: 09:54:45

Wniosek

Identyfikator techniczny wniosku: 5294
 Numer wniosku: 000000805913468430
 Typ recept: Normalne 20-cyfrowe
 Rodzaj recept: Recepty dla lekarza u świadczeniodawcy
 Liczba bloczków do wydruku: 1
 Data transferu: 2012-07-20
 Numer umowy: 08R/66666/02/01/AOS/2012
 Kod lekarza:
 Pesel:
 Nazwisko:
 Imiona:
 Numer prawa wykonywania zawodu:
 Numer bloczka: 1
 Numer początkowy recept: 08010000000021437770
 Numer końcowy recept: 08010000000021447676
 Liczba recept w bloczku: 100


3.2.10.5 Informacje o recepcie

Funkcjonalność pozwala uzyskać na podstawie wprowadzonego numeru recepty, dane lekarza, dla którego dany numer recepty został wygenerowany w SI OW NFZ oraz informację czy numer ten jest zastrzeżony.

Portal Świadczeniodawcy 2.2218 | 08R/66666 (SIVY1234) [Wyloguj]

Informacje o recepcie

▶ Powrót ▶ Pomoc

 Świadczeniodawca: **Świadczeniodawca 08R/66666/01/01/AOS/2012**
 Użytkownik: **08R/66666**

 Numer recepty:

Dla podanego numeru recepty po kliknięciu przycisku **Pobierz dane** zostaną pobrane następujące informacje (według danych SI OW NFZ na moment wykonania zapytania):

- a) dane lekarza, dla którego recepta zostały wygenerowana, takie jak: imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu

b) informacja, czy recepta jest zastrzeżona - jeli tak to pojawi się napis "Recepta zastrzeżona" .

Informacje te są możliwe do uzyskania wyłącznie dla podanych numerów recept, które zostały wygenerowane w SI określonego OW NFZ dla personelu wykazanego w umowach danego świadczeniodawcy. Jeśli dana recepta nie została przydzielona dla personelu danego świadczeniodawcy kliknięcie **Pobierz dane** spowoduje wyświetlenie się komunikatu: "Brak informacji o recepcie. Recepta nie została wygenerowana w ramach umów tego świadczeniodawcy."

Kliknięcie przycisku Wyczyść numer spowoduje wyczyszczenie pola *Numer recepty*.

3.2.11 Wyznaczanie grup JGP dla hospitalizacji

Odsyłacz **Wyznaczanie grup JGP dla hospitalizacji** przenosi nas do okna prezentowanego poniżej:

The screenshot shows the 'Portal Świadczeniodawcy' interface. At the top, there is a navigation bar with the portal name and a version number '2.1405'. A user is logged in, as indicated by '[Wyloguj]'. The main heading is 'Wyznaczanie grup JGP dla hospitalizacji'. Below this, there are navigation links: 'Powrót', 'Wyczyść', 'Wyznacz grupy JGP', and 'Pomoc'. A summary box shows the provider as 'Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa Nathana w Branicach' and the user as 'test1'. The main form area is titled 'Dane dotyczące grupera' and includes a dropdown for 'Wersja grupera' set to 'Obowiązująca w dniu wypisu'. Below this is the 'Dane ogólne dotyczące hospitalizacji' section with various input fields: 'Data przyjęcia', 'Data wypisu', 'Tryb przyjęcia', 'Tryb wypisu' (set to 'Zakończenie procesu terapeutycznego diagnostycznego'), 'Rozpoznanie zasadnicze z wypisu', 'Rozpoznania współwystępujące z wypisu', 'Tryb hospitalizacji' (set to 'Hospitalizacja "zwykła"'), 'Charakter hospitalizacji' (set to 'Nie dotyczy'), 'Data urodzenia', a checkbox for 'Zgoda na kontynuację leczenia dla pacjenta który ukończył 18 rok życia', 'Płeć pacjenta' (set to 'Kobieta'), and 'Numer umowy'. At the bottom, there is a section 'Pobyty w ramach hospitalizacji' with a text box containing 'Nie wprowadzono żadnych pobyków' and a 'Dodaj pobyt' button.

Na stronie Użytkownik wprowadza

Dane dotyczące grupera

- *Wersja grupera* - lista wyboru pozwalająca na wybranie wersji jaka ma zostać użyta do wyznaczenia grup (domyślną wartością jest wersja grupera odpowiednia dla dnia wypisu), gruper powinien użyć wskazanej wersji do wyznaczenia grup.

Dane ogólne dotyczące hospitalizacji:

- Okres hospitalizacji w oparciu o *datę przyjęcia*, *datę wypisu* i *tryb wypisu*; data przyjęcia jest obowiązkowa i nie może być późniejsza niż data aktualna; data wypisu jest obowiązkowa, nie może być późniejsza niż data

aktualna i wcześniejsza niż data przyjęcia.

- *Tryb przyjęcia* nie jest polem obowiązkowym, natomiast
- *Tryb wypisu* jest polem wymaganym zawsze tak jak i pole
- *Rozpoznanie zasadnicze z wypisu* - pole obowiązkowe
- *Rozpoznania współwystępujące z wypisu*
- *Tryb hospitalizacji* (wartość wybierana z listy)
- *Charakter hospitalizacji* - pole obowiązkowe (wartość wybierana z listy)
- *Płeć pacjenta*, które należy koniecznie wypełnić.
- *Wiek pacjenta w oparciu o datę urodzin* bądź podany bezpośrednio (nie jest polem wymaganym)
- *Numer umowy szpitalnej* (nieobowiązkowy, wybierany z listy)
- *Lista pobytów* (musi być podany przynajmniej jeden)

Przycisk **Wyczyść** pozwala wyczyścić wszystkie pola na formularzu w celu łatwiejszego wprowadzenia danych o następnej hospitalizacji.

Dodanie nowego pobytu odbywa się za pomocą przycisku **Dodaj pobyt**, dodawany jest za pomocą okna dialogowego, na którym można wprowadzić:

Data początku:	<input type="text" value="20-01-2009"/>	
Data końca:	<input type="text" value="03-03-2009"/>	
Kod świadczenia:	<input type="text" value="0.1"/>	
Część VIII kodu resortowego oddziału:	<input type="text" value="4500 - ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY"/>	
Rozpoznanie zasadnicze:	<input type="text" value="P07.0 - Skrajnie niska urodzeniowa masa ciała"/>	
Rozpoznania współwystępujące:	<input type="text"/>	
Wykonane procedury:	<input type="text" value="(20-01-2009) 87.031 - Komputerowa tomografia gł"/>	
		<input type="button" value="Zatwierdź"/> <input type="button" value="Anuluj"/>


- *Kod świadczenia* - wg rozporządzenia Ministra Zdrowia.
- *Część VIII kodu resortowego oddziału* (pole wymagane, wybierane ze słownika)
- *Rozpoznanie zasadnicze* (wybierane ze słownika)
- *Rozpoznania współwystępujące* (wybierane ze słownika, aby je podać musi być podane rozpoznanie zasadnicze, nie można podać więcej niż trzech rozpoznań współwystępujących w ramach pobytu)
- *Wykonane procedury* (wybierane ze słownika, można podać dowolną ilość) - podanie daty wykonania dla każdej wykonanej procedury jest wymagane.

Dla ułatwienia procesu wyboru rozpoznania należy za pomocą ikony skorzystać ze słownika, gdzie można wyszukać wybraną pozycję wpisując Kod i/lub Nazwę.

Kod:

Nazwa:

- ⊕ _AD - I. Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze
- ⊖ _CO - II. Nowotwory
 - ⊕ ^CA - Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła
 - ⊕ ^CB - Nowotwory złośliwe narządów trawiennych
 - ⊕ ^CC - Nowotwory złośliwe układu oddechowego i narządów klatki piersiowej
 - ⊕ ^CD - Nowotwory złośliwe kości i chrząstki stawowej
 - ⊖ ^CE - Nowotwory złośliwe skóry
 - ⊖ C43 - Czerniak złośliwy skóry
 - C43.0 - Czerniak złośliwy wargi
 - C43.1 - Czerniak złośliwy powieki, łącznie z kątem oka
 - C43.2 - Czerniak złośliwy ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego
 - C43.3 - Czerniak złośliwy innych i nieokreślonych części twarzy
 - C43.4 - Czerniak złośliwy skóry owłosionej głowy i skóry szyi
 - C43.5 - Czerniak złośliwy tułowia
 - C43.6 - Czerniak złośliwy kończyny górnej łącznie z barkiem
 - C43.7 - Czerniak złośliwy kończyny dolnej łącznie z biodrem
 - C43.8 - Czerniak złośliwy skóry przekraczający wyżej określone granice

Aby przypisać datę wykonania należy zaznaczyć konkretną procedurę i skorzystać z ikony kalendarza . Data zostanie przypisana do procedury.

Po wprowadzeniu wszystkich danych Użytkownik może wyznaczyć listę grup JGP korzystając z przycisku **Wyznacz grupy JGP** w górnym menu strony. Wyświetlana jest lista wyznaczonych grup lub opis zwróconego błędu. Tabela wyników prezentuje wyznaczone grupy w postaci kolumn:

1. Grupa - która prezentuje zarówno kod jak i nazwę wyznaczonej grupy;
2. Kod produktu jednostkowego;
3. Taryfa;
4. Taryfa dodatkowa;
5. Numer pobytu.


 Świadczeniodawca: Dawca 1/5 poprawiona AAA AAA/ AAA, 11111 AAA
 Użytkownik: marta

Poniżej prezentowane są grupy wyznaczone z wykorzystaniem JGP w wersji 5.6.12

Grupa	Kod produktu jednostkowego	Taryfa	Taryfa dodatkowa	Numer pobytu
Kod: N21 Nazwa: Ciężka patologia noworodka > 30 dni	5.51.01.0013021	1000	216	1
Kod: N25 Nazwa: Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	5.51.01.0013025	55	102	1


Dane dotyczące grupera
 Wersja grupera: 5.6.12

Dane ogólne dotyczące hospitalizacji
 Data przyjęcia: 20.01.2009
 Data wypisu: 03.03.2009
 Tryb przyjęcia: Przyjęcie planowe
 Tryb wypisu: Zakończenie procesu terapeutycznego diagnostycznego
 Tryb hospitalizacji: Hospitalizacja 'zwykła'
 Charakter hospitalizacji: Nie dotyczy
 Data urodzenia: 20.01.2009
 Zgoda na kontynuację leczenia dla pacjenta który ukończył 18 rok życia
 Płeć pacjenta: Kobieta
 Numer umowy:

Pobyty w ramach hospitalizacji

Numer pobytu	Data początku	Data końca	Część VIII kodu resortowego oddziału	Kod świadczenia	Rozpoznanie zasadnicze	Rozpoznania współwystępujące	Wykonane procedury
1	20-01-2009	03-03-2009	4500 - ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY	0.1	P07.0 - Skrajnie niska urodzeniowa masa ciała		<ul style="list-style-type: none"> (20-01-2009) 87.031 - Komputerowa tomografia głowy i/ lub szyi bez kontrastu

Dodaj pobyt

3.2.12 Przesyłanie plików z danymi dla wyznaczania JGP

Dostęp do funkcjonalności z sekcji **Umowy na realizację świadczeń/Przesyłanie plików z danymi dla wyznaczania JGP**. Funkcjonalność ta pozwala na wysłanie komunikatu z danymi do wyznaczania JGP. Użytkownik wybiera plik z komunikatem i wybiera przycisk **Wyślij**. Prezentowana jest również lista wysłanych plików, wraz z możliwością pobrania wygenerowanych już komunikatów zwrotnych.

3.2.13 Przegląd świadczeń - decyzje OW

Funkcjonalność umożliwia przegląd decyzji wydanych przez OW.

Wyszukiwanie ułatwiają dostępne filtry:

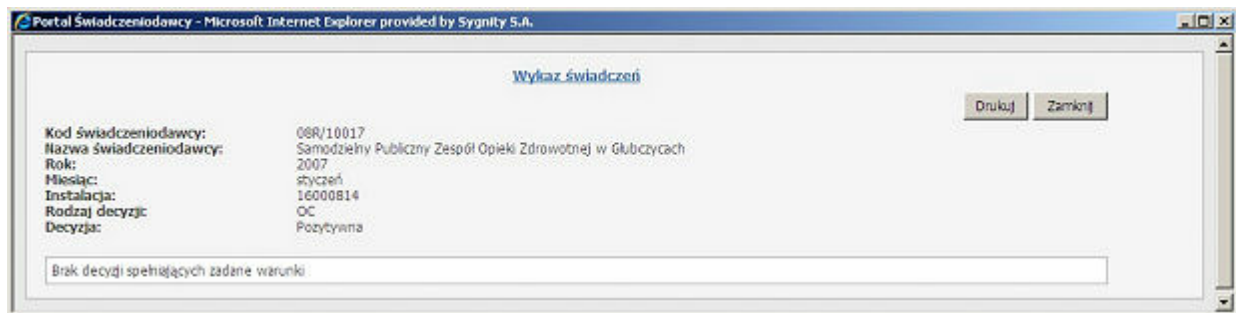
- Rok (filtr obowiązkowy)
- Miesiąc
- Instalacja
- Zakres świadczeń (wybór ze słownika, zawartość słownika zależy od wybranego roku)
- Świadczenie (wybór ze słownika, zawartość słownika zależna od wybranego roku, lub roku wraz miesiącem i zakresem świadczeń)

- Rodzaj decyzji (filtr obowiązkowy)
- Decyzja ("Puste pole" - wszystkie świadczenia dla wybranego rodzaju decyzji, "Zgoda wydana", "Brak zgody", "Brak decyzji")
- Stan rozliczenia świadczenia - tylko w przypadku wyboru opcji "Pole puste" lub "Zgoda wydana" w filtrze "Decyzja" ("Niewskazane i nierozliczone", "Wskazane do rozliczenia lub rozliczone", "Tylko wskazane do rozliczenia", "Tylko rozliczone")

Przejdźcie do wyszukiwania rozszerzonego następuje po wyborze pozycji z menu **Wyszukiwanie zaawansowane**. Wyniki wyszukiwania są wyświetlane w tabeli poniżej. Filtry do wyszukiwania zaawansowanego to:

- PESEL pacjenta
- Data wykonania świadczenia od - do
- Nr pisma
- Identyfikator rozliczenia SINPZ
- Identyfikator świadczenia
- Identyfikator świadczenia (pobytu/porady)
- Identyfikator pozycji rozliczeniowej

W ramach funkcjonalności został dodany przycisk **Wydruk**, który powoduje wyświetlenie formatki wydruku decyzji dla aktualnie wprowadzonych warunków wyszukiwania. Zakres danych na wydruku jest identyczny z zakresem danych dostępnych na przeglądzie. Wartości wprowadzonych warunków wyszukiwania również są umieszczane na wydruku.



3.2.14 Przegląd wniosków o rozliczenie indywidualne

Wybranie tej opcji powoduje wyświetlenie okna które pozwala na przegląd wprowadzonych wniosków na chemioterapię niestandardową lub rozliczenie indywidualne oraz wprowadzanie nowych wniosków.


3.2.14.1 Chemioterapia niestandardowa

Wyróżnione pola są wymagane przed zmianą statusu.

Zmiana statusu na: 'Zatwierdzony' Anulowanie wniosku Zapisz Wydruk testowy Zamknij

Wniosek o chemioterapię niestandardową

Nr wniosku: ...
Status wniosku:

Data wystawienia wniosku (dd.mm.rrrr): 10.01.2011 

rozpoczęcie terapii kontynuacja leczenia

Do Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Dane świadczeniodawcy składającego wniosek:

Nazwa: Świadczeniodawca 08R/66666

Numer umowy:

Produkt kontraktowy:

Nr prawa wyk. zawodu lekarza wnioskującego:

Dane świadczeniobiorcy:

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

W nowym wniosku zostanie wpisany data oraz zakres taki jak wybrany w oknie przeglądu wniosków. Wszystkie żółte pola należy uzupełnić. W pierwszej części wniosku, gdy jest wybrana *kontynuacja leczenia* są widoczne dodatkowo sekcje **Ocena efektu leczenia wg RECIST** i **Ocena tolerancji leczenia**. Dodając wniosek na bieżący rok można korzystać z niektórych umów z poprzedniego roku, jeżeli zakończyły się one nie później niż 3 miesiące temu. Dodanie wniosku na lata poprzednie jest niemożliwe.

Przy wprowadzaniu danych świadczeniodawcy składającego wniosek pole *Nr prawa wyk. zawodu lekarza wnioskującego* aplikacja sprawdza czy istnieje w bazie lekarz o podanym numerze. Gdy numer nie istnieje, ale ma prawidłowy format, użytkownik ma możliwość warunkowego zapisania wniosku.

W górnej części wniosku znajduje się pole *Uzasadnienie decyzji OW*. Jest w nim wyświetlany status wniosku i uzasadnienie wpisane przez OW, jednakże tylko dla statusów, w których OW faktycznie podjął decyzję: 'Przyjęty', 'Do uzupełnienia', 'Decyzja pozytywna' lub 'Decyzja negatywna'. W ramach wniosku można dodać kilka definicji cykli. W ramach definicji cyklu określa się liczbę leków i terminy cykli. Przy wprowadzaniu długości cyklu jest sprawdzana jego poprawność. Gdy liczba cykli nie przekracza 3, to długość cyklu może wynosić maksymalnie 90 dni. Natomiast w przypadku większej liczby cykli, suma dni we wszystkich cyklach nie może przekroczyć 90 dni. Istnieje możliwość zdefiniowania do 14 cykli.

Można zapisać niekompletny wniosek, natomiast przed zmianą statusu wszystkie pola we wniosku są wymagane.

Przed zmianą statusu na 'Zatwierdzony' trzeba wypełnić całą część A wniosku, a w części B (konsultacja) należy wybrać konsultanta. Przed przejściem do statusu 'Potwierdzony' konieczne jest wypełnienie pola *Uzasadnienie opinii* oraz *Opcja terapeutyczna przy niezastosowaniu wnioskowanej terapii*.

Przycisk **Zapisz** wykonuje walidację i aktualizację wniosku w bazie.

Przycisk **Anulowanie wniosku** nadaje status 'Anulowany'.

Użycie przycisku **Drukuj** powoduje wydruk wniosku, na którym są widoczne dodatkowo pola z pieczętkami i miejscem na podpis(y) pod częścią A i B wniosku.

Przycisk **Rezygnacja** dostępny jest z poziomu podglądu wniosku/decyzji. Pozwala on na rezygnację z decyzji w sytuacji, gdy do wniosku została wydana decyzja pozytywna ale nie zostały wykorzystane jeszcze żadne świadczenia. Rezygnując z decyzji pozytywnej, konieczne jest podanie powodu rezygnacji - pojawia się pole tekstowe gdzie można wprowadzić powód. Po wykonaniu rezygnacji status wniosku zmienia się na 'Rezygnacja', a

status akceptacyjny wniosku na 'Decyzja negatywna'. Na wniosku, do którego zrobiono rezygnację nie można już nic modyfikować.

Przycisk **Zamknij** zamyka okno i następuje powrót do okna przeglądu wniosków.

3.2.14.2 Rozliczenia indywidualne

Zgodnie z Zarządzeniem Nr 65/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (z późn. zm.) w określonych przypadkach Świadczeniodawcy przysługuje prawo do wystąpienia do właściwego ze względu na umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Dyrektora OW NFZ z wnioskiem o sfinansowanie zrealizowanego świadczenia na podstawie rozliczenia indywidualnego.

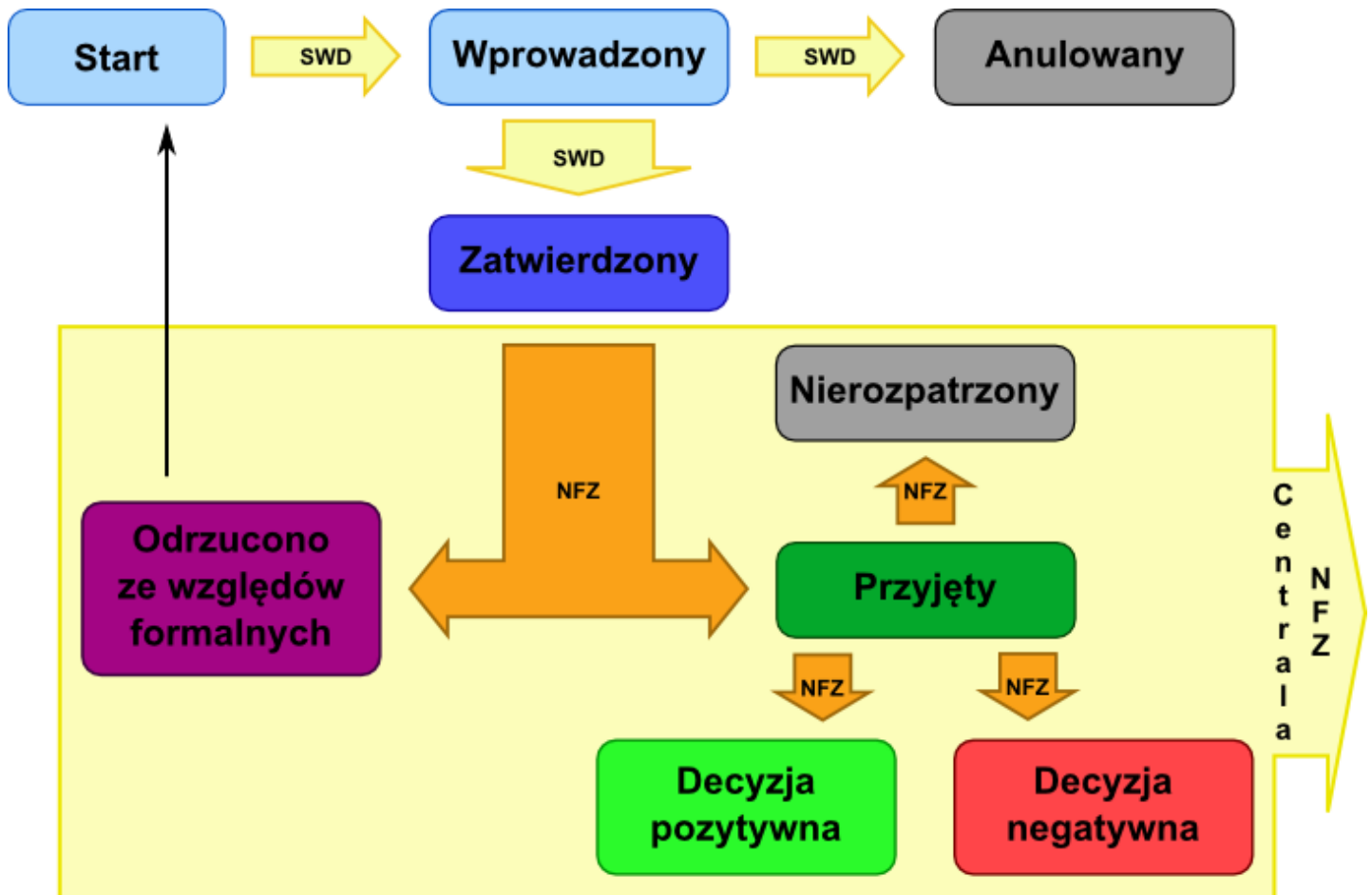
W takim przypadku Świadczeniodawca powinien przekazać do Dyrektora oddziału Funduszu wniosek, którego szablon został określony w niniejszym zarządzeniu.

Wniosek ten powinien być wprowadzony przez Świadczeniodawcę do systemu informatycznego NFZ poprzez udostępnioną stronę WWW na Portalu Świadczeniodawcy. Następnie Świadczeniodawca powinien go zatwierdzić, wydrukować i podpisać. W takiej formie (papierowej) powinien go dostarczyć do oddziału Funduszu (wraz z kosztorysem – jeżeli jest to wymagane).

Ogólny obieg elektronicznego wniosku

Z poziomu Portalu Świadczeniodawcy wnioskujący posiada możliwość ustawienia następujące statusów wniosków (patrz rys. poniżej):

- **Wprowadzony** – dostępna jest edycja wniosku, nie jest sprawdzana jego poprawność, wniosek nie może być drukowany
- **Zatwierdzony** – przed przejściem do tego statusu ma miejsce walidacja jego zawartości pod względem formalnym (wypełnienie wszystkich wymaganych pól), po zatwierdzeniu brak jest możliwości jego edycji, wniosek posiada numer oraz kod kreskowy, może zostać wydrukowany
- **Anulowany** – przejście do tego statusu możliwe jedynie ze statusu „Wprowadzony” oraz „Odrzucono ze wzgl. formalnych” (status nadawany przez pracownika OW NFZ np. w przypadku niezgodności wersji papierowej i elektronicznej wniosku)



Po rozpatrzeniu wniosku przez Dyrektora OW NFZ wniosek może przyjąć następujące statusy:

- **Odrzucono ze wzgl. formalnych** – wniosek posiada błędy formalne, np. brak pieczętki / niezgodność pomiędzy wersją papierową i elektroniczną itd.) – status „Do uzupełnienia” nie pozwala świadczeniodawcy na zmianę treści wniosku, a jedynie do jego anulowania/złożenia nowego na podstawie starego.
- **Decyzja pozytywna** – decyzja pozytywna Dyrektora OW NFZ
- **Decyzja negatywna** – decyzja negatywna Dyrektora OW NFZ
- **Nierozpatrzony** – status wniosku ustawiany w OW NFZ na podstawie informacji ze strony Świadczeniodawcy, oznaczający brak decyzji (np. śmierć pacjenta)

3.2.14.2.1 Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci (6100)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Część A

Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU	
1. Numer wniosku	
A.2. WNIOSK W SPRAWIE	
2. Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie pełnoletniej w ramach zakresu świadczeń dla dzieci	


Część B


Należy wybrać jedną z opcji wskazujących, czy wniosek składany jest po raz pierwszy, czy jest to kolejny wniosek o rozliczenie indywidualne:

B. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
3. Wnioskowanie po raz pierwszy <input checked="" type="checkbox"/>	4. Kolejny wniosek o indywidualne rozliczenie <input type="checkbox"/>

Część C


Należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego
- numer PESEL osoby wnioskującej - pole jest wymagane w sytuacji gdy świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza

C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
5. Nazwa Szpital	
6. Nr umowy 	
7. Zakres świadczeń	
8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego (dla świadczeniodawców zatrudniających lekarza)* <input type="text"/>	
*W przypadku, gdy świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza w przedmiotowym zakresie należy wypełnić pole 8a. 8.a . PESEL osoby wnioskującej <input type="text"/>	

Część D

Należy wprowadzić dane pacjenta:

D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
9. Imię <input type="text"/>	10. Nazwisko <input type="text"/>	
11. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ) <input type="text"/>		
12. Identyfikator <input type="text"/>	12a. Płeć <input type="text"/>	12b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW) <input type="text"/> 

Jeżeli zostanie podany PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest ręczne uzupełnienie tych danych.

Część E

Kolejnym znacznikiem jest zaznaczenie na wniosku, czy ma on charakter jednorazowy, czy raczej jest to wniosek na wiele różnych świadczeń następujących po sobie. Świadczenie udzielane jednorazowo oznacza, że rozliczenie indywidualne będzie miało zastosowanie tylko do jednego zestawu świadczeń (np. jednej hospitalizacji/jednej wizyty w poradni).

E. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
13. Świadczenie udzielane jednorazowo <input checked="" type="checkbox"/>	14. Świadczenie udzielane cyklicznie <input type="checkbox"/>
















Część F

W zależności od tego, czy wniosek dotyczy świadczeń ambulatoryjnych czy szpitalnych różnie wygląda wymagalność, jeżeli chodzi o dane dotyczące świadczenia. W przypadku lecznictwa zamkniętego wymagane jest podanie:

- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych

- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

Dla świadczeń ambulatoryjnych wystarczy podać rozpoznanie zasadnicze.

F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
F.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
15. Kod rozpoznania zasadniczego	
16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
19. Kod procedury medycznej 	20. Kod procedury medycznej 
21. Kod procedury medycznej 	22. Kod procedury medycznej 
23. Kod procedury medycznej 	24. Kod procedury medycznej 
25. Kod procedury medycznej 	26. Kod procedury medycznej 
27. Kod procedury medycznej 	28. Kod procedury medycznej 
F.3. DANE ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
29. Kod JGP	
29a. Kod świadczenia	

Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego. Jeżeli wniosek obejmuje dłuższy okres (więcej niż jedną hospitalizację / poradę), a liczba koniecznych do wprowadzenia kodów świadczeń jest większa niż jeden – należy wprowadzić kod najbardziej istotnego kodu świadczenia. Informacja ta traktowana jest jako uszczegółowienie wniosku (kod świadczenia nie będzie przedmiotem weryfikacji sprawozdawczo-rozliczeniowych).

Część G

Należy uzasadnić wniosek poprzez wskazanie jednej z predefiniowanych odpowiedzi lub – wybierając Inne – wprowadzić swoje uzasadnienie. Ważne – dla świadczeń psychiatrycznych konieczne jest podanie rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki.

G. UZASADNIENIE	
G.1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI LECZENIA OSOBY PEŁNOLETNIEJ W ODDZIALE/PRZYCHODNI DLA DZIECI	
30-32. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia	
Inne <input type="button" value="v"/>	
Opis (należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w polu nr 30-32. opcji „inne”)	
<input type="text"/>	
33. Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki	
<input type="text"/>	
G.2. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI LECZENIA OSOBY INNEJ PŁCI, NIŻ WSKAZUJE NA TO PROFIL KOMÓRKI UDZIELAJĄCEJ ŚWIADCZENIE	
34. Opis	
NIE DOTYCZY	

Części H i I

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji) oraz datę wystawienia wniosku.

H. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
35. Data od (RRRR-MM-DD)	36. Data do (RRRR-MM-DD)
<input type="text"/> <input type="button" value="i"/>	<input type="text"/> <input type="button" value="i"/>
I. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
37. Data (RRRR-MM-DD)	38. Podpis i pieczętka lekarza wnioskującego
<input type="text"/> <input type="button" value="i"/>
39. Data (RRRR-MM-DD)	40. Podpis i pieczętka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie
<input type="text"/>

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

3.2.14.2.2 Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych osobie innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenie (6101)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Część A

Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU
1. Numer wniosku
A.2. WNIOSEK W SPRAWIE
2. Rozliczenie świadczeń udzielanych osobie innej płci niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenie


Część B


Należy wybrać jedną z opcji wskazujących, czy wniosek składany jest po raz pierwszy, czy jest to kolejny wniosek o rozliczenie indywidualne:

B. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
3. Wnioskowanie po raz pierwszy <input checked="" type="checkbox"/>	4. Kolejny wniosek o indywidualne rozliczenie <input type="checkbox"/>

Część C

Należy uzupełnić dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego
- numer PESEL osoby wnioskującej - pole jest wymagane w sytuacji gdy świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza

C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
5. Nazwa Szpital	
6. Nr umowy	
7. Zakres świadczeń	
8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego (dla świadczeniodawców zatrudniających lekarza)* <input type="text"/>	
*W przypadku, gdy świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza w przedmiotowym zakresie należy wypełnić pole 8a. 8.a. PESEL osoby wnioskującej <input type="text"/>	

Część D

Należy wprowadzić dane pacjenta:

D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
9. Imię <input type="text"/>	10. Nazwisko <input type="text"/>	
11. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ) <input type="text"/>		
12. Identyfikator <input type="text"/>	12a. Płeć <input type="text"/>	12b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW) <input type="text"/>

Jeżeli zostanie podany PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest ręczne uzupełnienie tych danych.

Część E

Kolejnym znacznikiem jest zaznaczenie na wniosku, czy ma on charakter jednorazowy, czy raczej jest to wniosek na wiele różnych świadczeń następujących po sobie. Świadczenie udzielane jednorazowo oznacza, że rozliczenie indywidualne będzie miało zastosowanie tylko do jednego zestawu świadczeń (np. jednej hospitalizacji / jednej wizyty w poradni).

E. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
13. Świadczenie udzielane jednorazowo <input checked="" type="checkbox"/>	14. Świadczenie udzielane cyklicznie <input type="checkbox"/>
















Część F

W zależności od tego, czy wniosek dotyczy świadczeń ambulatoryjnych czy szpitalnych różnie wygląda wymagalność, jeżeli chodzi o dane dotyczące świadczenia. W przypadku lecznictwa zamkniętego wymagane jest

podanie:

- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych
- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

Dla świadczeń ambulatoryjnych wystarczy podać rozpoznanie zasadnicze.

F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
F.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
15. Kod rozpoznania zasadniczego	
16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
19. Kod procedury medycznej 	20. Kod procedury medycznej 
21. Kod procedury medycznej 	22. Kod procedury medycznej 
23. Kod procedury medycznej 	24. Kod procedury medycznej 
25. Kod procedury medycznej 	26. Kod procedury medycznej 
27. Kod procedury medycznej 	28. Kod procedury medycznej 
F.3. DANE ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
29. Kod JGP	
29a. Kod świadczenia	

Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego. Jeżeli wniosek obejmuje dłuższy okres (więcej niż jedną hospitalizację / poradę), a liczba koniecznych do wprowadzenia kodów świadczeń jest większa niż jeden – należy wprowadzić kod najbardziej istotnego kodu świadczenia. Informacja ta traktowana jest jako uszczegółowienie wniosku (kod świadczenia nie będzie przedmiotem weryfikacji sprawozdawczo-rozliczeniowych).




Część G

W tym miejscu dostępne jest miejsce na wpisanie opisu uzasadnienia konieczności leczenia osoby innej płci, niż wskazuje na to profil komórki udzielającej świadczenia.

G. UZASADNIENIE	
G.1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI LECZENIA OSOBY PEŁNOLETNIEJ W ODDZIALE/PRZYCHODNI DLA DZIECI	
30-32. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia NIE DOTYCZY	
Opis (należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w polu nr 30-32. opcji „inne”) NIE DOTYCZY	
33. Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki NIE DOTYCZY	
G.2. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI LECZENIA OSOBY INNEJ PŁCI, NIŻ WSKAZUJE NA TO PROFIL KOMÓRKI UDZIELAJĄCEJ ŚWIADCZENIE	
34. Opis	

Części H i I

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji) oraz datę wystawienia wniosku.

H. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
35. Data od (RRRR-MM-DD)	36. Data do (RRRR-MM-DD)
<input type="text" value=""/> 	<input type="text" value=""/> 
I. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
37. Data (RRRR-MM-DD)	38. Podpis i pieczęć lekarza wnioskującego
<input type="text" value="2011-01-10"/> 
39. Data (RRRR-MM-DD)	40. Podpis i pieczęć dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie
<input type="text" value=""/>

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

3.2.14.2.3 Wniosek o rozliczenie świadczeń wykonanych w odstępie krótszym niż wynika to z zarządzeń Prezesa NFZ (6102)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.


Część A


Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU
1. Numer wniosku
A.2. WNIOSEK W SPRAWIE
2. Rozliczenie świadczeń wykonanych w odstępie krótszym niż wynika to z zarządzeń Prezesa NFZ

Część B


Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
3. Nazwa	Świadczeniodawca 08R/66666
4. Nr umowy	
5. Zakres świadczeń	
6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego	

Część C

Należy wprowadzić dane pacjenta:

C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
7. Imię	8. Nazwisko	
9. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
10. Identyfikator	10a. Płeć	10b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)
		

Jeżeli zostanie podany PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest ręczne uzupełnienie tych danych.

















Część D

Kolejnym znacznikiem jest zaznaczenie na wniosku, czy ma on charakter jednorazowy, czy raczej jest to wniosek na wiele różnych świadczeń następujących po sobie. Świadczenie udzielane jednorazowo oznacza, że rozliczenie indywidualne będzie miało zastosowanie tylko do określonych we wniosku zestawów świadczeń (np. dwóch hospitalizacji następujących po sobie w odstępie krótszym, niż wynika to z Zarządzeń Prezesa NFZ).

D. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
11. Świadczenie udzielane jednorazowo	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Świadczenie udzielane cyklicznie	<input type="checkbox"/>

Część E

Część ta dotyczy świadczenia, którego dotyczy wniosek o rozliczenie indywidualne – odpowiada to świadczeniu drugiemu w kolejności, które rozpoczęło się w okresie krótszym, niż wynika to z Zarządzenia Prezesa NFZ,

E. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
E.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
13. Kod rozpoznania zasadniczego	
14. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
15. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
16. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
E.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
17. Kod procedury medycznej	 18. Kod procedury medycznej 
19. Kod procedury medycznej	 20. Kod procedury medycznej 
21. Kod procedury medycznej	 22. Kod procedury medycznej 
23. Kod procedury medycznej	 24. Kod procedury medycznej 
25. Kod procedury medycznej	 26. Kod procedury medycznej 
E.3. DANE ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
27. Kod JGP	
27a. Kod świadczenia	

















Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego. Jeżeli wniosek obejmuje dłuższy okres (więcej niż jedną hospitalizację / poradę), a liczba koniecznych do wprowadzenia kodów świadczeń jest większa niż jeden – należy wprowadzić kod najbardziej istotnego kodu świadczenia. Informacja ta traktowana jest jako uszczegółowienie wniosku (kod świadczenia nie będzie przedmiotem weryfikacji sprawozdawczo-rozliczeniowych).

Wartości podawane w sekcjach E.3 i F.3 muszą być takie same z dokładnością do typu (grupa/świadczenie) i podanego kodu

Część F

Zawiera dane dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia (poprzednie świadczenie) – wypełnia się ją identycznie, jak w przypadku sekcji E.

F. DANE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA (POPRZEDNIE ŚWIADCZENIE)	
F.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
28. Kod rozpoznania zasadniczego	
29. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
30. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
31. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE, JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
32. Kod procedury medycznej 	33. Kod procedury medycznej 
34. Kod procedury medycznej 	35. Kod procedury medycznej 
36. Kod procedury medycznej 	37. Kod procedury medycznej 
38. Kod procedury medycznej 	39. Kod procedury medycznej 
40. Kod procedury medycznej 	41. Kod procedury medycznej 
F.3. DANE ROZLICZONEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
42. Kod JGP	
42a. Kod świadczenia	

Wartości podawane w sekcjach E.3 i F.3 muszą być takie same z dokładnością do typu (grupa/świadczenie) i podanego kodu

Część G

Należy uzasadnić wniosek.

G. UZASADNIENIE
43. Opis
<div style="background-color: #ffffcc; height: 60px; width: 100%;"></div>

Części H, I i J

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do

- świadczenia poprzedniego
- świadczenia kolejnego(-nych) udzielonego(-nych) w odstępie krótszym, niż wynika to z Zarządzeń Prezesa NFZ (odpowiada okresowi ważności decyzji)
- datę wystawienia wniosku.

H. DATA POPRZEDNIEGO ŚWIADCZENIA:	
44. Data od (RRRR-MM-DD) <input type="text"/>	45. Data do (RRRR-MM-DD) <input type="text"/>
I. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
46. Data od (RRRR-MM-DD) <input type="text"/>	47. Data do (RRRR-MM-DD) <input type="text"/>
J. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
48. Data (RRRR-MM-DD) 2011-01-10	49. Podpis i pieczętka lekarza wnioskującego
50. Data (RRRR-MM-DD)	51. Podpis i pieczętka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

3.2.14.2.4 Wniosek o rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w zarządzeniach Prezesa NFZ (6103)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Ważne – aktualnie wniosek z tej kategorii można złożyć jedynie dla świadczeń z rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Część A

Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU	
1. Numer wniosku <input type="text"/>	
A.2. WNIOSZEK W SPRAWIE	
2. Rozliczenie świadczeń, które zostały wykonane ponad limit dni określony w zarządzeniach Prezesa NFZ	


Część B

Należy wybierać jedną z opcji wskazujących, czy wniosek składany jest po raz pierwszy, czy jest to raczej kolejny wniosek o rozliczenie indywidualne:

B. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
3. Wnioskowanie po raz pierwszy <input checked="" type="checkbox"/>	4. Kolejny wniosek o indywidualne rozliczenie <input type="checkbox"/>

Część C

Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
5. Nazwa	Świadczeniodawca 08R/66666
6. Nr umowy	<input type="text"/>
7. Zakres świadczeń	<input type="text"/>
8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego	<input type="text"/>

Część D

Należy wprowadzić dane pacjenta:

D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
9. Imię	10. Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
<input type="text"/>		
12. Identyfikator	12a. Płeć	12b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jeżeli zostanie podany PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest ręczne uzupełnienie tych danych.

















Część E

Kolejnym znacznikiem jest zaznaczenie na wniosku, czy ma on charakter jednorazowy, czy raczej jest to wniosek na wiele różnych świadczeń następujących po sobie. Świadczenie udzielane jednorazowo oznacza, że rozliczenie indywidualne będzie miało zastosowanie tylko do jednego zestawu świadczeń (np. jednej hospitalizacji / jednej wizyty w poradni).

E. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
13. Świadczenie udzielane jednorazowo	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Świadczenie udzielane cyklicznie	<input type="checkbox"/>

Część F

W zależności od rodzaju świadczeń system różnie sprawdza wymagalność, jeżeli chodzi o liczbę wymaganych do podania informacji na temat rozpoznań wg ICD-10 oraz procedury medycznych wg ICD-9

F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
F.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
15. Kod rozpoznania zasadniczego	
16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
19. Kod procedury medycznej	 20. Kod procedury medycznej 
21. Kod procedury medycznej	 22. Kod procedury medycznej 
23. Kod procedury medycznej	 24. Kod procedury medycznej 
25. Kod procedury medycznej	 26. Kod procedury medycznej 
27. Kod procedury medycznej	 28. Kod procedury medycznej 
F.3. DANE ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
29. Kod JGP	
29a. Kod świadczenia	

Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego. Jeżeli wniosek obejmuje dłuższy okres (więcej niż jedną hospitalizację / poradę), a liczba koniecznych do wprowadzenia kodów świadczeń jest większa niż jeden – należy wprowadzić kod najbardziej istotnego kodu świadczenia. Informacja ta traktowana jest jako uszczegółowienie wniosku (kod świadczenia nie będzie przedmiotem weryfikacji sprawozdawczo-rozliczeniowych).

Część G

Należy wpisać uzasadnienie.

G. UZASADNIENIE
G.1. UZASADNIENIE konieczności przedłużenia pobytu ponad limit dni określony w zarządzeniu Prezesa NFZ
30. Opis
<div style="background-color: #ffffcc; height: 80px; width: 100%;"></div>

Części H i I

Należy uzupełnić:

- datę początku udzielania świadczeń
- datę od/do okresu udzielania świadczeń (powyżej limitu), których dotyczy wnioski (proponycja okresu ważności decyzji)
- datę wystawienia wniosku.

H. TERMINY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:	
31. Data początku udzielania świadczenia (RRRR-MM-DD) <input type="text"/>	
H.1. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
32. Data od (RRRR-MM-DD) <input type="text"/>	33. Data do (RRRR-MM-DD) <input type="text"/>
I. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
34. Data (RRRR-MM-DD) <input type="text" value="2011-01-10"/>	35. Podpis i pieczętka lekarza wnoszącego
36. Data (RRRR-MM-DD) <input type="text"/>	37. Podpis i pieczętka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnoszącego o rozliczenie

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status **Zatwierdzony**, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie **Wprowadzony** nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

3.2.14.2.5 Wniosek o rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza wartość 15 000 zł i wartość obliczaną wg wzoru określonego w § 22 ust. 1 pkt 1 obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ (6104)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Część A

Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU
1. Numer wniosku <input type="text"/>
A.2. WNIOSK W SPRAWIE
2. Rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza wartość 15 000 zł i wartość obliczaną wg wzoru określonego w § 22 ust. 1 pkt 1 obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

Część B

Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk . Po wskazaniu umowy pojawi się przycisk **Kosztorys** pozwalający na [wypełnienie kosztorysu](#).
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnoszącego

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSK	
3. Nazwa Świadczeniodawca 08R/66666/1	
4. Nr umowy 08R/66666/SIV/2012/031	Kosztorys
5. Zakres świadczeń 03.4260.040.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA - HOSPITALIZACJA	
6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnoszącego <input type="text"/>	

W sytuacji kiedy dla wybranego na wniosku typu umowy, w okresie wykonywania świadczeń i dla tego samego świadczeniodawcy nie ma innych umów, po przejściu na kosztorys, do [sekcji B](#) wpisywana jest umowa z wniosku.

Zakresy wybierane w ramach **sekcji C** są z tej umowy. W przypadku kiedy dla w/w warunków jest więcej umów to po przejściu na kosztorys, **sekcja B** jest pusta i należy ją wypełnić.

Część C

Należy wprowadzić dane pacjenta:

C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
7. Imię	8. Nazwisko	
9. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
PESEL		
10. Identyfikator	10a. Płeć	10b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)

Jeżeli zostanie podany PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest ręczne uzupełnienie tych danych.

Część D

Część ta dotyczy świadczenia, którego dotyczy wnioski o rozliczenie indywidualne. Wymagane jest podanie:

- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych
- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

D. DANE DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI	
D.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
11. Kod rozpoznania zasadniczego	
12. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
13. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
14. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
D.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
15. Kod procedury medycznej	16. Kod procedury medycznej
17. Kod procedury medycznej	18. Kod procedury medycznej
19. Kod procedury medycznej	20. Kod procedury medycznej
21. Kod procedury medycznej	22. Kod procedury medycznej
23. Kod procedury medycznej	24. Kod procedury medycznej
D.3. DANE PODSTAWOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
25. Kod JGP	
25a. Kod świadczenia	
26. Data początku (RRRR-MM-DD)	27. Data końca (RRRR-MM-DD)

Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP (np. świadczenia z katalogu 1b) konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego.

Część E, F

- nie dotyczy tej kategorii wniosku

Część G

Należy uzasadnić wniosek poprzez wskazanie jednej z predefiniowanych odpowiedzi lub – wybierając Inne – wprowadzić swoje uzasadnienie.

G. UZASADNIENIE	
49. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia	
Inne	
50. Opis (należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w polu nr 49 opcji „inne”)	
<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	

Część H

Należy wprowadzić wnioskowaną wartość decyzji.

H. WNISKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA	
51. Wartość w zł	
0,00	

Część I i J

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji) oraz datę wystawienia wniosku.

I. WNISKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
52. Data od (RRRR-MM-DD)	53. Data do (RRRR-MM-DD)
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
J. POTWIEDZENIE FORMALNE WNISKU	
54. Data (RRRR-MM-DD)	55. Podpis i pieczętka lekarza wnioskującego
<input type="text" value="2011-01-10"/>	<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 40px;"></div>
56. Data (RRRR-MM-DD)	57. Podpis i pieczętka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie
<input type="text" value=""/>	<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 40px;"></div>


Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

3.2.14.2.5.1 Kosztorys

W przypadku tworzenia wniosku kategorii 6104 "rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza wartość 15 000 zł i wartość obliczaną wg wzoru określonego w § 22 ust. 1 pkt 1 obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ" należy również wypełnić kosztorys. Przycisk umożliwiający wypełnienie kosztorysu dostępny jest po wskazaniu

umowy w części B wprowadzanego wniosku.

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
3. Nazwa	Świadczeniodawca 08R/66666/1
4. Nr umowy	08R/66666/SIV/2012/031 Kosztorys 
5. Zakres świadczeń	03.4260.040.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA - HOSPITALIZACJA
6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego	

Po otwarciu kosztorysu dostępne są następujące elementy:


- **Sekcja A - Specyfikacja kosztowa wniosku**

A. SPECYFIKACJA KOSZTOWA WNIOSKU

1. Numer wniosku

Poz. 1 w kosztorysie jest automatycznie przepisana z wniosku

- **Sekcja B - Termin realizacji świadczenia**

B. TERMIN REALIZACJI ŚWIADCZENIA		
1a. Numer umowy 		
2. Zakres świadczeń w którym rozliczane jest świadczenie		3. Cena za punkt
4. Data od (RRRR-MM-DD) 2014-10-30	5. Data do (RRRR-MM-DD) 2014-11-20	6. Osobodni : 21

W sytuacji kiedy dla wybranego na wniosku typu umowy, w okresie wykonywania świadczeń i dla tego samego świadczeniodawcy nie ma innych umów, po przejściu na kosztorys, do [sekcji B](#) wpisywana jest umowa z wniosku. Zakresy wybierane w ramach [sekcji C](#) są z tej umowy. W przypadku kiedy dla w/w warunków jest więcej umów to po przejściu na kosztorys, [sekcja B](#) jest pusta i należy ją wypełnić.

Poz. 1 jest automatycznie przepisana z wcześniej wypełnionego wniosku (poz. 4 we wniosku) jeżeli dla tego samego świadczeniodawcy w okresie wykonywania świadczeń nie ma innych umów. W przypadku kiedy w okresie wykonywania świadczeń jest więcej umów to pole jest puste i należy je wypełnić. Wybór umowy jest ograniczony atrybutami wynikającymi z wniosku:

- umowa w kosztorysie i wniosku musi dotyczyć tego samego świadczeniodawcy
- typ umowy w kosztorysie jest zgodny z typem umowy wybranej we wniosku
- umowa wybrana w kosztorysie obowiązuje w dniu wynikającym z daty końca realizacji świadczenia

Poz. 2 jest automatycznie przepisana z danych o umowie i jej zakresie.

Poz. 3 jest automatycznie przepisana z danych o umowie i jej zakresie.

Poz. 4 i poz. 5

- przepisane z wcześniej wypełnionego wniosku (poz. 52 i poz. 53 wniosku – jeżeli wypełnione),
- poz. 4 przyjmuje automatycznie wartość pola nr 9, natomiast poz. 5 przyjmuje wartość z poz. 10n (n – dla ostatniego świadczenia, np. 10c)


Poz. 6 jest automatycznie wyliczona z różnicy poz. 5 i poz. 4

- przy założeniu, że pierwszy i ostatni dzień liczy się jako jeden

• Sekcja C - Realizacja świadczenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych





C. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ W POSZCZEGÓLNYCH KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH		Dodaj świadczenie
Usuń ostatnie świadczenie		

Liczba podsekcji (np. C1.1, C2.1, C3.1, ..., Cx) jest zmienna i dodawana dynamicznie przez użytkownika
Data zakończenia wcześniejszego pobytu równa jest dacie początku kolejnego

Dodanie kolejnego zakresu ma miejsce poprzez kliknięcie przycisku  i wybranie umowy ze słownika, w którym:

- jeśli podany jest zakres i świadczenia – postać opisu będzie taka jak C1.1 na wzorze
- jeśli podany jest zakres „specjalny” (czyli to co wymienione pomiędzy C2.1 i C2.2 na wzorze) wtedy opcje są następujące:
 - świadczeniodawca może wypełnić równocześnie sekcję Cx.1 i Cx.2,
 - świadczeniodawca może wypełnić tylko Cx.1 albo tylko Cx.2,
 - świadczeniodawca może nie wypełnić żadnej z sekcji tj. ani Cx.1 ani Cx.2, tylko samą część Cx.

Podczas wyboru zakresu świadczeń słownik zakresów świadczeń jest zawężony do umowy pochodzącej z głównego wniosku. Kod ten jest na stałe wpisany do filtra i pole jest zablokowane do edycji.

C. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ W POSZCZEGÓLNYCH KOMÓRKACH ORGANIZACYJNYCH		Dodaj świadczenie		
C1				
7a. Zakres świadczeń w którym rozliczane jest świadczenie 03.4000.030.02 - CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA		8a. Cena za punkt 50,00 zł		
9a. Data od (RRRR-MM-DD) 2014-03-01	10a. Data do (RRRR-MM-DD) 2014-03-02 	11a. Osobodni : 1		
C1.1 WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ Z KATALOGU ŚWIADCZEŃ DO SUMOWANIA (inne niż rozliczane wg skali TISS)				
Lp.	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Liczba	Całkowita wartość w PLN
			12. Suma:	0,00
C2				
7b. Zakres świadczeń w którym rozliczane jest świadczenie 03.4261.050.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI II POZIOM REFERENCYJNY - HOSPITALIZACJA		8b. Cena za punkt 30,00 zł		
9b. Data od (RRRR-MM-DD) 2014-03-02	10b. Data do (RRRR-MM-DD) 	11b. Osobodni : 0		
C2.1 WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ Z KATALOGU ŚWIADCZEŃ DO SUMOWANIA (inne niż rozliczane wg skali TISS)				
Lp.	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Liczba	Całkowita wartość w PLN
			12. Suma:	0,00
Jeśli wskazywanym zakresem jest : 03.4260.040.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA - HOSPITALIZACJA, 03.4260.050.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA II POZIOM REFERENCYJNY – HOSPITALIZACJA, 03.4261.040.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI – HOSPITALIZACJA ,03.4261.050.02 - ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI II POZIOM REFERENCYJNY – HOSPITALIZACJA należy wypełnić sekcję C2.1 (z wyjątkiem świadczeń finansowanych z innych źródeł).				
C2.1 WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ Z KATALOGU ŚWIADCZEŃ DO SUMOWANIA ROZLICZANYCH WEDŁUG SKALI TISS-28 LUB TISS-28 DLA DZIECI				
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii				
Dzień pobytu	Kod produktu jednostkowego określający liczbę pkt w skali TISS-28 / TISS-28 dla dzieci			Wartość w PLN
		13b. Suma:		0,00

• Sekcja D - Koszty medyczne świadczenia (poza świadczeniami rozliczonymi w skali TISS)

D. KOSZTY MEDYCZNE ŚWIADCZEŃ (innych niż świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania wykazane w sekcji C)				
D1. Badania laboratoryjne				
Lp.	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość w PLN
+	Importuj z pliku: <input type="button" value="Wybierz plik"/> Nie wybrano pliku <input type="button" value="Importuj"/>		Suma :	0,00
D2. Badania histopatologiczne				
Lp.	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość w PLN
+	Importuj z pliku: <input type="button" value="Wybierz plik"/> Nie wybrano pliku <input type="button" value="Importuj"/>		Suma :	0,00
D3. Diagnostyka nie laboratoryjna				
Lp.	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość w PLN
+	Importuj z pliku: <input type="button" value="Wybierz plik"/> Nie wybrano pliku <input type="button" value="Importuj"/>		Suma :	0,00
D4. Środki farmaceutyczne				
Lp.	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość w PLN
+	Importuj z pliku: <input type="button" value="Wybierz plik"/> Nie wybrano pliku <input type="button" value="Importuj"/>		Suma :	0,00
D5. Materiały medyczne				
Lp.	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość w PLN
+	Importuj z pliku: <input type="button" value="Wybierz plik"/> Nie wybrano pliku <input type="button" value="Importuj"/>		Suma :	0,00
D6. Koszty osobowe personelu medycznego				
Lp.	Nazwa	Wartość w PLN		
1	Dot. zabiegów na bloku operacyjnym (personel stały bloku op.)+koszty osobowe znieczulenia	<input type="text" value="0,00"/>		
2	Związane z hospitalizacją (poza blokiem operacyjnym) w oddziale szpitalnym	<input type="text" value="0,00"/>		
			Suma :	0,00
D7. Koszty świadczeń wykonanych przez podwykonawcę (inne, niż wymienione powyżej)				
Lp.	Nazwa	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość w PLN
+	Importuj z pliku: <input type="button" value="Wybierz plik"/> Nie wybrano pliku <input type="button" value="Importuj"/>		Suma :	0,00
D8. Koszty transportu sanitarnego (nie finansowanego odrębnie)				
Lp.	Nazwa	Wartość w PLN		
+	Importuj z pliku: <input type="button" value="Wybierz plik"/> Nie wybrano pliku <input type="button" value="Importuj"/>		Suma :	0,00
22. Ogólna wartość medycznych kosztów świadczeń (innych niż świadczenia z katalogu do sumowania tj. poz. 14+15+16+17+18+19+20+21)				0,00

Każda z podsekcji części D posiada możliwość importu danych z pliku tekstowego. Wybór pliku umożliwia przycisk , a rozpoczęcie importu przycisk . Zakłada się, że plik z danymi do specyfikacji kosztowej będzie spełniał następujące wymagania:

1. Kolumny:
 - a. Nazwa
 - b. Liczba
 - c. Cena jednostkowa
2. Końce linii
 - a. Poszczególne rekordy rozdzielone są znakami końca linii (CRLF).
 - b. Ostatnia linia w pliku może nie zawierać znaku końca linii
3. Separator - wartości pól zgodnie z nazwą formatu rozdzielone są:

- a. znakiem średnika
- b. tabulatorem

4. Wartości pól mogą być ujęte w cudzysłowy

- a. Wartości zawierające używany znak separatora (średnik, znak tabulacji) muszą być ujęte w cudzysłowy
- b. Aby w treści pola umieścić cudzysłów należy wpisać znak cudzysłowu dwukrotnie, całą wartość ujmując w cudzysłowy

• **Pozostałe sekcje**

E. KOSZTY MEDYCZNE ŚWIADCZENIA (poz.22)	
23. Wartość w zł	0,00
F. KOSZTY POZAMEDYCZNE tj. całkowity koszt hospitalizacji pomniejszony o koszty medyczne hospitalizacji (poz.22).	
24. Wartość w zł	<input type="text" value="0,00"/>
G. WNIOSKOWANY CAŁKOWITY KOSZT ŚWIADCZENIA (poz.23 + poz.24)	
25. Wartość w zł	0,00

Poz. 24 – edytowalna i uzupełniana przez świadczeniodawcę

Kliknięcie przycisku **OK** spowoduje zatwierdzenie kosztorysu jednakże nie spowoduje zapisania go w bazie danych. Zapisanie kosztorysu spowoduje kliknięcie przycisku **Zapisz** znajdującego się na wniosku.

3.2.14.2.6 Wniosek o rozliczenie świadczenia, którego rozliczenie właściwej grupy JGP dopuszczono z wyższego poziomu referencyjnego, a świadczenia udzielono w trybie nagłym udzielono w trybie nagłym (6105)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.


Część A


Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU	
1. Numer wniosku	<input type="text"/>
A.2. WNIOSK W SPRAWIE	
2. Rozliczenie świadczenia, które jest dopuszczane do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym	

Część B

Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSK	
3. Nazwa	Świadczeniodawca 08R/66666
4. Nr umowy	<input type="text"/> 
5. Zakres świadczeń	<input type="text"/>
6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego	<input type="text"/>

Część C

Należy wprowadzić dane pacjenta:


















C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
7. Imię	8. Nazwisko	
9. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
PESEL		
10. Identyfikator	10a. Płeć	10b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)

Jeżeli zostanie podany PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest ręczne uzupełnienie tych danych.

Część D

Część ta dotyczy świadczenia, którego dotyczy wnioski o rozliczenie indywidualne. Wymagane jest podanie:

- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych
- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

D. DANE DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI	
D.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
11. Kod rozpoznania zasadniczego	
12. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
13. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
14. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
D.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
15. Kod procedury medycznej	 16. Kod procedury medycznej 
17. Kod procedury medycznej	 18. Kod procedury medycznej 
19. Kod procedury medycznej	 20. Kod procedury medycznej 
21. Kod procedury medycznej	 22. Kod procedury medycznej 
23. Kod procedury medycznej	 24. Kod procedury medycznej 
D.3. DANE PODSTAWOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
25. Kod JGP 	
25a. Kod świadczenia	
26. Data początku (RRRR-MM-DD)	27. Data końca (RRRR-MM-DD)
<input type="text"/> 	<input type="text"/> 

Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP (np. świadczenia z katalogu 1b) konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego.

Część E, F

- nie dotyczy tej kategorii wniosku

Część G

Należy wskazać predefiniowaną odpowiedź:

G. UZASADNIENIE	
49. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia	Odmowa świadczeniodawcy o wyższym poziomie referencyjnym
50. Opis (należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w polu nr 49 opcji „inne”)	
NIE DOTYCZY	

Część H

Należy wprowadzić wnioskowaną wartość decyzji.

H. WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA	
51. Wartość w zł	0,00

Część I i J

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji) oraz datę wystawienia wniosku.

I. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
52. Data od (RRRR-MM-DD)	53. Data do (RRRR-MM-DD)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
J. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
54. Data (RRRR-MM-DD)	55. Podpis i pieczętka lekarza wnioskującego
<input type="text"/>
56. Data (RRRR-MM-DD)	57. Podpis i pieczętka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie
<input type="text"/>

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status Zatwierdzony, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie Wprowadzony nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

3.2.14.2.7 Wniosek o rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie (określone we wniosku) warunki (6106)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.


Część A


Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU	
1. Numer wniosku	<input type="text"/>
A.2. WNIOSEK W SPRAWIE	
2. Rozliczenie świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie poniższe warunki	
<ul style="list-style-type: none"> - w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala, - inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala, - jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego, - nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem, - nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego, - odrębny problem zdrowotny kwalifikuje się do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie 	

Część B


Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
3. Nazwa	Świadczeniodawca 08R/66666
4. Nr umowy	
5. Zakres świadczeń	
6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego	<input type="text"/>

Część C

Należy wprowadzić dane pacjenta:


















C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
7. Imię	8. Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
PESEL 		
10. Identyfikator	10a. Płeć	10b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)
<input type="text"/>		

Jeżeli zostanie podany PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest ręczne uzupełnienie tych danych.

Część D

Część ta dotyczy świadczenia, którego dotyczy wniosek o zgodę. Wymagane jest podanie:

- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych
- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

D. DANE DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI	
D.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
11. Kod rozpoznania zasadniczego	
12. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
13. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
14. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
D.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
15. Kod procedury medycznej 	16. Kod procedury medycznej 
17. Kod procedury medycznej 	18. Kod procedury medycznej 
19. Kod procedury medycznej 	20. Kod procedury medycznej 
21. Kod procedury medycznej 	22. Kod procedury medycznej 
23. Kod procedury medycznej 	24. Kod procedury medycznej 
D.3. DANE PODSTAWOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
25. Kod JGP 	
25a. Kod świadczenia	
26. Data początku (RRRR-MM-DD) 	27. Data końca (RRRR-MM-DD) 
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP (np. świadczenia z katalogu 1b) konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego.


















Część E

W pierwszej kolejności należy potwierdzić, że świadczenie wszystkie warunki niezbędne do rozliczenia dodatkowej grupy JGP, tj.

- w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala,
- inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala,
- jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem,
- nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego,
- odrębny problem zdrowotny kwalifikuje się do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie

Zaznaczenie odpowiedzi innej niż „Spełnia jednocześnie wszystkie warunki” zablokuje możliwość zatwierdzenia wniosku i jego wydruku.

W kolejnej części (część E.2., E.3. i E.4.) należy uzupełnić dane świadczenia dodatkowego – dokładnie w ten sam sposób, jak ma to miejsce dla świadczenia podstawowego (patrz część D).


E. DANE DOTYCZĄCE DODATKOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
E.1. CZY WSZYSTKIE WARUNKI NIEZBĘDNE DO ROZLICZENIA DODATKOWEJ GRUPY JGP ZOSTAŁY SPEŁNIONE? - w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala, - inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala, - jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego, - nie może być rozwiązany jednoczesnym zabiegiem, - nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego, - odrębny problem zdrowotny kwalifikuje się do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie	
28. Spełnia jednocześnie wszystkie warunki <input type="checkbox"/>	29. Nie spełnia jednocześnie wszystkich warunków <input type="checkbox"/>
E.2. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
30. Kod rozpoznania zasadniczego	
31. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
32. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
33. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
E.3. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE, JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
34. Kod procedury medycznej 	35. Kod procedury medycznej 
36. Kod procedury medycznej 	37. Kod procedury medycznej 
38. Kod procedury medycznej 	39. Kod procedury medycznej 
40. Kod procedury medycznej 	41. Kod procedury medycznej 
42. Kod procedury medycznej 	43. Kod procedury medycznej 
E.4. DANE DODATKOWEJ GRUPY JGP	
44. Kod JGP 	
44a. Kod świadczenia	
45. Data początku (RRRR-MM-DD) 	46. Data końca (RRRR-MM-DD) 

Część F

- nie dotyczy tej kategorii wniosku

Część G

Należy uzasadnić wniosek poprzez wskazanie jednej z predefiniowanych odpowiedzi lub – wybierając Inne – wprowadzić swoje uzasadnienie.

G. UZASADNIENIE
49. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia Inne 
50. Opis (należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w polu nr 49 opcji „inne”) <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>

Część H

Należy wprowadzić wnioskowaną wartość decyzji.

H. WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA
51. Wartość w zł <input type="text" value="0,00"/>

Część I i J

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji) oraz datę wystawienia wniosku.

I. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
52. Data od (RRRR-MM-DD) <input type="text"/>	53. Data do (RRRR-MM-DD) <input type="text"/>
J. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
54. Data (RRRR-MM-DD) 2011-01-10	55. Podpis i pieczętka lekarza wnioskującego
56. Data (RRRR-MM-DD)	57. Podpis i pieczętka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

3.2.14.2.8 Wniosek o rozliczenie świadczenia, gdy w trakcie tej samej hospitalizacji wykonano więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych (6107)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.


Część A


Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU
1. Numer wniosku
A.2. WNIOSZEK W SPRAWIE
2. Rozliczenie świadczenia obejmującego więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych w trakcie tej samej hospitalizacji

Część B

Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSZEK
3. Nazwa Świadczeniodawca 08R/66666
4. Nr umowy 
5. Zakres świadczeń
6. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego <input type="text"/>

Część C

Należy wprowadzić dane pacjenta:
















C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
7. Imię	8. Nazwisko	
9. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
PESEL		
10. Identyfikator	10a. Płeć	10b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)

Jeżeli zostanie podany PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest ręczne uzupełnienie tych danych.

Część D

Część ta dotyczy świadczenia, którego dotyczy wniosek o zgodę. Wymagane jest podanie:

- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych
- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

D. DANE DOTYCZĄCE HOSPITALIZACJI	
D.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
11. Kod rozpoznania zasadniczego	
12. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
13. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
14. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
D.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
15. Kod procedury medycznej	
16. Kod procedury medycznej	
17. Kod procedury medycznej	
18. Kod procedury medycznej	
19. Kod procedury medycznej	
20. Kod procedury medycznej	
21. Kod procedury medycznej	
22. Kod procedury medycznej	
23. Kod procedury medycznej	
24. Kod procedury medycznej	
D.3. DANE PODSTAWOWEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
25. Kod JGP	
25a. Kod świadczenia	
26. Data początku (RRRR-MM-DD)	27. Data końca (RRRR-MM-DD)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP (np. świadczenia z katalogu 1b) konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego.

Część E

- nie dotyczy tej kategorii wniosku

Część F

W tej sekcji należy podać ile razy dokonano przeszczepienia komórek krwiotwórczych oraz w jakich terminach.

Daty nie mogą na siebie nachodzić.

F. DANE DOTYCZĄCE ROZLICZANIA PRZESZCZEPIENIA KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH	
47. Ile razy dokonano przeszczepienia komórek krwiotwórczych	
<input type="text" value="2"/>	Aktualizuj
48. Data wykonania przeszczepienia komórek krwiotwórczych (RRRR-MM-DD)	
01. <input type="text"/>	02. <input type="text"/>

Część G

Należy uzasadnić wniosek poprzez wskazanie jednej z predefiniowanych odpowiedzi lub – wybierając Inne – wprowadzić swoje uzasadnienie.

G. UZASADNIENIE
49. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia
<input type="text" value="Inne"/>
50. Opis (należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w polu nr 49 opcji „inne”)
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>

Część H

Należy wprowadzić wnioskowaną wartość decyzji.

H. WNIOSKOWANY KOSZT ŚWIADCZENIA
51. Wartość w zł
<input type="text" value="0,00"/>

Część I i J

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji) oraz datę wystawienia wniosku.

I. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
52. Data od (RRRR-MM-DD)	53. Data do (RRRR-MM-DD)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
J. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
54. Data (RRRR-MM-DD)	55. Podpis i pieczętka lekarza wnioskującego
<input type="text" value="2011-01-10"/>	
56. Data (RRRR-MM-DD)	57. Podpis i pieczętka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie
 	

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

3.2.14.2.9 Wniosek o rozliczenie świadczeń, gdy kolejna hospitalizacja jest rozpoczęta w dniu zakończenia innej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy (6108)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Część A

Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU	
1. Numer wniosku	
A.2. WNIOSZEK W SPRAWIE	
2. Rozliczenie świadczeń, gdy kolejna hospitalizacja jest rozpoczęta w dniu zakończenia innej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy	

Część B

Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego

B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSZEK	
3. Nazwa	Niepubliczna przychodnia Jutrzenka
4. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego	

Część C


Należy wprowadzić dane pacjenta:


















C. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
5. Imię	6. Nazwisko	
7. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
▼		
8. Identyfikator	8a. Płeć	8b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)
	▼	

Jeżeli zostanie podany PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest ręczne uzupełnienie tych danych.

Część D

Część ta dotyczy świadczenia, którego dotyczy wniosek. Wymagane jest podanie:

- numer umowy i zakres świadczeń – przycisk 
- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych
- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

D. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
D.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
9. Nr umowy	
10. Zakres świadczeń	
11. Kod rozpoznania zasadniczego	
12. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
13. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
14. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
D.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
15. Kod procedury medycznej	 16. Kod procedury medycznej 
17. Kod procedury medycznej	 18. Kod procedury medycznej 
19. Kod procedury medycznej	 20. Kod procedury medycznej 
21. Kod procedury medycznej	 22. Kod procedury medycznej 
23. Kod procedury medycznej	 24. Kod procedury medycznej 
D.3. DANE WNIOSKOWANEGO ŚWIADCZENIA /JGP	
25. Kod JGP	
25a. Kod świadczenia	


Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.
















Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP (np. świadczenia z katalogu 1b) konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego.

Dla dodawanych do wniosku świadczeń w w typie umowy 03/3 niemożliwe jest wskazanie grupy JGP, natomiast możliwe jest wskazanie świadczenia z katalogu „1e” dla umowy i wybranego zakresu świadczeń.

Część E

Część ta dotyczy przebiegi dotychczasowego leczenia (poprzedniego świadczenia), którego dotyczy wniosek. Wymagane jest podanie:

- numer umowy i zakres świadczeń – przycisk 
- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych
- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

E. DANE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU DOTYCHCZASOWEGO LECZENIA (POPRZEDNIE ŚWIADCZENIE)	
E.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
26. Nr umowy	
26a. Zakres świadczeń	
27. Kod rozpoznania zasadniczego	
28. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
29. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
30. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
E.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE, JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
31. Kod procedury medycznej	 32. Kod procedury medycznej 
33. Kod procedury medycznej	 34. Kod procedury medycznej 
35. Kod procedury medycznej	 36. Kod procedury medycznej 
37. Kod procedury medycznej	 38. Kod procedury medycznej 
E.3. DANE ROZLICZONEJ JGP/ŚWIADCZENIA	
39. Kod JGP	
39a. Kod świadczenia	

Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP (np. świadczenia z katalogu 1b) konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego.



Część F

W tej sekcji należy podać uzasadnienie wniosku.

F. UZASADNIENIE
40. Opis
<div style="background-color: #ffffcc; height: 100px; width: 100%;"></div>

Część G

W tej sekcji należy wprowadzić daty poprzedniego świadczenia (od - do) oraz podać czas i wybrać tryb wypisu





G. DATA POPRZEDNIEGO ŚWIADCZENIA:	
41. Data od (RRRR-MM-DD)	42. Data do (RRRR-MM-DD)
<input type="text"/> 	<input type="text"/> 
42a. Czas wypisu (HH:MM)	42b. Tryb wypisu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Część H

- nie dotyczy tej kategorii wniosku

Część I i J

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (propozycję terminu ważności decyzji), czas i tryb przyjęcia oraz datę wystawienia wniosku.

I. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
43. Data od (RRRR-MM-DD) <input type="text"/> 	44. Data do (RRRR-MM-DD) <input type="text"/> 
43a. Czas przyjęcia (HH:MM) <input type="text"/>	44b. Tryb przyjęcia 3 - Przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki 
J. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
48. Data (RRRR-MM-DD) 2013-12-19 	49. Podpis i pieczętka lekarza wnioskującego
50. Data (RRRR-MM-DD)	51. Podpis i pieczętka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

3.2.14.2.10 Wniosek o rozliczenie świadczeń udzielanych świadczeniobiorcy w wieku poniżej 60 roku życia na oddziale psychogeriatrycznym (6109)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Część A

Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU	
1. Numer wniosku	
A.2. WNIOSZEK W SPRAWIE	
2. Rozliczenie świadczeń udzielanych świadczeniobiorcy w wieku poniżej 60 roku życia na oddziale psychogeriatrycznym	


Część B

Należy wybierać jedną z opcji wskazujących, czy wniosek składany jest po raz pierwszy, czy jest to raczej kolejny wniosek o rozliczenie indywidualne:

B. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
3. Wnioskowanie po raz pierwszy <input checked="" type="checkbox"/>	4. Kolejny wniosek o indywidualne rozliczenie <input type="checkbox"/>

Część C

Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego
- numer PESEL osoby wnioskującej - pole jest wymagane w sytuacji gdy świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza

C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
5. Nazwa	Szpital
6. Nr umowy	
7. Zakres świadczeń	
8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego (dla świadczeniodawców zatrudniających lekarza)*	
*W przypadku, gdy świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza w przedmiotowym zakresie należy wypełnić pole 8a.	
8.a. PESEL osoby wnioskującej	

Część D

Należy wprowadzić dane pacjenta:

D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
9. Imię	10. Nazwisko	
11. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
12. Identyfikator	12a. Płeć	12b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)

Jeżeli zostanie podany PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest ręczne uzupełnienie tych danych.

Część E

Kolejnym znacznikiem jest zaznaczenie na wniosku, czy ma on charakter jednorazowy, czy raczej jest to wniosek na wiele różnych świadczeń następujących po sobie. Świadczenie udzielane jednorazowo oznacza, że rozliczenie indywidualne będzie miało zastosowanie tylko do jednego zestawu świadczeń (np. jednej hospitalizacji / jednej wizyty w poradni).
















E. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
13. Świadczenie udzielane jednorazowo	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Świadczenie udzielane cyklicznie	<input type="checkbox"/>

Część F

W zależności od tego, czy wniosek dotyczy świadczeń ambulatoryjnych czy szpitalnych różnie wygląda wymagalność, jeżeli chodzi o dane dotyczące świadczenia. W przypadku leczenia zamkniętego wymagane jest podanie:

- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych
- kodu grupy JGP i/lub kodu świadczenia

Dla świadczeń ambulatoryjnych wystarczy podać rozpoznanie zasadnicze.

F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
F.1. PRZYCZYNY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
15. Kod rozpoznania zasadniczego	
16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
19. Kod procedury medycznej	 20. Kod procedury medycznej 
21. Kod procedury medycznej	 22. Kod procedury medycznej 
23. Kod procedury medycznej	 24. Kod procedury medycznej 
25. Kod procedury medycznej	 26. Kod procedury medycznej 
27. Kod procedury medycznej	 28. Kod procedury medycznej 
F.3. DANE ROZLICZANEJ JGP/ŚWIADCZENIA (należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca w sekcji E zaznaczył „świadczenie udzielane jednorazowo”)	
29. Kod JGP	
29a. Kod świadczenia	

Kod grupy JGP jest sprawdzany na zgodność z algorytmem wyznaczania grup JGP w oparciu o dane podane na wniosku takie jak: płeć, wiek, okres trwania świadczenia, rozpoznania i procedury. W przypadku niezgodności system o tym poinformuje, jednak nie zablokuje dalszego postępowania.

Alternatywnie – w przypadkach, gdy rodzaj świadczeń nie obejmuje rozliczeń przy wykorzystaniu JGP konieczne jest podanie kodu świadczenia jednostkowego. Jeżeli wniosek obejmuje dłuższy okres (więcej niż jedną hospitalizację / poradę), a liczba koniecznych do wprowadzenia kodów świadczeń jest większa niż jeden – należy wprowadzić kod najbardziej istotnego kodu świadczenia. Informacja ta traktowana jest jako uszczegółowienie wniosku (kod świadczenia nie będzie przedmiotem weryfikacji sprawozdawczo-rozliczeniowych).

Część G

W tym miejscu dostępne jest miejsce na wpisanie opisu uzasadnienia konieczności udzielenia świadczenia psychogeriatrycznego świadczeniobiorcy w wieku poniżej 60 roku życia.

G. UZASADNIENIE	
G.1. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI LECZENIA OSOBY PEŁNOLETNIEJ W ODDZIALE/PRZYCHODNI DLA DZIECI	
30-32. Uzasadnienie realizacji świadczenia wnioskowanego do rozliczenia	
NIE DOTYCZY	
Opis (należy wypełnić w przypadku zaznaczenia w polu nr 30-32. opcji „inne”)	
NIE DOTYCZY	
33. Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki (wypełniane w przypadku PSY, REH, SPO)	
NIE DOTYCZY	
G.2. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI LECZENIA OSOBY INNEJ PŁCI, NIŻ WSKAZUJE NA TO PROFIL KOMÓRKI UDZIELAJĄCEJ ŚWIADCZENIE	
34. Opis	
NIE DOTYCZY	
G.3. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI UDZIELENIA ŚWIADCZENIA PSYCHGERIATRYCZNEGO ŚWIADCZENIOBIORCY W WIEKU PONIŻEJ 60 ROKU ŻYCIA	
35. Opis	
<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	

Części H i I

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (proponując termin ważności decyzji) oraz datę wystawienia wniosku.

H. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
36. Data od (RRRR-MM-DD) <input type="text"/>	37. Data do (RRRR-MM-DD) <input type="text"/>
I. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
38. Data (RRRR-MM-DD) 2013-12-19	39. Podpis i pieczętka lekarza wnioskującego
40. Data (RRRR-MM-DD)	41. Podpis i pieczętka dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

3.2.14.2.11 Wniosek o rozliczenie przedłużonego czasu rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych (6110)

Nowy wniosek ma status *Wprowadzony*. Informacja ta widoczna jest w górnym lewym rogu. W każdej chwili można zapisać swoją roboczą wersję wniosku poprzez kliknięcie przycisku **Zapisz**.

Część A

Wypełnia się automatycznie.

A.1. IDENTYFIKACJA WNIOSKU
1. Numer wniosku <input type="text"/>
A.2. WNIOSEK W SPRAWIE
2. Rozliczenie przedłużonego czasu trwania rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych


Część B

Należy wybierać jedną z opcji wskazujących, czy wniosek składany jest po raz pierwszy, czy jest to raczej kolejny wniosek o rozliczenie indywidualne:

B. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
3. Wnioskowanie po raz pierwszy <input checked="" type="checkbox"/>	4. Kolejny wniosek o indywidualne rozliczenie <input type="checkbox"/>

Część C

Należy uzupełnić o dane dotyczące świadczeniodawcy, czyli:

- numer umowy i zakres świadczeń (związany z poradnią/oddziałem) – przycisk 
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego
- numer PESEL fizjoterapeuty realizującego fizjoterapię domową
- numer prawa wykonywania zawodu lekarza podejmującego decyzję o przedłużeniu czasu trwania fizjoterapii domowej

C. DANE ŚWIADCZENIODAWCY SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK	
5. Nazwa	PRZYKŁADOWY SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO1
6. Nr umowy	<input type="text"/>
7. Zakres świadczeń	<input type="text"/>
8. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza wnioskującego	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> W przypadku gdy świadczeniodawca nie zatrudnia lekarza należy wypełnić pole 8a, a w polu 8 b wpisać numer prawa wykonywania zawodu lekarza podejmującego decyzję o przedłużeniu czasu trwania fizjoterapii domowej (zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z późn. zmianami). Do wersji papierowej poniższego wniosku należy dołączyć ww. decyzję pod rygorem odrzucenia wniosku.	
8.a . PESEL fizjoterapeuty realizującego fizjoterapię domową	<input type="text"/>
8.b Numer prawa wykonywania zawodu lekarza podejmującego decyzję o przedłużeniu czasu trwania fizjoterapii domowej	<input type="text"/>

Część D

Należy wprowadzić dane pacjenta:

D. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY		
9. Imię	<input type="text"/>	
10. Nazwisko	<input type="text"/>	
11. Typ identyfikatora (zgodnie z tabelą 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ)		
<input type="text"/>		
12. Identyfikator	12a. Płeć	12b. Data urodzenia (gdy typ identyfikatora inny niż PESEL świadczeniobiorcy/inny niż NN i NW)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jeżeli zostanie podany PESEL pacjenta, wówczas system automatycznie uzupełni dane dotyczące płci oraz daty urodzenia pacjenta. W pozostałych przypadkach, np. gdy podawany jest PESEL opiekuna – konieczne jest ręczne uzupełnienie tych danych.

Część E















Kolejnym znacznikiem jest zaznaczenie na wniosku, czy ma on charakter jednorazowy, czy raczej jest to wniosek na wiele różnych świadczeń następujących po sobie. Świadczenie udzielane jednorazowo oznacza, że rozliczenie indywidualne będzie miało zastosowanie tylko do jednego zestawu świadczeń (np. jednej hospitalizacji / jednej wizyty w poradni).

E. RODZAJ ŚWIADCZENIA	
13. Świadczenie udzielane jednorazowo	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Świadczenie udzielane cyklicznie	<input type="checkbox"/>

Część F

W zależności od tego, czy wniosek dotyczy świadczeń ambulatoryjnych czy szpitalnych różnie wygląda wymagalność, jeżeli chodzi o dane dotyczące świadczenia. W przypadku leczenia zamkniętego wymagane jest podanie:

- 1 rozpoznania zasadniczego i 1 rozpoznania współistniejącego
- 4 procedur medycznych

F. DANE ŚWIADCZENIA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK	
F.1. PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI SCHORZEŃ ICD 10	
15. Kod rozpoznania zasadniczego	
16. Kod pierwszego rozpoznania współistniejącego	
17. Kod drugiego rozpoznania współistniejącego	
18. Kod trzeciego rozpoznania współistniejącego	
F.2. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE JAKIE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE HOSPITALIZACJI, W/G MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PROCEDUR MEDYCZNYCH	
19. Kod procedury medycznej	 20. Kod procedury medycznej 
21. Kod procedury medycznej	 22. Kod procedury medycznej 
23. Kod procedury medycznej	 24. Kod procedury medycznej 
25. Kod procedury medycznej	 26. Kod procedury medycznej 
27. Kod procedury medycznej	 28. Kod procedury medycznej 





Część G

W tym miejscu dostępne jest miejsce na wpisanie opisu uzasadnienia konieczności przedłużeniu czasu trwania fizjoterapii domowej.

G. UZASADNIENIE
29. Opis
<div style="background-color: #ffffcc; height: 100px;"></div>

Części H i I

Należy wprowadzić właściwe daty w odniesieniu do świadczenia (proponując terminu początku udzielania świadczenia) oraz datę wystawienia wniosku.

H. TERMINY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:	
30. Data początku udzielania świadczenia (RRRR-MM-DD)	
<input type="text" value=""/> 	
H.1. WNIOSKUJĘ O ROZLICZENIE ŚWIADCZENIA WYKONANEGO W TERMINIE:	
31. Data od (RRRR-MM-DD)	32. Data do (RRRR-MM-DD)
<input type="text" value=""/> 	<input type="text" value=""/> 
I. POTWIEDZENIE FORMALNE WNIOSKU	
33. Data (RRRR-MM-DD)	34. Podpis i pieczęć lekarza wnioskującego
<input type="text" value="2013-12-19"/> 
35. Data (RRRR-MM-DD)	36. Podpis i pieczęć dyrektora podmiotu udzielającego świadczenie, wnioskującego o rozliczenie
<input type="text" value=""/>

Następnie należy kliknąć przycisk **Zatwierdź** znajdujący się na samej górze wniosku, po czym wydrukować wniosek (przycisk **Drukuj**), uzupełnić o wymagane podpisy i przekazać do OW NFZ.

Ważne! Wniosek musi mieć status *Zatwierdzony*, aby możliwe było jego wydrukowanie. Wydrukowane wnioski o statusie *Wprowadzony* nie będą rozpatrywane w OW NFZ.

3.2.15 Skierowania na leczenie sanatoryjne

Funkcjonalność dostępna w portalu, w sekcji *Umowy na realizację świadczeń* pod linkiem **Skierowania na leczenie sanatoryjne**.

Funkcjonalność umożliwia:

- przygotowanie skierowania po uprzednim wyborze umowy, lekarza zlecającego i miejsca wykonywania świadczeń,
- wydruk skierowania,
- zapis skierowania,
- ponowną edycję skierowania bezpośrednio po zapisie lub wydruku,
- późniejszą edycję skierowań zapisanych (wybór skierowania z listy).

Walidacje w ramach skierowania:

- *Nazwisko i imię* - pole wymagane,
- *PESEL* - pole wymagane oraz wartość walidowana na zgodność z formatem,
- *Adres* - wszystkie pola oprócz numeru lokalu są wymagane,
- *Telefon* - pole wymagane,
- *Nazwisko i imię opiekuna prawnego* - pole wymagane, gdy pacjent ma mniej niż 18 lat,
- *PESEL opiekuna prawnego* - pole wymagane gdy pacjent ma mniej niż 18 lat,
- *Rozpoznanie zasadnicze* - pole wymagane.


3.2.16 Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ


Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ pozwala na przegląd wygenerowanych wcześniej odpowiedzi z systemu eWUŚ (tzw. tokenów).


Portal Świadczeniodawcy 2.2315 | 000001 (test) [Wyloguj]

Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ

▶ Powrót ▶ Pomoc

 Kod świadczeniodawcy: **000001**
Nazwa świadczeniodawcy: **Świadczeniodawca 01**
Użytkownik: **test**

 **Wyszukiwanie odpowiedzi z systemu eWUŚ**

Data sprawdzenia: 

PESEL pacjenta:

Dostęp do tego przeglądu ma tylko użytkownik świadczeniodawcy, który jest operatorem eWUŚ oraz posiada odpowiednie uprawnienie.

Strona **Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ** zawiera:

- pole *Data sprawdzenia* - pole pozwala wprowadzić datę, na jaki dzień ma zostać zweryfikowane ubezpieczenie,
- pole *PESEL pacjenta* - pole pozwala wprowadzić numer PESEL weryfikowanego pacjenta.

Po kliknięciu przycisku **Znajdź** wyświetlona zostanie tabelka z odpowiedziami zawierająca:

- Id operacji,
- Czas operacji,
- Status uprawnienia:
 - potwierdzone uprawnienia - oznaczone ikoną ✓,
 - niepotwierdzone uprawnienia - oznaczone ikoną ?.

W wyniku zapytania zostaną wyświetlone informacje o wszystkich zapytaniach dotyczących wskazanej osoby w podanym dniu, nawet jeżeli tych zapytań było wiele.

Portal Świadczeniodawcy
2.2315 | 000001 (test) [Wyloguj]

Przegląd odpowiedzi z systemu eWUŚ

▶ Powrót
▶ Pomoc

Kod świadczeniodawcy: **000001**

Nazwa świadczeniodawcy: **Świadczeniodawca 01**

Użytkownik: **test**

Wyszukiwanie odpowiedzi z systemu eWUŚ

Data sprawdzenia:

PESEL pacjenta:

Id operacji	Czas operacji	Status uprawnienia
L0813M00100000233	2013-01-01 14:10:11	✓
L0813M00100000261	2013-01-01 14:10:11	?
L0813M00100000353	2013-01-01 14:10:11	✓
L0813M00100000322	2013-01-01 14:10:11	?
L0813M00100000292	2013-01-01 14:10:11	✓

Dla operacji odczytu danych operator musi podać datę wykonywania sprawdzenia i numer PESEL osoby, której dotyczy sprawdzenie. Ponieważ w systemie eWUŚ przyjęto zasadę, że wysyłane zapytania dotyczą uprawnienia na dzień bieżący (data sprawdzenia i data uprawnienia to te same daty), to datą którą świadczeniodawca podaje w zapytaniu jest datą, na którą system eWUŚ przekazał informację o uprawnieniu. Gdy użytkownik nie wypełni obu pól lub któreś z pól będzie błędnie wypełniona to zostanie o tym fakcie poinformowany.

W przypadku braku w systemie odpowiedzi z systemu eWUŚ zgodnych z filtrem wyszukiwania, użytkownik otrzyma jeden z dwóch komunikatów:

Nie znaleziono w systemie informacji o potwierdzeniach z systemu eWUŚ dla podanego numeru PESEL i podanej daty - taki komunikat pojawi się w sytuacji, gdy minęły dwa dni od daty o którą pyta świadczeniodawca (pole *Data sprawdzenia*) i dodatkowo wszystkie paczki (z tokenami) zostały zreplikowane do OW.

Nie znaleziono w systemie informacji o potwierdzeniach z systemu eWUŚ dla podanego numeru PESEL i podanej daty. Może to wynikać np. z faktu, że nie wszystkie dane zostały jeszcze przekazane do systemu oddziałowego NFZ. Proszę sprawdzić później - taki komunikat pojawi się w sytuacji, gdy nie minęły dwa dni od daty o którą pyta świadczeniodawca (pole *Data sprawdzenia*) lub nie wszystkie paczki (z tokenami) zostały zreplikowane do OW.

3.2.17 Informator o postępowaniach na rok...

Dodano w sekcji **Umowy na realizację świadczeń** linki pozwalające na przejście do postępowań konkursowych.



Lista postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej

▶ Powrót ▶ Pomoc



Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:



Wyszukiwanie postępowań

Ustaw odpowiednie warunki wyszukiwania i przyciśnij przycisk "Szukaj" w celu odświeżenia listy postępowań.

Status postępowania: Data ogłoszenia (od-do): -

Rodzaj świadczenia: (wybierz rodzaj świadczenia)

Przedmiot umowy: (wybierz przedmiot umowy)

Zakres świadczeń:

Obszar objęty postępowaniem:

Tryb postępowania: Numer postępowania:

Oferenci:

Postępowania mające protesty/odwołania
 Postępowania zgodne z moim profilem

Wyczyść filtry

Szukaj

Liczba znalezionych postępowań spełniających kryteria: 13

Numer postępowania	Status postępowania	Opis postępowania	Przedmiot postępowania	Obszar konkursu	Uwagi do obszaru objętego postępowaniem	Okres umów (od-do)
08-14-000010/POZ/0113/7	Ogłoszenie	LOOK POZ	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	Brak podziału - cały obszar OW		01.01.2014 - 31.12.2014
08-14-000009/POZ/0113/7	Ogłoszenie	LOOK POZ	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	Brak podziału - cały obszar OW		01.01.2014 - 31.12.2014
08-14-000008/POZ/0113/6	Ogłoszenie	LOOK POZ	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	Brak podziału - cały obszar OW		01.01.2014 - 31.12.2014
08-14-000007/POZ/0113/6	Ogłoszenie	LOOK POZ	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	Brak podziału - cały obszar		01.01.2014 -

3.2.17.1 Szczegóły postępowania

Kliknięcie na numer postępowania spowoduje otwarcie okna z dodatkowymi informacjami powiązanych z postępowaniem.

Portal Świadczeniodawcy
2.2514 | 08R/66666 (SIVY1234) [Wyloguj]

Informacje dodatkowe powiązane z postępowaniem

▶ Powrót
▶ Pomoc

Kod świadczeniodawcy: [REDACTED]

Nazwa świadczeniodawcy: [REDACTED]

Użytkownik: [REDACTED]

Dokumenty elektroniczne powiązane z postępowaniem

Postępowanie: **08-13-000064/REH/05/1/05.1310.209.02/1**

Pliki do pobrania: **m**

"Ogłoszenie postępowania"	
"Definicja postępowania"	

3.3 Apteki

Aby wejść na stronę przeglądu refundacji leków, należy na stronie głównej **Portalu Świadczeniodawcy** wybrać sekcję **Apteki**. Wybór odpowiedniego linku powoduje przejście na stronę, na której dostępne są szczegółowe dane.

Apteki

Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca zawarcie umowy i przeprowadzanie rozliczeń w zakresie refundacji leków

- ▶ **Moje umowy**
- ▶ Przekazanie danych o zrealizowanych lekach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne
- ▶ Sprawdzanie poprawności recept
- ▶ Okresy rozliczeniowe
- ▶ Przegląd recept z wynikami weryfikacji wstecznej
- ▶ Stan przelewów bankowych
- ▶ Recepty zastrzeżone - aktualny wyciąg
- ▶ Recepty zastrzeżone - przegląd aktualnego wyciągu
- ▶ Zestawienie statystyczne recept
- ▶ Moje wnioski o umowę

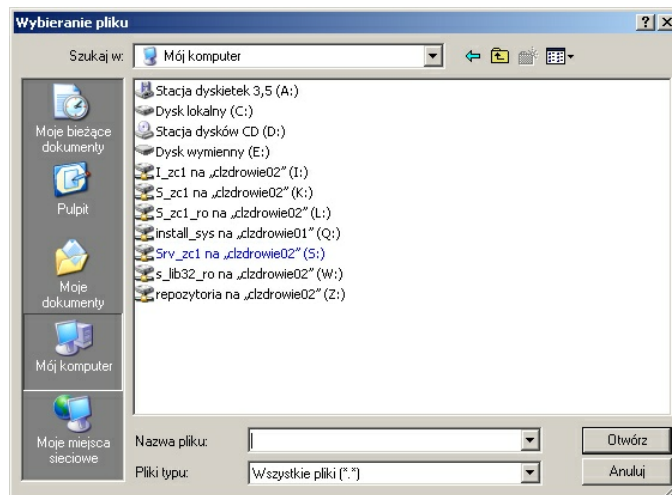
[Powrót](#)

3.3.1 Moje umowy

Obsługa umów dla aptek jest taka sama jak obsługa umów dla innych świadczeniodawców. Została ona opisana w rozdziale [Moje umowy](#).

3.3.2 Przekazanie danych o zrealizowanych lekach

Do przesyłek dotyczących aptek użytkownik ma dostęp za pomocą odpowiedniego linku: **Apteki/Przekazanie danych o zrealizowanych lekach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne**.



Aby wysłać przesyłkę należy wybrać plik i nacisnąć przycisk **Wyślij**. Po wysłaniu przesyłki uaktywni się przycisk **Zamknij**, który powoduje zniknięcie bloku odpowiedzialnego za wysyłanie (jednocześnie aktywuje się odpowiedni przycisk w menu sterującym). Jeżeli przesłanie przesyłki przebiegło poprawnie, pojawia się jako pierwszy wpis w tabelce na dole strony. Następnie przesłany plik jest przetwarzany w OW NFZ. Podczas przetwarzania sprawdzana jest poprawność pliku. Jeżeli plik jest nie poprawnie zbudowany – niepoprawne okresy, błędne statusy rozliczenia jest oznaczany jako niepoprawny i nie podlega dalszemu rozliczaniu. Jeżeli w pliku występują błędy merytoryczne dotyczące niektórych pozycji, poprawne pozycje ze sprawozdania mogą być dalej przetwarzane.

3.3.2.1 Problemy

W trakcie przetwarzania komunikatu LEK mogą wystąpić różne problemy, które można później zobaczyć na podglądzie odpowiedzi. Poniższa lista zawiera wszystkie możliwe opisy problemów.

Kod problemu	Rodzaj problemu	Opis problemu
3001	BŁĄD	Błąd systemowy - niezależny od danych
3002	BŁĄD	Błąd nieokreślony - zależny od danych
3003	BŁĄD	Brak klucza (np. numeru recepty)
3004	BŁĄD	Błąd formatu danych
3005	BŁĄD	Brak parametru konfiguracyjnego
3006	BŁĄD	Błąd wewnętrzny przy zgłaszaniu wyjątku
3008	BŁĄD	Maksymalnie 2 opakowania leku recepturowego
3010	BŁĄD	Próba powtórnego wczytania zaimportowanej paczki (nr dokumentu niższy niż zapisano w bazie)
3011	BŁĄD	Błędny lub pusty kod apteki (pole kod_apteki)
3021	BŁĄD	Błędny typ okresu (pole spr_typ_okresu)
3026	BŁĄD	Niezgodność numeru okresu sprawozdania z datą
3028	BŁĄD	Brak sprawozdania całościowego, do którego odnosi się korekta
3036	BŁĄD	Błędny kod płatnika (pole kod_platnika)
3041	BŁĄD	Próba nadpisania istniejącej paczki nową o tym samym zakresie dat
3047	BŁĄD	Błędnie zbudowany nr identyfikujący pacjenta
3058	BŁĄD	Nie można mieszać pozycji dodających i usuwających
3075	BŁĄD	Bezpłatne wydanie leku spoza listy dla uprawnienia AZ
3080	BŁĄD	Brak recepty, do której odnosi się korekta
3091	BŁĄD	Brak/błędny identyfikator pacjenta UE (mz nr_pacjenta nr)
3093	BŁĄD	Sprawozdanie za dany okres zostało zablokowane
3094	BŁĄD	Brak parametrów dla funkcji sprawdzającej flagę blokady

Kod problemu	Rodzaj problemu	Opis problemu
3095	BŁĄD	Bezpłatne wydanie leku bez kodu EAN dla pacjenta IB
3097	BŁĄD	Apteka przesała już receptę o takiej dacie realizacji i numerze taksacji
3101	BŁĄD	Zerowa ilość leku
3103	BŁĄD	Dla leków recepturowych dopuszczalna tylko opłata ryczałtowa
3104	BŁĄD	Leki recepturowe tylko bez uprawnień dodatkowych
3105	BŁĄD	Bezpłatne wydanie leku spoza listy dla uprawnienia ZK
3106	BŁĄD	Niepoprawny symbol nadawcy
3107		Recepta zawiera elementy nieprzypisywalne do pozycji sprawozdania zbiorczego
3116		Nie można usunąć paczki, bo istnieją pozycje wyeksportowane w KRL
3119	BŁĄD	Niepoprawny identyfikator zleceniodawcy dla trybu wydania 'pro auctore'
3120	BŁĄD	Istnieje niezaksięgowane sprawozdania za ten okres
3129	INFORMACJA	Nie wczytano żadnej pozycji komunikatu - usunięto informacje o dokumencie
3131	OSTRZEŻENIE	Numer autoryzacji powinien być sprawozdawany w elemencie mz dokument-zlec@nr
3132		Próba wczytania sprawozdania bazowego po korekcie
3144	BŁĄD	Apteka nie posiada takiej umowy
3145	BŁĄD	Umowa apteki nie obowiązuje w czasie realizacji recepty
3146	BŁĄD	W systemie znajduje się realizacja o wyższym numerze wersji
3147	BŁĄD	Przesłano dane do zablokowanego okresu
3148	BŁĄD	Przesłano dane poza okresem sprawozdawczym
3149	OSTRZEŻENIE	Przekazany numer recepty niezgodny z numerem recepty wydanym przez OW NFZ
3150	BŁĄD	Próba usunięcia realizacji, która została już usunięta
3151	BŁĄD	Brak realizacji do usunięcia (może została usunięta wcześniej)
3152	BŁĄD	W systemie znajduje się realizacja o takim samym numerze wersji
3153	BŁĄD	Przekazano różne identyfikatory typu leku w ramach jednej pozycji recepty
3154	BŁĄD	Przekazano nieunikalny identyfikator leku
3155	BŁĄD	Przekazano dane poza okresem sprawozdawczym. Okres zablokowany - trwa generowanie projektu szablonu
3156	BŁĄD	Przekazano dane poza okresem sprawozdawczym. Okres zablokowany - projekt szablonu dostępny - oczekiwanie na aptekę
3157	BŁĄD	Przekazano dane poza okresem sprawozdawczym. Okres zablokowany - trwa generowanie szablonu końcowego
3158	BŁĄD	Przekazano dane poza okresem sprawozdawczym. Okres zablokowany - szablon końcowy dostępny - oczekiwanie na aptekę
3159	BŁĄD	Przekazano dane poza okresem sprawozdawczym. Okres zamknięty. Szablon zatwierdzony.
3160	BŁĄD	Przekazano dane poza okresem sprawozdawczym. Okres zamknięty. Nie przesłano danych w wymaganym terminie.
3161	BŁĄD	W komunikacie przekazano realizacje do kilku okresów rozliczeniowych
3601	TECHNICZNY	Powtórne wczytywanie wiele paczek o tym samym identyfikatorze
3602	TECHNICZNY	Powtórne wczytywanie recepty z tego komunikatu zostały już rozliczone

Kod problemu	Rodzaj problemu	Opis problemu
60000001	BŁĄD	Błąd w czasie tworzenia pozycji stornującej
60101001	BŁĄD	Brak nazwy producenta oprogramowania
60101002	BŁĄD	Nieprawidłowa wersja komunikatu (LEK)

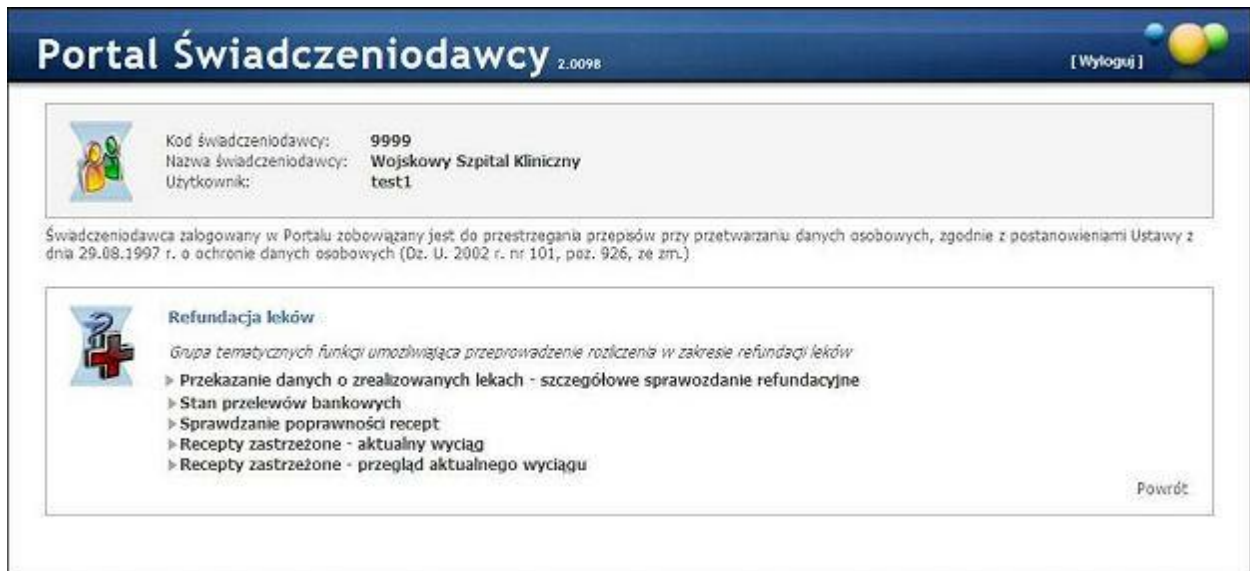
Kod problemu	Rodzaj problemu	Opis problemu
60200001	BŁĄD	W bazie danych jest dokument utworzony później
60201001	BŁĄD	Brak identyfikatora dokumentu
60201002	BŁĄD	Brak kolejnego numeru przesłania dokumentu o tym samym id
60201003	BŁĄD	Nieprawidłowy kod zakresu przekazywanych danych
60201004	BŁĄD	Nieprawidłowy kod wskaźnika zamknięcia sprawozdania
60201005	BŁĄD	Brak daty przygotowania dokumentu
60201007	BŁĄD	Brak symbolu odbiorcy
60201008	BŁĄD	Brak symbolu nadawcy
60201009	BŁĄD	Nieprawidłowy typ symbolu identyfikującego nadawcę
60202001	BŁĄD	Istnieje dokument o takim samym identyfikatorze przesłany za inny okres
60202002	BŁĄD	Dokument o danym id został już sprawozdany jako dokument innego typu (sprawozdanie/korekta)
60301006	BŁĄD	Brak symbolu sprawozdania
60301007	BŁĄD	Nieprawidłowy wskaźnik sprawozdania bądź korekty
60301008	BŁĄD	Brak daty przygotowania sprawozdania
60301009	BŁĄD	Brak danych definiujących okres
60302001	BŁĄD	Korekta sprawozdania szczegółowego nie została przyjęta - upłynął termin przyjmowania korekt
60401001	BŁĄD	Brak numeru REGON-u apteki, której dotyczy sprawozdanie
60501001	BŁĄD	Brak unikalnego numeru pozycji w ramach określonego sprawozdania okresowego
60501002	BŁĄD	Nieprawidłowy kod typu recepty
60501003	BŁĄD	Nieprawidłowy wskaźnik "pro auctore" lub "pro familia"
60501004	BŁĄD	Nieprawidłowy tryb przesłania
60501005	BŁĄD	Nieprawidłowy numer recepty
60502001	BŁĄD	Brak daty wykonania korekty
60503001	BŁĄD	Zdublowany numer recepty w paczce
60503002	BŁĄD	Brak karty w bazie osobowej
60503003	BŁĄD	Brak numeru recepty lub numeru autoryzacji
60503004	BŁĄD	Nieprawidłowy numer kuponu RUM
60503005	BŁĄD	Brak numeru recepty dla recepty typ "2"
60503006	BŁĄD	Brak numeru recepty lub numeru autoryzacji dla recepty typu ???
60503007	BŁĄD	Brak numeru recepty dla typu recepty 8
60503008	BŁĄD	Nie przekazano właściwego 20 cyfrowego nr recepty (Typ recepty - Recepty różowe)
60503011	OSTRZEŻENIE	Nie przekazano w elemencie 'mz:dokument-zlec' poprawnego numeru recepty dla typu recepty '2'
60503011	BŁĄD	Nie przekazano w elemencie 'mz:dokument-zlec' poprawnego numeru recepty dla typu recepty '2'
60503012	BŁĄD	Powtórzony nr recepty
60503015	OSTRZEŻENIE	Dla kuponu typu '2' nie przekazano numeru kuponu/recepty w atrybucie 'nr' w elemencie 'mz:dokument-zlec'
60503015	BŁĄD	Dla kuponu typu '2' nie przekazano numeru kuponu/recepty w atrybucie 'nr' w elemencie 'mz:dokument-zlec'
60503016	OSTRZEŻENIE	Przekazano dla recepty typu '2', numer recepty w dwóch elementach 'mz:dokument-zlec' i 'mz:autoryzacja'. Numer recepty należy przekazywać w ramach elementu 'mz:dokument-zlec'
60503016	BŁĄD	Przekazano dla recepty typu '2', numer recepty w dwóch elementach 'mz:dokument-zlec' i 'mz:autoryzacja'. Numer recepty należy przekazywać w ramach elementu 'mz:dokument-zlec'

Kod problemu	Rodzaj problemu	Opis problemu
60503017	BŁĄD	Przekazano dla recepty typu '2' niezgodne numery recept w atrybutach 'nr' elementów 'mz:dokument-zlec' i 'mz:autoryzacja'. Informacja powinna być przekazywana wyłącznie w ramach elementu 'mz:dokument-zlec'
60601001	BŁĄD	Brak daty wystawienia recepty
60602001	BŁĄD	Data wystawienia recepty późniejsza od daty przyjęcia recepty realizacji
60602002	BŁĄD	Data wystawienia recepty późniejsza od dopuszczalnej daty realizacji
60602003	BŁĄD	Data urodzenia pacjenta późniejsza od daty wystawienia przekazywanego dokumentu
60702001	BŁĄD	Błędny kod świadczeniodawcy (pole: kod_swiecz_zlec)
60702003	BŁĄD	Nieprawidłowy identyfikator świadczeniodawcy
60702004	BŁĄD	Brak identyfikatora podmiotu upoważnionego do wydawania recept
60801001	BŁĄD	Brak numeru prawa wykonywania zawodu osoby wystawiającej receptę
60802001	BŁĄD	Brak w bazie osoby wystawiającej receptę o podanym numerze prawa wykonywania zawodu
60901001	BŁĄD	Nieprawidłowy rodzaj numeru służącego do identyfikacji pacjenta
60902001	BŁĄD	Numer PESEL przekazany na recepcie niezgodny z numerem PESEL w numerze identyfikacyjnym pacjenta
60902002	BŁĄD	Nieprawidłowy nr identyfikacji pacjenta dla uprawnienia IB
60902003	BŁĄD	Nieprawidłowy nr identyfikacji pacjenta dla uprawnienia IW
60902007	BŁĄD	Brak numeru PESEL na recepcie dla recept wystawionych po 1.07.2007
60902009	OSTRZEŻENIE	Realizacja recepty z uprawnieniami 'CN' dla kobiety powyżej 50 roku życia
60902010	OSTRZEŻENIE	Realizacja recepty z uprawnieniami 'CN' dla płci innej niż kobieta
60903001	BŁĄD	Dla danego typu numeru identyfikacji pacjenta podano niewłaściwy kod płatnika
60903002	BŁĄD	Brak płatnika w bazie
60903003	BŁĄD	Recepta dla obywatela UE wystawiona na kuponie RUM/KUM
60904003		Wykazany Nr PESEL wskazuje na wystawienie recepty po dacie zgonu pacjenta wg Wykazu Ubezpieczonych
60904004		Wykazany nr PESEL wskazuje na wystawienie recepty dla pacjenta z unieważnionym numerem PESEL wg Wykazu Ubezpieczonych
60904006		Realizacja recepty z uprawnieniami 'DN' dla ubezpieczonego pacjenta
60904007		Realizacja recepty z uprawnieniami 'CN' dla ubezpieczonego pacjenta
60905003	OSTRZEŻENIE	Realizacja recepty z uprawnieniami 'CN' wraz z innymi uprawnieniami
61001001	BŁĄD	Brak daty przyjęcia recepty do realizacji
61001003	BŁĄD	Brak numeru recepty nadanego w aptece w trakcie realizacji recepty
61001004	BŁĄD	Brak daty przyjęcia recepty do realizacji
61002001	BŁĄD	do uzupełnienia po wyjaśnieniu
61002001	BŁĄD	Czas realizacji recepty typu '7' przekracza 120 dni
61002002	BŁĄD	Czas realizacji recepty typu '8' przekracza 93 dni
61002003	BŁĄD	Czas realizacji recepty typu '9' przekracza 15 dni
61002003	BŁĄD	Czas realizacji recepty typu '9' przekracza 30 dni
61002004	BŁĄD	Czas realizacji recepty typu '2' przekracza 93 dni
61003001	BŁĄD	Data początku realizacji recepty późniejsza od daty końca realizacji
61003002	BŁĄD	Data przyjęcia recepty do realizacji inna niż data wydania leku nierecepturowego
61003003	BŁĄD	Data przyjęcia recepty do realizacji późniejsza od daty wydania leku recepturowego
61003004	BŁĄD	Data wydania leku nie mieści się pomiędzy datami początku i końca okresu sprawozdawczego
61003005	BŁĄD	Realizacja recepty po dacie wprowadzenia zastrzeżenia
61003006	BŁĄD	Dopuszczalna data realizacji recepty powyżej 2 miesięcy od daty wystawienia

Kod problemu	Rodzaj problemu	Opis problemu
61003007	BŁĄD	Korekta przed początkiem realizacji
61003008	BŁĄD	Korekta przed końcem realizacji
61003009	BŁĄD	do uzupełnienia po wyjaśnieniu
61102001	BŁĄD	Nieprawidłowy numer autoryzacji pacjenta
61102002	BŁĄD	Dla recepty typu '2' nie przekazano numeru kuponu/recepty, który powinien być wykazany w elemencie 'mz:dokument-zlec' w atrybucie 'nr'
61102004	BŁĄD	Nie przekazano poprawnego numeru recepty dla typu recepty '2'
61102004	OSTRZEŻENIE	Nie przekazano poprawnego numeru recepty dla typu recepty '2'
61201001	BŁĄD	Brak kodu uprawnień pacjenta przyjętego przy wydaniu danego leku
61201003	BŁĄD	Nieprawidłowy kod odpłatności za lek
61201004	BŁĄD	Brak kwoty podlegającej refundacji
61201005	BŁĄD	Nieprawidłowa wartość atrybutu "nie zamieniać"
61202001	BŁĄD	Recepta zawiera za dużo pozycji
61203001	BŁĄD	Kod uprawnień nieodpowiedni do kodu odpłatności ('PEB', 'INPEB', 'CNPEB', 'DNPEB', 'AZ')
61203002	BŁĄD	Lek recepturowy dla pacjenta z uprawnieniem PO wydany z innym rodzajem odpłatności niż bezpłatnie
61204001	BŁĄD	Opłata pacjenta nie jest równa jednej lub podwójonej odpłacie ryczałtowej
61301001	BŁĄD	Brak ilości wydanych opakowań leku o określonym kodzie EAN13
61301002	BŁĄD	Brak wartości leku
61301003	BŁĄD	Nieprawidłowy typ kodu leku
61302001	BŁĄD	Antybiotyk zrealizowany po terminie ważności recepty
61303001	BŁĄD	Ilość wydanego leku mniejsza lub równa zero
61304001	BŁĄD	Nieprawidłowy kod EAN
61304002	BŁĄD	Nie przekazano kodu EAN dla leku z katalogu '0'
61304003	BŁĄD	Błąd zawartości słowników
61305001	BŁĄD	Sprawozdany lek jest na liście leków OTC
61306001	BŁĄD	Za dużo opakowań w receptce
61307001	BŁĄD	Wydano bezpłatny lek za odpłatnością
61307002	BŁĄD	Bezpłatne wydanie leku z rejestru centralnego dla pacjenta IB
61308001	BŁĄD	Lek nierefundowany przez NFZ
61308002	BŁĄD	Pozycja dodająca nie może zawierać wartości ujemnych
61309001	BŁĄD	Wartość brutto wydanych opakowań mniejsza lub równa zero
61310001	BŁĄD	Leki recepturowe i gotowe na jednej receptce
61310002	BŁĄD	Lek recepturowy powinien być wydany bez wskazania uprawnienia IB
61310003	BŁĄD	W punkcie aptecznym wydano lek spoza listy MZ

3.3.3 Sprawdzenie poprawności recept

Funkcjonalność **Sprawdzanie poprawności recept** jest dostępna w ramach grupy **Apteki**.



Portal Świadczeniodawcy 2.0098 [Wyloguj]

Kod świadczeniodawcy: 9999
Nazwa świadczeniodawcy: Wojskowy Szpital Kliniczny
Użytkownik: test1

Świadczeniodawca zgłoszony w Portalu zobowiązany jest do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 926, ze zm.)

Refundacja leków
Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca przeprowadzenie rozliczenia w zakresie refundacji leków

- ▶ Przekazanie danych o zrealizowanych lekach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne
- ▶ Stan przelewów bankowych
- ▶ Sprawdzanie poprawności recept
- ▶ Recepty zastrzeżone - aktualny wyciąg
- ▶ Recepty zastrzeżone - przegląd aktualnego wyciągu

Powrót

Na formatce dostępne jest pole tekstowe, do którego należy wprowadzić numer recepty:

- można to zrobić za pomocą czytnika recept, pole musi mieć focus i w tym momencie można użyć czytnika
- bądź wpisać numer ręcznie

Przycisk **Sprawdź receptę** wykonuje sprawdzenie, a jego wynik zostaje wyświetlony poniżej. Przycisk **Wyczyść numer** czyści pole z numerem recepty.

3.3.4 Okresy rozliczeniowe

Okresy rozliczeniowe umożliwiają uzgodnienie poprawności informacji o realizacji recept przekazanych przez aptekę do OW NFZ. W roku kalendarzowym są 24 okresy rozliczeniowe. Każdy miesiąc jest podzielony na dwa okresy: pierwszy - od 1 do 15 dnia miesiąca; oraz drugi - od 16 do ostatniego dnia miesiąca. Po zakończeniu każdego okresu apteka ma 5 dni roboczych, liczonych od następnego dnia roboczego, na przekazanie sprawozdania o zrealizowanych receptach (komunikatu LEK). Po upływie tych 5 dni, w przypadku nieprzekazania sprawozdania, możliwość jego przekazania zostanie zablokowana, a okres rozliczeniowy zamknięty. Natomiast po przekazaniu komunikatu LEK Oddział Wojewódzki ma 5 dni roboczych na wygenerowanie propozycji szablonu rozliczeniowego, który apteka może zaakceptować bądź odrzucić. Na zlecenie apteki możliwe jest wcześniejsze wygenerowanie propozycji szablonu rozliczeniowego (przed upływem 5 dni przeznaczonych na przekazanie sprawozdania zbiorczego o zrealizowanych receptach). W przypadku odrzucenia przez aptekę propozycji szablonu rozliczeniowego, apteka ma 5 dni roboczych liczonych od następnego dnia po otrzymaniu szablonu rozliczeniowego, na przekazanie komunikatu LEK uzupełniającego informacje o zrealizowanych receptach.

Uwaga: Należy pamiętać, że 5 dni roboczych na uzupełnienie informacji liczone jest od następnego dnia po wygenerowaniu otrzymaniu propozycji szablonu z OW NFZ, a nie po jego odrzuceniu przez aptekę. W skrajnym przypadku, aptece może w ogóle zabraknąć czasu na uzupełnienie informacji jeśli nikt z apteki nie sprawdzi szablonu przed upływem 5 dni roboczych od jego przekazania przez OW NFZ.

Po upływie 5 dni roboczych od przekazania szablonu rozliczeniowego następuje wygenerowanie przez Oddział Wojewódzki NFZ końcowego szablonu rozliczeniowego, który definitywnie zamyka okres rozliczeniowy. W tym przypadku również możliwe jest wcześniejsze wygenerowanie szablonu końcowego na zlecenie apteki. Po wygenerowaniu szablonu końcowego jak i po zaakceptowaniu propozycji szablonu rozliczeniowego należy pobrać, wydrukować, podpisać i dostarczyć do OW NFZ zestawienie zbiorcze recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne zgodne z szablonem.

Po zamknięciu okresu rozliczeniowego, dane o zrealizowanych receptach mogą zostać uzupełnione, jednakże

wpierw należy złożyć wniosek o otwarciu zamkniętego okresu rozliczeniowego.

Portal Świadczeniodawcy 2.1943
[Wyloguj]

Okresy rozliczeniowe

▶ Powrót ▶ Pomoc

Kod świadczeniodawcy: XXXX

Nazwa świadczeniodawcy: XXXXXXXXXX

Użytkownik: XXXXXXXXXX

Wyszukiwanie okresów

Rok:

Okres rozliczeniowy:


Pokaż tylko niezablokowane

Rok	Miesiąc	Okres	Numer ostatniej korekty	Stan ostatniej korekty	Informacje dodatkowe	Szczegóły
2012	marzec	5	1	Sprawozdawanie	Przesyłanie danych możliwe do 2012-03-15 23:59:59	Szczegóły

W oknie okresów rozliczeniowych prezentowane są okresy rozliczeniowe spełniające warunki określone w filtrach. Okresy rozliczeniowe mogą mieć następujące statusy (prezentowane w kolumnie *Stan ostatniej korekty* oraz w kolumnie *Stan rozliczenia* na szczegółach okresu):

- **Sprawozdawanie** - w okresie tym możliwe jest przesyłanie danych do Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Okres ten trwa 5 dni roboczych po zakończeniu okresu rozliczeniowego, chyba że apteka wcześniej zleci wygenerowanie propozycji szablonu sprawozdania zbiorczego.
- **Generowanie szablonu z propozycją** - trwa przetwarzanie zlecenia naliczenia szablonu z propozycją sprawozdania zbiorczego. Oddział Wojewódzki NFZ wygeneruje szablon z propozycją w ciągu 5 dni roboczych od daty złożenia zlecenia.
- **Szablon z propozycją został udostępniony** - propozycja szablonu sprawozdania zbiorczego została udostępniona przez Fundusz. Jeśli apteka nie podejmie żadnej akcji, to zostanie uznany za zaakceptowany po 5 dniach roboczych od momentu udostępnienia.
- **Poprawianie sprawozdania** - w tym okresie możliwe jest przesyłanie danych do Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Okres ten trwa 5 dni roboczych od momentu udostępnienia przez Fundusz propozycji szablonu sprawozdania zbiorczego, chyba że apteka wcześniej zleci wygenerowanie propozycji szablonu sprawozdania zbiorczego.
- **Generowanie szablonu końcowego** - trwa przetwarzanie zlecenia naliczenia szablonu końcowego zawierającego sprawozdanie zbiorcze. Oddział Wojewódzki NFZ wygeneruje szablon końcowy w ciągu 5 dni roboczych od daty złożenia zlecenia.
- **Szablon końcowy dostępny** - możliwe jest pobranie zestawienia zbiorczego recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne, który należy wydrukować, podpisać i dostarczyć do OW NFZ.
- **Zatwierdzony** - okres zatwierdzony manualnie przez aptekę.
- **Zatwierdzony automatycznie** - okres zatwierdzony automatycznie po upływie 5 dni roboczych od udostępnienia propozycji szablonu sprawozdania zbiorczego z powodu braku odrzucenia propozycji przez aptekę.

- **Blokada - brak danych** - okres zablokowany z powodu nieprzesłania danych do Oddziału Wojewódzkiego NFZ czasie pierwszych 5 dni roboczych po zakończeniu okresu rozliczeniowego.

Okresy, które zawierają dane z błędami weryfikacji oznaczane są ikonką . Po wskazaniu ikonki kursorem myszy pokaże się treść dotycząca błędów weryfikacji - o ile została podana.

Wszystkich operacji na okresie rozliczeniowym dokonuje się w szczegółach wybranego okresu.

Zlecenie wygenerowania szablonu z propozycją możliwe jest w oknie szczegółów wybranego okresu rozliczeniowego.

Portal Świadczeniodawcy 2.1943
[Wyloguj]

Rozliczenie za okres 2012/5

▶ Powrót ▶ Pomoc



Kod świadczeniodawcy: XXXX

Nazwa świadczeniodawcy: XXXXXXXXXX

Użytkownik: XXXXXXXXXX



Informacje o rozliczeniu nr 1

Stan rozliczenia: **Sprawozdawanie**

Informacje dodatkowe: **Przesyłanie danych możliwe do 2012-03-15 23:59:59**

W okresie tym możliwe jest przesyłanie danych do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu. Okres ten trwa 5 dni roboczych po zakończeniu okresu rozliczeniowego, chyba że apteka wcześniej zleci wygenerowanie szablonu z propozycją sprawozdania zbiorczego.

Potwierdzam przekazania kompletu danych zgodnie z art.45 ust.3 punkt 1 ustawy refundacyjnej

Zleć wygenerowanie szablonu z propozycją

Numer	Stan rozliczenia	Informacje dodatkowe
1	Sprawozdawanie	Przesyłanie danych możliwe do 2012-03-15 23:59:59
0	Blokada - brak danych	

Przycisk umożliwiający zlecenie wygenerowania szablonu z propozycją.



Rozliczenie za okres 2012/5

► Powrót ► Pomoc



Kod świadczeniodawcy: 1212
 Nazwa świadczeniodawcy: 1212
 Użytkownik: 1212



Informacje o rozliczeniu nr 1

Stan rozliczenia: **Szablon z propozycją został udostępniony**
 Informacje dodatkowe: **Zatwierdź lub odrzuć szablon z propozycją do 2012-03-21 23:59:59**
 Szablon z projektem sprawozdania zbiorczego został udostępniony przez Fundusz. Jeśli apteka nie podejmie żadnej akcji, to zostanie uznany za zaakceptowany po 5 dniach roboczych od momentu udostępnienia.
 Kwota refundacji: **0,00 zł**

Propozycja szablonu

Zatwierdź

Popraw sprawozdanie

Numer	Stan rozliczenia	Informacje dodatkowe
1	Szablon z propozycją został udostępniony	Zatwierdź lub odrzuć szablon z propozycją do 2012-03-21 23:59:59
0	Blokada - brak danych	

Przyciski umożliwiające przejście propozycji szablonu, zatwierdzenie propozycji oraz jej odrzucenie i przejście do poprawienia sprawozdania.



Projekt zestawienia zbiorczego

[▶ Powrót](#) [▶ Pomoc](#)

Zatwierdź

Popraw sprawozdanie

**ZESTAWIENIE ZBIORCZE RECEPT NA LEKI,
ŚRODKI SPOŻYWCZE SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA
ŻYWIENIOWEGO,
WYROBY MEDYCZNE****Podmiot prowadzący aptekę:**

[Redacted]

Nazwa i adres apteki:

[Redacted]

REGON: [Redacted] **NIP:** [Redacted]**Identyfikator apteki:** [Redacted]**Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych:****Nabywca:**

Narodowy Fundusz Zdrowia, ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa, NIP: 107-00-01-057

Odbiorca - płatnik:

Opolski Oddział Wojewódzki NFZ, ul. Głogowska 37, 45-315 Opole

I. ZESTAWIENIE ZBIORCZE RECEPT NA LEKI, ŚRODKI SPOŻYWCZE
SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO, WYROBY MEDYCZNE
OBJĘTE REFUNDACJĄ
KOREKTA - NR 200505 /

Przyciski umożliwiające zatwierdzenie lub odrzucenie i przejście do poprawienia sprawozdania widoczne na przeglądzie propozycji szablonu.

Portal Świadczeniodawcy 2.1943 [Wyloguj]

Rozliczenie za okres 2012/5

▶ Powrót ▶ Wnioski o otwarciu zamkniętego okresu rozliczeniowego ▶ Pomoc



Kod świadczeniodawcy: [redacted]
 Nazwa świadczeniodawcy: [redacted]
 Użytkownik: [redacted]




Informacje o rozliczeniu nr 1

Stan rozliczenia: **Zatwierdzone automatycznie**

Szablon końcowy
Pobierz (PDF)
Pobierz (XML)

Numer	Stan rozliczenia	Informacje dodatkowe
1	Zatwierdzone automatycznie	Szablon końcowy
0	Zatwierdzone	Szablon końcowy

Przyciski umożliwiające przegląd szablonu końcowego oraz pobranie szablonu w formatach pdf i xml.

Na stronie **Rozliczenie za okres...** rozliczenia, które zawierają dane z błędami weryfikacji oznaczone są ikonką . Po wskazaniu ikonki kursorem myszy pokaże się treść dotycząca błędów weryfikacji - o ile została podana. Dodatkowo dla ostatniej korekty (o najwyższym numerze), w kolumnie *Informacje dodatkowe* pojawi się treść dotycząca błędów weryfikacji dla tej korekty - o ile również została podana.

Po kliknięciu generowania naliczania projektu bądź naliczania końcowego, w sytuacji gdy dla tej korekty istnieją recepty zweryfikowane negatywnie lub niezwerfikowane, wyświetli się użytkownikowi komunikat:

"W okresie rozliczeniowym istnieją recepty zweryfikowane negatywnie lub niezwerfikowane.
 Recepty te nie zostaną ujęte w tworzonego sprawozdaniu zbiorczym (nie zostaną zrefundowane).
 Czy chcesz kontynuować? Tak/Nie".

Wybranie **Tak** spowoduje wysłanie żądania naliczania, wybranie **Nie** anuluje zlecenie naliczania.


3.3.4.1 Otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego


Otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego możliwe jest z okna przeglądu szczegółów okresu rozliczeniowego.

Portal Świadczeniodawcy 2.1943 [Wyloguj]

Rozliczenie za okres 2012/5

▶ Powrót ▶ **Wnioski o otwarciu zamkniętego okresu rozliczeniowego** ▶ Pomoc

 Kod świadczeniodawcy: [redacted]
Nazwa świadczeniodawcy: [redacted]
Użytkownik: [redacted]

 **Informacje o rozliczeniu nr 1**
Stan rozliczenia: **Zatwierdzone automatycznie**

Numer	Stan rozliczenia	Informacje dodatkowe
1	Zatwierdzone automatycznie	Szablon końcowy
0	Zatwierdzone	Szablon końcowy

3.3.4.1.1 Wnioski o otwarciu zamkniętego okresu rozliczeniowego

By złożyć wniosek należy kliknąć link **Wnioski o otwarciu zamkniętego okresu rozliczeniowego** znajdujący się w szczegółach okresu rozliczeniowego, który chcemy ponownie otworzyć.



Wnioski o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego 2012/5

► Powrót ► Pomoc



Kod świadczeniodawcy:
Nazwa świadczeniodawcy:
Użytkownik:



Okres

Rok: 2012
Okres: 5

Uzasadnienie:

[Dodaj wniosek o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego](#)

Id wniosku	Status	Uzasadnienie	Ocena OW NFZ	Zgoda	Komentarz
45564	anulowany	Utworzono dnia 31.08.2012	test		
45563	anulowany	Utworzono dnia 31.08.2012	test		
45503	anulowany	Utworzono dnia 27.08.2012	test		
45006	anulowany	Utworzono dnia 18.07.2012	test		
45005	anulowany	Utworzono dnia 18.07.2012	test		
45003	anulowany	Utworzono dnia 18.07.2012	test		
44123	anulowany	Utworzono dnia 01.06.2012	test		
42071	zakończony	Zakończono dnia 15.03.2012	test	zaakceptowny	14.03.2012 - 20.03.2012 zgoda
41756	anulowany	Przekazano dnia 09.03.2012	test		
41755	anulowany	Utworzono dnia 09.03.2012	test		
41754	anulowany	Utworzono dnia 09.03.2012	test		
41753	anulowany	Utworzono dnia 09.03.2012	test		

W oknie z wnioskami znajduje się lista wniosków złożonych do tej pory dla danego okresu wraz z ich oceną oraz komentarzem OW NFZ. Kliknięcie przycisku **Dodaj wniosek o otwarcie zamkniętego okresu rozliczeniowego** spowoduje utworzenie nowego wniosku jednakże wcześniej należy uzupełnić pole *Uzasadnienie*. Wniosek nie zostanie on przekazany OW NFZ do czasu kliknięcia **Przełącz do OW**.

3.3.5 Przegląd recept z wynikami weryfikacji wstecznej

Przegląd recept z wynikami weryfikacji wstecznej umożliwia przegląd recept zawierających błędy weryfikacji.

Portal Świadczeniodawcy

2.2704 | ap/m/ksztan (tescik01) [Wyloguj]

Przegląd recept z wynikami weryfikacji wstecznej

► Powrót ► Pomoc

Świadczeniodawca: **Apteka pod Kasztanem Polna 30, 44-100 Gliwice**
 Użytkownik: **tescik01**

Wyszukiwanie

Rok:

Miesiąc: styczeń luty marzec kwiecień maj czerwiec
 sprawozdawczy: lipiec sierpień wrzesień październik listopad grudzień
 Wynik weryfikacji: Błąd Ostrzeżenie
 Błąd weryfikacji:

Nie znaleziono danych.

Na formatce możliwe jest wyszukiwanie danych wg: roku, miesiąca sprawozdawczego, wyniku weryfikacji oraz błędu weryfikacji. Wyszukanie danych spełniających ustalone w polach kryteria nastąpi po kliknięciu przycisku **Wyszukaj**.

Nr recepty ▲	Id realizacji	Okres rozliczeniowy	Data realizacji	Wynik	Kod sprawdzenia
020800000000009349988	711	13/2013	11.07.2013	Błąd	60504005, ...
020800000000009690088	720	16/2013	16.08.2013	Błąd	60504005, ...
020800000000009690088	725	17/2013	16.09.2013	Błąd	60504005, ...
020800000000009699984	726	17/2013	01.09.2013	Błąd	61304010
020800000000009990089	790	17/2013	01.09.2013	Błąd	61304010
0212000000000058610799	9909402831303050092	5/2013	05.03.2013	Błąd	Brak błędów i ostrzeżeń
0212000000000058610892	9909402831303050091	5/2013	05.03.2013	Błąd	Brak błędów i ostrzeżeń
0212000000000334703188	9909402831303040102	5/2013	04.03.2013	Błąd	Brak błędów i ostrzeżeń
0212000000000335671082	9909402831303050114	5/2013	05.03.2013	Błąd	Brak błędów i ostrzeżeń
0212000000000362572585	9909402831303040134	5/2013	04.03.2013	Błąd	Brak błędów i ostrzeżeń

... 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 ...

W wynikach wyszukiwania, w kolumnie *Kod sprawdzenia* prezentowany jest kod sprawdzenia, które zwróciło błąd lub ostrzeżenie. Po kliknięciu w kod sprawdzenia wyświetli się okienko z z datą oraz opisem sprawdzenia.

17/2013	01.09.2013	Błąd	61304010
17/2013	01.09.2013	Błąd	61304010
5/2013			
5/2013	[2014-03-25 17:27:18] Błąd - 61304010 - Nieprawidłowy kod EAN na dzień realizacji recepty dla uprawnienia i odpłatności		
5/2013	04.03.2013	Błąd	Brak błędów i ostrzeżeń
5/2013	05.03.2013	Błąd	Brak błędów i ostrzeżeń

3.3.6 Stan przelewów bankowych

Wybranie tej opcji powoduje wyświetlenie informacji o przelewach dotyczących rozliczeń ze Świadczeniodawcą. Na formularzu wyświetlona jest lista przelewów bankowych wynikająca z danych systemu księgowego NFZ.

Portal Świadczeniodawcy
[Wyloguj]

Przegląd przelewów

▶ Powrót
▶ Pomoc

Świadczeniodawca: **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach Skłodowskiej 26 26/ 2, 48100 OPOLSKIE**

Użytkownik: **ika**

Kontrahent: **08R/10017**

Wyszukiwanie przelewów dla wybranego kontrahenta

Symbol faktury:

Tytuł przelewu:

Data płatności od: do:

Data przelewu od: do:

Symbol faktury▼	Data płatności	Data przelewu	Kwota przelewu (zł)	Tytuł przelewu	Znacznik operacji	Numer rachunku
203/2006	24.11.2006		181 660,00	08R10017 Faktura 203/2006 świadczenie 09 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
221/2006	05.12.2006		242,36	08R10017 Faktura 221/2006 świadczenie 10 za miesiąc 11	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
210/2006	24.11.2006		54,00	08R10017 Faktura 210/2006 świadczenie 01 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
208/2006	24.11.2006		11 206,80	08R10017 Faktura 208/2006 świadczenie 01 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
207/2006	24.11.2006		20 093,40	08R10017 Faktura 207/2006 świadczenie 01 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
206/2006	24.11.2006		6 832,40	08R10017 Faktura 206/2006 świadczenie 01 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
202/2006	24.11.2006		10 824,00	08R10017 Faktura 202/2006 świadczenie 05 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295
199/2006	24.11.2006		98 905,43	08R10017 Faktura 199/2006 świadczenie 06 za miesiąc 10	Przelew wysany do banku	07109021830000000104229295

Dostępne przyciski

- **Znajdź** - powoduje umieszczenie danych dotyczących przelewów pod paskiem przeglądu przelewów, z listy przelewów dla danego kontrahenta wg kryteriów określonych w sekcji wyszukiwania.
- **Wyczyść** - powoduje czyszczenie wszystkich pól kryteriów dla wyszukiwania.
- **Powrót** - powoduje przejście do strony poprzedniej.

3.3.7 Zestawienie statystyczne recept

Zestawienie statystyczne recept przedstawiaj koszty refundacji recept lekarzy świadczeniodawcy w analizowanym okresie na podstawie danych sprawozdawanych do OW NFZ przez apteki.

Portal Świadczeniodawcy 2.1903 [Wyloguj]

Zestawienie statystyczne

► Powrót ► Pomoc

Wyszukiwanie

Rok: 2012
 Kwartał:
 Miesiąc:
 Okres rozliczeniowy:

Wyszukaj

Brak danych

Na formatce możliwe jest wyszukiwanie danych wg: roku, kwartału, miesiąca i okresu rozliczeniowego - wszystkich wybieranych z rozwijanych pól wyboru. Wyszukanie danych spełniających ustalone w polach kryteria nastąpi po kliknięciu przycisku **Wyszukaj**.

Nr prawa	Nazwisko	Imię	Kwota refundacji	Kwota dla grup ATC	Kwota dla grup uprawnień
5172413			157	157	157
9735370			94,94	94,94	94,94
3473739			104,27	104,27	104,27
4177241			90,11	90,11	90,11
2372414			53,56	53,56	53,56
5899849			23,32	23,32	23,32

W tabeli z wynikami kliknięcie na kwocie w kolumnie *Kwota dla grup ATC* lub *Kwota dla grup uprawnień*, spowoduje wyświetlenie kwoty refundacji w rozbiciu na odpowiednie grupy.

Kwota dla grup ATC	Kw														
157															
94,94															
104,27															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kod ATC</th> <th>Kwota refundacji</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B01AC</td> <td>18,99</td> </tr> <tr> <td>C01DA</td> <td>9,17</td> </tr> <tr> <td>C07AB</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>C08CA</td> <td>11,10</td> </tr> <tr> <td>C10AA</td> <td>4,98</td> </tr> <tr> <td>INNE</td> <td>60,03</td> </tr> </tbody> </table>		Kod ATC	Kwota refundacji	B01AC	18,99	C01DA	9,17	C07AB	0	C08CA	11,10	C10AA	4,98	INNE	60,03
Kod ATC	Kwota refundacji														
B01AC	18,99														
C01DA	9,17														
C07AB	0														
C08CA	11,10														
C10AA	4,98														
INNE	60,03														

Kwota dla grup uprawnień					
157					
94,94					
104,27					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kod uprawnień</th> <th>Kwota refundacji</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>X</td> <td>104,27</td> </tr> </tbody> </table>		Kod uprawnień	Kwota refundacji	X	104,27
Kod uprawnień	Kwota refundacji				
X	104,27				

3.3.8 Umowa na realizację recept

W oknie **Przegląd wniosków** dostępnym po kliknięciu **Moje wnioski o umowę** znajdującym się w części **Apteki** Portalu Świadczeniodawcy dostępny jest przegląd złożonych wniosków oraz funkcja składania nowych wniosków.

Wnioski o umowę na realizację recept

Wersja 1.0265 | 000005 (test)

Pomoc | Wyloguj

Przegląd wniosków

Filtry do wyszukiwania wniosków Ukryj

Status wniosku:

Data rejestracji wniosku:

Id wniosku	Kod umowy	Data rejestracji	Przekazano do OW NFZ	Data zakończenia	Status	
534		14.12.2011	-----	-----	przygotowanie	Szczegóły

W górę

Lista wyświetlanych wniosków (jeżeli istnieją) może być filtrowana wg statusu wniosku, początkowej daty rejestracji wniosku oraz końcowej daty rejestracji wniosku. Przycisk pozwala na wyszukanie wniosków spełniających warunki określone w filtrach. Z prawej strony każdego wiersza w tabeli złożonych wniosków znajduje się przycisk **Szczegóły**, którego kliknięcie pozwala na przegląd szczegółów wniosku.

Uwaga! Gdy do apteki nie jest przypisana osoba będąca kierownikiem tej apteki nie będzie możliwości zarejestrowania wniosku. W takim przypadku wpierw należy w Portalu Potencjału wskazać osobę, która jest kierownikiem apteki (Dane świadczeniodawcy/Zgłoszenia zmiany danych kierownika).

3.3.8.1 Dodawanie nowego wniosku

Nowy wniosek dodaje się klikając przycisk w oknie przeglądu wniosków. Po jego kliknięciu wyświetlone zostanie okno w którym należy podać numer konta bankowego, po czym kliknąć przycisk .

Wnioski o umowę na realizację recept

Wersja 1.0265 | 000005 (test)

Przegląd wniosków >> Wniosek o umowe na realizację recept Powrót | Pomoc | Wyloguj

Wniosek

Numer konta bankowego

W górę

Po wprowadzeniu numeru konta i kliknięciu przycisku otworzy się następane okno w którym należy

uzupełnić szczegóły wniosku oraz dostępne są przyciski umożliwiające przekazanie wniosku do OW NFZ i anulowanie wniosku.

Wnioski o umowę na realizację recept Wersja 1.0265 | 000005 (test)

Przegląd wniosków >> Wniosek o umowę na realizację recept Powrót | Pomoc | Wyloguj

Wniosek 628

Przeładź do OW NFZ
 Anuluj wniosek

Wniosek: 628 Data rejestracji: 16.12.2011 Status: przygotowanie

Numer konta bankowego

91 1240 2845 2855 1509 1712 2776

Edytuj

Bank Polska Kasa Opieki S.A.

Dodaj personel

Kierownik apteki

Brak

Personel fachowy apteki

Brak

Dodaj osobę reprezentującą

Osoby reprezentujące wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy

W górę

Nie jest możliwe dodanie nowego wniosku jeśli jest złożony jakikolwiek wniosek mający status inny niż *Anulowany*.

3.3.8.1.1 Dodawanie personelu do wniosku

Przed przekazaniem wniosku do OW NFZ należy dodać do wniosku personel apteki. Do tego celu służy przycisk Dodaj personel. Po jego kliknięciu otworzy się lista dostępnego personelu, z której należy wybrać odpowiednie osoby. Obsługa listy personelu jest identyczna jak słownika rodzajów doświadczenia opisanego w rozdziale Zakładka Doświadczenie.

Lista personelu 🔍 - ✕

PESEL	Nazwisko	Imię	Numer prawa wykonywania zawodu	Wybierz
XXXXXXXXXX	Kowalski	Janina	XXXXXXXXXX	Wybierz
XXXXXXXXXX	Kowalski	Janina	XXXXXXXXXX	Wybierz

Po wybraniu osoby otworzy się okno prezentujące dane personelu podane podczas dodawania personelu do apteki w Portalu Potencjału. W oknie tym możliwe jest również określenie stanowiska dodawanego do wniosku personelu. Dokonuje się tego wybierając stanowisko z rozwijanej listy dostępnej po kliknięciu przycisku ▼.



Wnioski o umowę na realizację recept

Wersja 1.0265 | 000005 (test)

Przegląd wniosków >> Wniosek o umowę na realizację recept >> Personel

[Powrót](#) | [Pomoc](#) | [Wyloguj](#)

Personel

Wniosek: 628

Data rejestracji: 16.12.2011

Status: **przygotowanie**

Nazwisko: ██████████

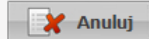
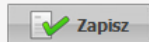
Imię: ████████

PESEL: ██████████

Zaświadczenie o odbyciu stażu/praktyki

Nazwa zaświadczenia: **Zaświadczenie**
Data wydania: **2011-11-01**Numer zaświadczenia: **1**
Nazwa apteki wydającej: **Wydający**

Liczba lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy: 1

Okres:
Od początku umowy
Bezterminowo

Grupa zawodowa

Farmaceuci

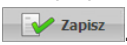
Zawód/specjalność

Farmaceuta - farmacja szpitalna

Stanowisko PRACOWNIK APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO

[W górę](#)

W oknie **Personel** możliwa jest również zmiana grupy zawodowej personelu i zawodu/specjalności dodawanego personelu, jednakże zmiana ta może odbywać się tylko w zakresie grup zawodowych i zawodów/specjalności określonych na zakładce **Grupy zawodowe** u tego personelu.

Po zweryfikowaniu poprawności grupy zawodowej, zawodu/specjalności oraz stanowiska personelu należy kliknąć przycisk .

Wnioski o umowę na realizację recept Wersja 1.0265 | 000005 (test)

Przegląd wniosków >> Wniosek o umowę na realizację recept >> Personel Powrót | Pomoc | Wyloguj

Personel

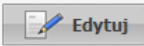

Wniosek: 628	Data rejestracji: 16.12.2011	Status: przygotowanie
Nazwisko: ██████████	Imię: ████████	PESEL: ██████████

Zaświadczenie o odbyciu stażu/praktyki

Nazwa zaświadczenia: Zaświadczenie	Numer zaświadczenia: 1
Data wydania: 2011-11-01	Nazwa apteki wydającej: Wydający

Liczba lat pracy w aptece na podstawie świadectwa pracy: 1

Okres: **Od początku umowy**
Bezterminowo

Grupa zawodowa	2234	Farmaceuci	
Zawód/specjalność	223404	Farmaceuta - farmacja szpitalna	
Stanowisko	PRACOWNIK APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO		
Numer prawa wykonywania zawodu	5569385	Data uzyskania	01.01.1900
Nazwa organu wydającego	Częstochowska Okręgowa Izba Aptekarska z siedzibą w Częstochowie		
Numer dyplomu		Data wydania	..-.-

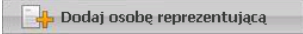
W górę

Po zapisaniu personelu dostępne staną się przyciski umożliwiające edycję lub usunięcie personelu z wniosku. Kliknięcie **Powrót** pozwoli na powrót do okna szczegółów wniosku.

3.3.8.1.2 Dodawanie kierownika apteki do wniosku

Kierownika apteki wyznacza się w **Danych świadczeniodawcy** na **Portalu Potencjału**. Kierownik apteki musi być wyznaczony przed złożeniem wniosku.

3.3.8.1.3 Dodawanie osoby reprezentującej

Przycisk  pozwala na dodanie do wniosku osoby reprezentującej wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy. Po jego kliknięciu dostępne staną się pola pozwalające wprowadzić imię i nazwisko oraz nr PESEL i nr telefonu (wszystkie wymagane) osoby reprezentującej.



Wnioski o umowę na realizację recept

Wersja 1.0265 | 000005 (test)

Przegląd wniosków >> Wniosek o umowę na realizację recept

Powrót | Pomoc | Wyloguj

Wniosek 628

Przełącz do OW NFZ

Anuluj wniosek

Wniosek: 628

Data rejestracji: 16.12.2011

Status: przygotowanie

Numer konta bankowego

91 1240 2845 2855 1509 1712 2776

Bank Polska Kasa Opieki S.A.

Edytuj

Dodaj personel

Kierownik apteki

Nazwisko	Imię	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Szczegóły	Usuń
Kowalski	Janina	812123456789	123456		

Personel fachowy apteki

Nazwisko	Imię	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Szczegóły	Usuń
Kowalski	Janina	812123456789	123456		

Dodaj osobę reprezentującą

Osoby reprezentujące wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy

PESEL:

Nazwisko:

Imię:

Numer telefonu:

Zapisz

Anuluj

W górę

Po wprowadzeniu danych osoby reprezentującej należy kliknąć przycisk Zapisz. Po zapisaniu dostępne staną się przyciski pozwalające na edycję bądź usunięcie osoby reprezentującej.

Wnioski o umowę na realizację recept

Wersja 1.0265 | 000005 (test)

Przegląd wniosków >> Wniosek o umowę na realizację recept Powrót | Pomoc | Wyloguj

Wniosek 628

Przebieg
 Przebieg
 Przebieg

Wniosek: 628
Data rejestracji: 16.12.2011
Status: przygotowanie

Numer konta bankowego

91 1240 2845 2855 1509 1712 2776

Bank Polska Kasa Opieki S.A.

Dodaj personel

Kierownik apteki

Nazwisko	Imię	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	
Kowalski	Janina	87021234567890	123456	Szczegóły Usun

Personel fachowy apteki

Nazwisko	Imię	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	
Kowalski	Janina	87021234567890	123456	Szczegóły Usun

Dodaj osobę reprezentującą

Osoby reprezentujące wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy

PESEL:

Nazwisko:

Imię:

Numer telefonu:

Edytuj Usuń

W górę

3.3.8.2 Przekazanie wniosku do OW NFZ

Po prawidłowym wypełnieniu wniosku można go przekazać do oceny Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia. W tym celu należy kliknąć przycisk Przebieg znajdujący się w szczegółach wniosku. Po kliknięciu wyświetli się okienko z pytaniem o wydruk dokumentów wniosku.

Wnioski o umowę na realizację recept

Czy chcesz wydrukować dokumenty wniosku?

Tak

Nie

W przypadku odpowiedzi negatywnej możliwe będzie ich późniejsze wydrukowanie.

Po przekazaniu wniosku do OW NFZ zmieni się status wniosku z *Przygotowanie* na *Przekazany do OW NFZ*, przyciski Przebieg i Anuluj wniosek na Do edycji i Drukuj.

Wnioski o umowę na realizację recept

Wersja 1.0265 | 000005 (test)



Przegląd wniosków >> Wniosek o umowę na realizację recept

Powrót | Pomoc | Wyloguj

Wniosek 628

Do edycji

Drukuj

Wniosek: 628

Data przekazania: 16.12.2011

Status: przekazany do OW NFZ

Numer konta bankowego

91 1240 2845 2855 1509 1712 2776

Bank Polska Kasa Opieki S.A.

Edytuj

Dodaj personel

Kierownik apteki

Nazwisko	Imię	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Szczegóły	Usuń
Kowalski	Janina	81021234567890	123456		

Personel fachowy apteki

Nazwisko	Imię	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Szczegóły	Usuń
Kowalski	Janina	81021234567890	123456		

Dodaj osobę reprezentującą

Osoby reprezentujące wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy

PESEL:

Nazwisko:

Imię:

Numer telefonu:

Edytuj

Usuń

W górę

Przycisk pozwala na ponowną edycję wniosku. Do czasu oceny rozpoczęcia oceny wniosku przez OW NFZ można edytować wniosek bez konsekwencji składania nowego wniosku. Rozpoczęcie oceny wniosku przez OW NFZ blokuje możliwość jego edycji. Podczas oceny wniosek ma status *W trakcie sprawdzania*.

3.3.8.3 Drukowanie dokumentów

Po przekazaniu wniosku elektronicznego do OW NFZ należy wydrukować wniosek wraz z załącznikami, po czym wypełnić ręcznie, podpisać i dostarczyć do Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wydruk dokumentów możliwy jest po kliknięciu przycisku Drukuj dostępnego po przekazaniu wniosku elektronicznego do OW NFZ.

Po jego kliknięciu otworzy się okno, w którym dostępny będzie wydruk następujących dokumentów:


1. Wniosek
2. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych
3. Oświadczenie o odpowiedzialności karnej
4. Konto bankowe
5. Wzory podpisów
6. Wzór podpisu i parafy osób reprezentujących
7. Oświadczenie kierownika apteki

8. Umowa

Wnioski o umowę na realizację recept Wersja 1.0266

Drukowanie dokumentów wniosku 628 ▶ Zamknij

Wpisz tekst widoczny na obrazku do pola tekstowego umieszczonego poniżej, aby uzyskać dostęp do dokumentów.



Wniosek

Załączniki

<input type="button" value="+ 1. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych"/>	<input type="button" value="+ 2. Oświadczenie o odpowiedzialności karnej"/>
<input type="button" value="+ 3. Konto bankowe"/>	<input type="button" value="+ 4. Wzory podpisów"/>
<input type="button" value="+ 5. Wzór podpisu i parafy osób reprezentujących"/>	<input type="button" value="+ 6. Oświadczenie kierownika apteki"/>

Umowa

 (wymagane 3 egzemplarze)
Drukowanie treści umowy z portalu nie jest wymagane. Umowa może zostać wydrukowana w Oddziale Funduszu po sprawdzeniu poprawności wniosku.

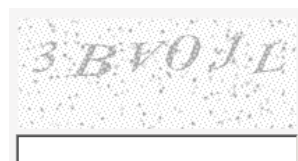
Wydruk umowy jest możliwy aczkolwiek nie jest konieczny. Wydrukowanie (w 3 egzemplarzach) i dołączenie do wysłanego wniosku spowoduje, że umowa zostanie podpisana przez OW NFZ i jeden egzemplarz w formie podpisanej odesłany zostanie do wnioskującego.


W przypadku samodzielnego dostarczania wniosku z załącznikami do OW NFZ umowa może zostać wydrukowana na oczekaniu w OW NFZ.

Natomiast w przypadku wysłania samego wniosku z załącznikami (bez umowy) wnioskujący otrzyma zaproszenie do stawienia się w OW NFZ i podpisania umowy.

Oczywiście wszystkie trzy powyższe scenariusze dotyczą wniosków, w których nie stwierdzono żadnych uchybień. W przypadku ich stwierdzenia wnioskujący zostanie wezwany do usunięcia braków.

Dostęp do wydruków zabezpieczony jest kodem [CAPTCHA](#) widocznego w górnej części okna.



Kod należy wpisać w pole znajdujące się poniżej kodu i zatwierdzić klikając przycisk . Przycisk  znajdujący się obok kodu pozwala na odświeżenie, a co za tym idzie, zmianę wyświetlanego kodu - np. w przypadku jego nieczytelności. Po poprawnym wprowadzeniu kodu dostępne staną się przyciski z wydrukami.

Wnioski o umowę na realizację recept

Wersja 1.0266

Drukowanie dokumentów wniosku 628

Zamknij

Wniosek

+ Wniosek

Załączniki

+ 1. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

+ 2. Oświadczenie o odpowiedzialności karnej

+ 3. Konto bankowe

+ 4. Wzory podpisów

+ 5. Wzór podpisu i parafy osób reprezentujących

+ 6. Oświadczenie kierownika apteki

Umowa

+ Umowa

(wymagane 3 egzemplarze)

Drukowanie treści umowy z portalu nie jest wymagane. Umowa może zostać wydrukowana w Oddziale Funduszu po sprawdzeniu poprawności wniosku.

Do otwarcia plików z dokumentami wniosku niezbędna jest zainstalowana aplikacja Acrobat Reader. Jest ona bezpłatna i możliwe jest jej ściągnięcie ze strony producenta pod adresem: <http://get.adobe.com/reader/>.

3.3.8.4 Uzupelnianie braków

Po rozpoczęciu oceny wniosku przez OW NFZ, w przypadku wystąpienia jakichś braków bądź niejasności, wnioskodawca zostanie poproszony o uzupełnienie braków w określonym przez OW NFZ terminie. W takim przypadku wniosek otrzymuje status *do uzupełnienia* i ponownie staje się dostępny do edycji. Wskazane przez OW NFZ braki należy uzupełnić po czym ponownie wniosek przekazać do OW NFZ oraz wydrukować, uzupełnić, podpisać i dostarczyć do OW NFZ wszystkie wymagane dokumenty związane z umową. Należy pamiętać, by dokumenty dotarły do OW najpóźniej ostatniego dnia terminu wskazanego przez OW NFZ.

3.3.8.5 Wydruk umowy

Po pozytywnej ocenie wniosku jego status zostanie zmieniony na *kompletny*. W tym momencie OW NFZ jest gotowy podpisać z wnioskującym umowę na realizację recept. Wydruk umowy, jej podpisanie i dostarczenie wnioskującemu może odbyć się na parę sposobów:

1. Jeśli wnioskujący przesłał do OW NFZ wniosek wraz z załącznikami za pośrednictwem operatora pocztowego i ocena tego wniosku przebiegła pozytywnie to zostanie mu wysłane zaproszenie do podpisania umowy. W tym celu wnioskujący musi udać się do OW NFZ.
2. Jeśli wnioskujący samodzielnie przekazał do OW NFZ wniosek wraz z załącznikami to OW NFZ może na oczekaniu ocenić wniosek i jeśli ocena przebiegła pozytywnie, wydrukować umowę i ją podpisać.
3. Jeśli wnioskujący przesłał do OW NFZ wniosek wraz z załącznikami oraz wydrukowaną i podpisaną w trzech egzemplarzach umowę i ocena wniosku przebiegła pozytywnie to do wnioskującego zostanie odesłana podpisana kopia umowy.

Wnioski o umowę na realizację recept


Wersja 1.0266 | 000005 (test)

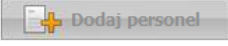
Przegląd wniosków >> Wniosek o umowę na realizację recept Powrót | Pomoc | Wyloguj

Wniosek 628

Wniosek: **628** Data przekazania: **17.12.2011** Status: **kompletny**

Numer konta bankowego

 Bank Polska Kasa Opieki S.A. 




Kierownik apteki

Nazwisko	Imię	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Szczegóły	Usuń
Kowalski	Janina	882110880140	123456	Szczegóły	Usuń

Personel fachowy apteki

Nazwisko	Imię	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Szczegóły	Usuń
Kowalski	Janina	882110880140	123456	Szczegóły	Usuń



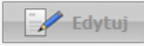

Osoby reprezentujące wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy

PESEL:

Nazwisko:

Imię:

Numer telefonu:

[W górę](#)

3.3.8.6 Statusy wniosku

Stan wniosku określany jest przez jego status, który zmienia się wraz z postępowaniem procesu.

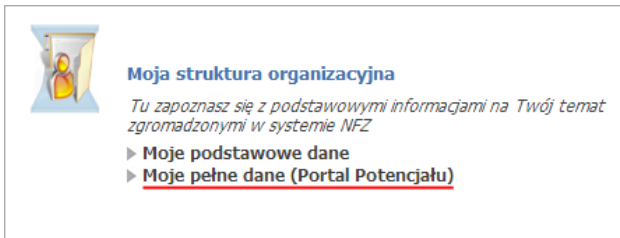
1. **Przygotowanie** - ten status wniosek otrzymuje zaraz po jego wprowadzeniu i oznacza, że wniosek został utworzony w Portalu Świadczeniodawcy i może 7 dni kalendarzowych oczekiwać na przekazanie do OW NFZ. Wniosek o statusie **Przygotowanie** może zmienić status na **Przekazany do OW NFZ**. Ze statusu **Przekazany do OW NFZ** może zmienić status na **Przygotowanie** (poprzez ponowną edycję wniosku) do momentu zmiany statusu wniosku przez OW NFZ na status **W trakcie sprawdzania**.
2. **Anulowany** - ten status wniosku oznacza, że zrezygnowano z przekazania wniosku do OW NFZ, np. z powodu pomyłki operatora lub wniosek został anulowany przez operatora w OW NFZ z uwagi na nieusunięcie braków formalnych wniosku w wyznaczonym terminie.
3. **Przekazany do OW NFZ** - ten status wniosek otrzymuje po przekazaniu wniosku w formie elektronicznej do oceny przez OW NFZ.
4. **Wprowadzony** - ten status wniosku oznacza, że wpłynął wniosek w formie papierowej i fakt ten został ręcznie odnotowany w rejestrze wniosków Systemu Informatycznego OW NFZ.
5. **W trakcie sprawdzania** - ten status wniosku oznacza, że wniosek podlega ocenie przez OW NFZ pod kątem poprawności, kompletności i zasadności. W przypadku wniosku wprowadzanego przez pracownika

OW NFZ (gdy wniosek przekazany do OW tylko w wersji papierowej) wniosek o statusie **Do uzupełnienia**, gdy zostaną usunięte braki formalne wniosku, może przejść do statusu **W trakcie sprawdzenia**. Zmiany statusu dokonuje pracownik OW NFZ

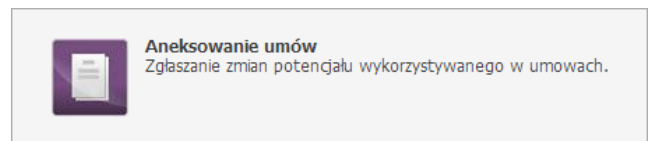
6. **Do uzupełnienia** - ten status wniosku oznacza, że wniosek nie był poprawny lub kompletny i wnioskujący został wezwany do uzupełnienia wniosku w wyznaczonym terminie.
7. **Kompletny** - ten status wniosku oznacza, że wniosek został już sprawdzony i jest poprawny i kompletny.
8. **Zakończony** - ten status wniosku oznacza, że złożenie wniosku zakończyło się podpisaniem umowy.

3.3.8.7 Zgłaszanie zmian personelu

Zgłaszanie zmian personelu odbywa się w **Portalu Aneksowania**, który jest częścią **Portalu Potencjału**, który z kolei jest częścią **Portalu Świadczeniodawcy**.



Przycisk w Portalu Świadczeniodawcy pozwalający na przejście do Portalu Potencjału



Przycisk w Portalu Potencjału pozwalający na przejście do Portalu Aneksowania

Po otwarciu **Portalu Aneksowania** otworzy się okno **Zgłoszenia zmian do umów** umożliwiające wyszukiwanie i przegląd dotychczasowych zgłoszeń, a także dodawanie nowych.

Zgłoszenia zmian do umów

Wersja 1.0305 | ap/test/m (marta)

[Pomoc](#) | [Wyloguj](#)

Zgłoszenia zmian do umów

Wyszukiwanie zgłoszeń zmian do umów Filtr jest nieaktywny [Ukryj](#)

Podaj dane zgłoszenia zmian do umowy, które chcesz wyszukać lub nie podawaj nic, jeżeli chcesz wyświetlić wszystkie zgłoszenia.

Rok:

Rodzaj świadczenia:

Typ umowy:

Umowa:

Status zgłoszenia:

Data rejestracji zgłoszenia:

Zawiera odrzucone zmiany:

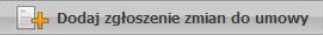


[W górę](#)

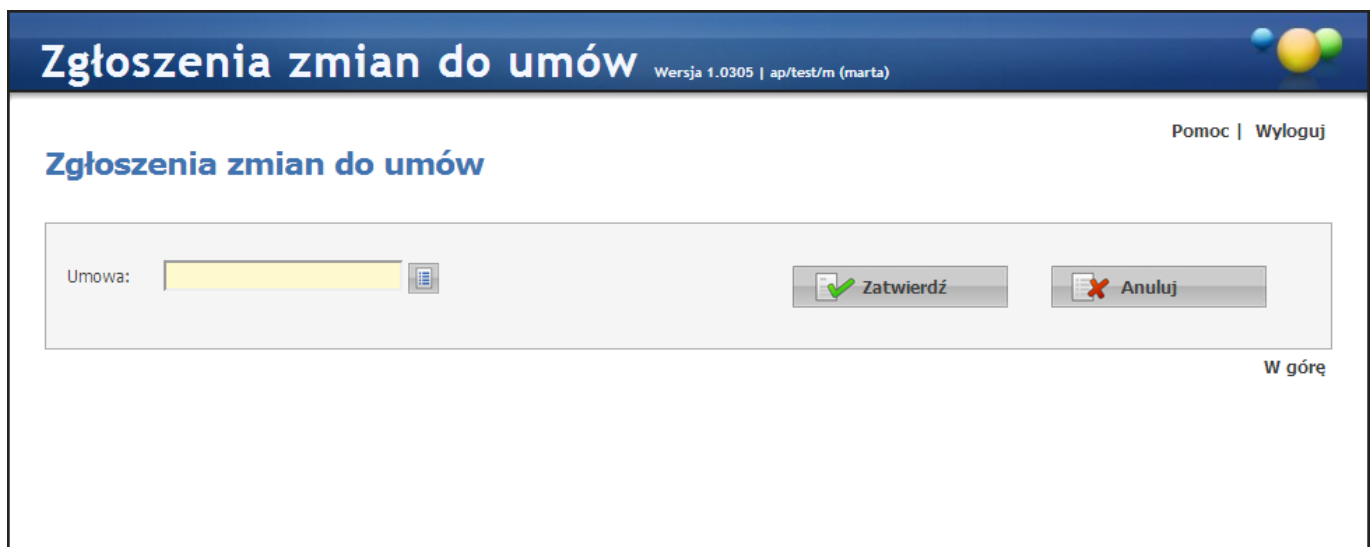
W oknie znajdują się pola filtrujące, pozwalające na określenie parametrów wyszukiwania złożonych wcześniej zgłoszeń zmian do umów. Obsługa pól filtrujących jest analogiczna do obsługi innych pól tego typu znajdujących się w aplikacji. Przycisk pozwala na wyszukanie zgłoszeń spełniających warunki określone w filtrach. Kliknięcie przycisku przy pustych polach filtrujących spowoduje wyświetlenie wszystkich zgłoszeń.

Lista zgłoszeń (jeżeli istnieją) wyświetlana jest w dolnej części formatki. Z prawej strony każdego wiersza w tabeli złożonych zgłoszeń znajduje się przycisk **Szczegóły**, którego kliknięcie pozwala na przegląd szczegółów zgłoszenia.

Id zgłoszenia	Typ umowy	Kod umowy	Umowa od	Umowa do	Status zgłoszenia	Data utworzenia	Przekazano do NFZ	
47587	13/1	11/ap/test/m/REF2012/K	01.01.2012	bezterminowo	w trakcie rejestracji	14.02.2013	-----	Szczegóły

3.3.8.7.1 Dodawanie nowego zgłoszenia


Nowy zgłoszenie dodaje się klikając przycisk  w oknie przeglądu zgłoszeń. Po jego kliknięciu wyświetlone zostanie okno w którym należy wprowadzić kod umowy (bądź wybrać ją ze listy umów dostępnej po kliknięciu przycisku ) , po czym kliknąć przycisk  w celu utworzenia zgłoszenia.

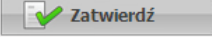
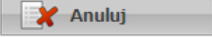


Zgłoszenia zmian do umów Wersja 1.0305 | ap/test/m (marta)

Pomoc | Wyloguj

Zgłoszenia zmian do umów

Umowa: 

W górę

Po utworzeniu zgłoszenia wyświetlone zostanie okno zawierające personel związany z wybraną umową.

Zgłoszenia zmian do umów

Wersja 1.0305 | ap/test/m (marta)

Przegląd zgłoszeń zmian do umów >> Zgłoszenie zmian do umowy aptecznej Powrót | Pomoc | Wyloguj

Zgłoszenie zmian 47587

Umowa: 11/ap/test/m/REF2012/K Zgłoszenie zmian: 47587 Status: **w trakcie rejestracji** Data rejestracji: 14.02.2013

Wyszukiwanie personelu

Filtr jest nieaktywny [Ukryj](#)

Podaj dane personelu, którego chcesz wyszukać lub nie podawaj nic, jeżeli chcesz wyświetlić całą listę personelu.

Nazwisko:

Imię:

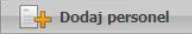
Pesel:

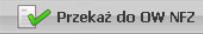
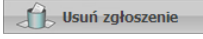
 



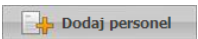
Nazwisko	Imię	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Stan	Decyzja Funduszu
...		Zgłaszane zmiany 
...		Zgłaszane zmiany 

[W górę](#)


W oknie znajdują się pola filtrujące pozwalające na wyszukiwanie personelu, przycisk  pozwalający na dodawanie personelu do umowy oraz lista personelu aktualnie związanego z umową. Z prawej strony każdego wiersza w tabeli personelu znajduje się przycisk **Zgłaszane zmiany** pozwalający na zmianę grupy zawodowej, zawodu/specjalności i stanowiska personelu, a także na edycję okresu zatrudnienia; oraz przycisk **Usun** pozwalający na usunięcie wybranego personelu z umowy.

Po zakończeniu wprowadzania zmian zgłoszenie należy przekazać do akceptacji OW NFZ za pomocą przycisku . Przycisk  pozwala na usunięcie wprowadzonego zgłoszenia bez przekazywania go do OW NFZ. Po przekazaniu zgłoszenia nie ma już możliwości jego usunięcia.

3.3.8.7.2 Dodawanie personelu do zgłoszenia

Po kliknięciu przycisku  otworzy się lista dostępnego personelu, z której należy wybrać odpowiednią osobę.

Lista personelu				
PESEL	Nazwisko	Imię	Numer prawa wykonywania zawodu	
...	Wybierz
...	Wybierz


Po wybraniu osoby otworzy się okno prezentujące dane personelu podane podczas dodawania personelu do apteki w Portalu Potencjału. W oknie tym możliwe jest również określenie stanowiska dodawanego do wniosku personelu. Dokonuje się tego wybierając stanowisko z rozwijanej listy dostępnej po kliknięciu przycisku .


Zgłoszenia zmian do umów Wersja 1.0305 | ap/test/m (marta)

Przegląd zgłoszeń zmian do umów >> Zgłoszenie zmian do umowy aptecznej >> Personel Powrót | Pomoc | Wyloguj

Umowa: **11/ap/test/m/REF2012/K** Zgłoszenie zmian: **47587** Status: **w trakcie rejestracji** Data rejestracji: **14.02.2013**

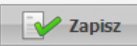

Nazwisko: _____ Imię: _____ PESEL: _____



Okres: 

Od początku umów

Bezterminowo

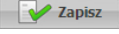
Grupa zawodowa:

Zawód/specjalność:

Stanowisko:

[W górę](#)

Zmiana grupy zawodowej personelu i zawodu/specjalności dodawanego personelu może odbywać się tylko w zakresie grup zawodowych farmaceutycy/technicy farmaceutyczni i zawodów/specjalności określonych na zakładce **Grupy zawodowe** u tego personelu.

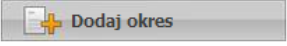
Po zweryfikowaniu poprawności grupy zawodowej, zawodu/specjalności oraz stanowiska personelu należy kliknąć przycisk .

Zgłoszenia zmian do umów Wersja 1.0305 | ap/test/m (marta)

Przegląd zgłoszeń zmian do umów >> Zgłoszenie zmian do umowy aptecznej >> Personel Powrót | Pomoc | Wyloguj

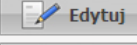

Umowa: **11/ap/test/m/REF2012/K** Zgłoszenie zmian: **47587** Status: **w trakcie rejestracji** Data rejestracji: **14.02.2013**

Nazwisko: _____ Imię: _____ PESEL: _____



Okres:

Bezterminowo

Grupa zawodowa:

Zawód/specjalność:

Stanowisko:

Numer prawa wykonywania zawodu: Data uzyskania:

Nazwa organu wydającego:

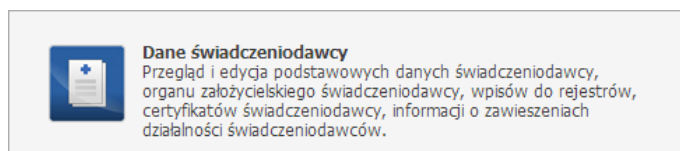
Numer dyplomu: Data wydania:

[W górę](#)

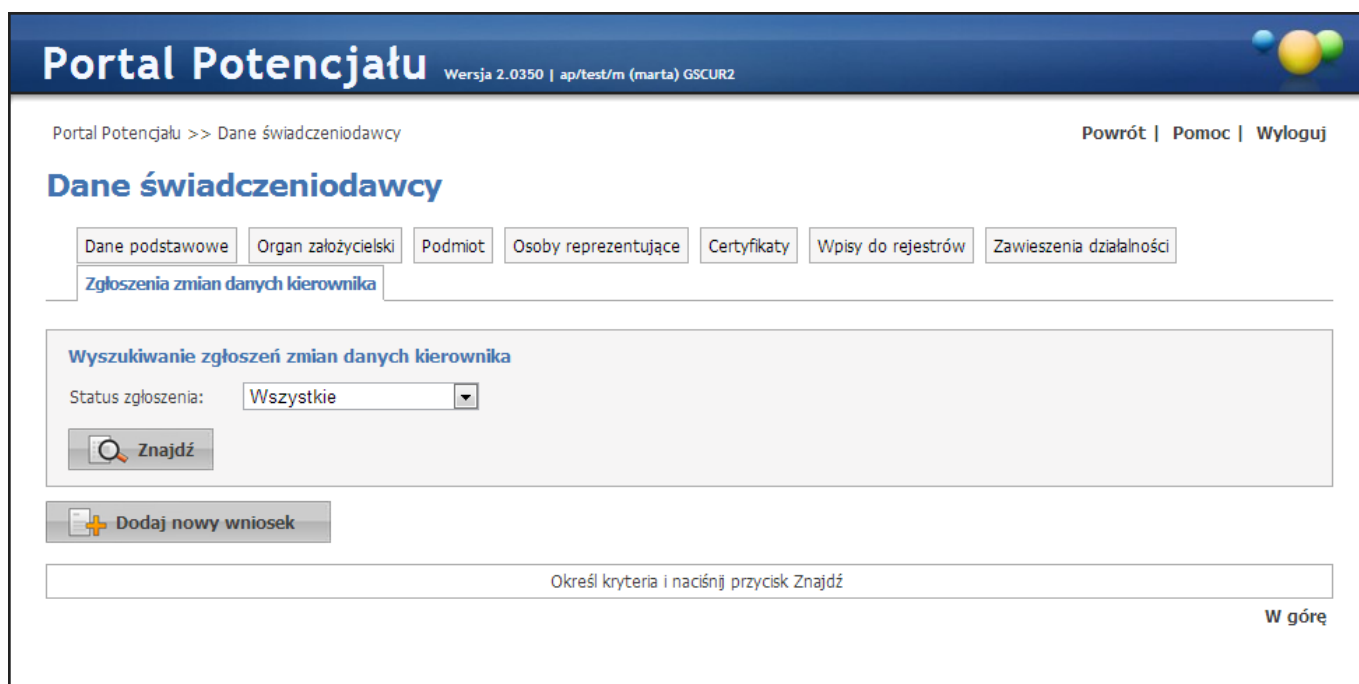
Po zapisaniu personelu dostępne staną się przyciski umożliwiające edycję lub usunięcie personelu z wniosku. Kliknięcie **Powrót** pozwoli na powrót do okna szczegółów zgłoszenia.

3.3.8.7.3 Zmiana kierownika apteki


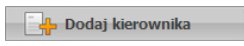
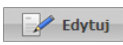
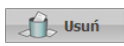
Zmiana kierownika apteki odbywa się na zakładce **Zgłoszenia** zmian danych kierownika w **Danych Świadczeniodawcy** na **Portal Potencjału**.



Przycisk na Portalu Potencjału pozwalający przejść do Danych Świadczeniodawcy



Zakładka Zgłoszenia zmian danych kierownika

Kliknięcie przycisku  pozwala na dodanie nowego wniosku. Po jego kliknięciu otworzy się okno, w którym można dodać nowego kierownika (przycisk ) oraz edytować (przycisk ) numer telefonu lub okres pracy na stanowisku kierownika aktualnego kierownika. Możliwe jest również usunięcie kierownika za pomocą przycisku .

Portal Potencjału

Wersja 2.0350 | ap/test/m (marta) GSCUR2

Portal Potencjału >> Dane świadczeniodawcy >> Zgłoszenie zmian danych kierownika Powrót | Pomoc | Wyloguj

Zgłoszenie zmian danych kierownika 47590

Data rejestracji: **14.02.2013** Data przekazania: Status: **W trakcie edycji** Data oceny przez OW NFZ:

Imię: Nazwisko: PESEL: Nr prawa wyk. zaw.: Nr dokumentu:


 Okres: -

 Telefon:

W górę

Podczas dodawania nowego kierownika należy podać okres zatrudnienia na stanowisku kierownika oraz numer telefonu (wymagany). Jako data rozpoczęcia okresu sugerowana jest data zatrudnienia osoby znajdująca się w słowniku personelu. Brak podania końca okresu jest równoznaczny z bezterminowym zatrudnieniem osoby na stanowisku kierownika. W przypadku gdy poprzedni kierownik również nie ma podanego końca okresu, to za dzień zakończenia okresu poprzedniego kierownika zostanie ustawiony dzień poprzedzający rozpoczęcie okresu dodawanego kierownika. Przy zapisywaniu dodawanego kierownika operator zostanie poinformowany o tym stosownym komunikatem.

Portal Potencjału - X



W danym dniu może występować tylko jeden kierownik. Podany okres koliduje z innymi okresami, czy chcesz aby inne wpisy zostały skrócone/usunięte?

Portal Potencjału

Wersja 2.0350 | ap/test/m (marta) GSCUR2

Portal Potencjału >> Dane świadczeniodawcy >> Zgłoszenie zmian danych kierownika Powrót | Pomoc | Wyloguj

Zgłoszenie zmian danych kierownika 47591

Usun zgłoszenie
Przełącz do OW NFZ

Data rejestracji: **14.02.2013** Data przekazania: Status: **W trakcie edycji** Data oceny przez OW NFZ:

+ Dodaj kierownika

Imię: <input type="text"/>	Nazwisko: <input type="text"/>	PESEL: <input type="text"/>	Nr prawa wyk. zaw.: <input type="text"/>	Nr dokumentu: <input type="text"/>
Edytuj		Okres: <input type="text"/>	<input type="text" value="31.01.2013"/>	
Usun		Telefon: <input type="text"/>	<input type="text" value="(000)333 33 33"/>	

Imię: <input type="text"/>	Nazwisko: <input type="text"/>	PESEL: <input type="text"/>	Nr prawa wyk. zaw.: <input type="text"/>	Nr dokumentu: <input type="text"/>
Edytuj		Okres: <input type="text" value="01.02.2013"/>	<input type="text"/>	
Usun		Telefon: <input type="text"/>	<input type="text" value="(000)555 55 55"/>	

W górę

Po zakończeniu wprowadzania zmian zgłoszenie należy przekazać do akceptacji OW NFZ za pomocą przycisku Przełącz do OW NFZ. Przycisk Usun zgłoszenie pozwala na usunięcie wprowadzonego zgłoszenia bez przekazywania go do OW NFZ. Po przekazaniu zgłoszenia nie ma już możliwości jego usunięcia.

3.4 Zaopatrzenie ortopedyczne

Do funkcjonalności związanej z przesyłaniem danych użytkownik ma dostęp za pomocą odpowiedniego linku: **Zaopatrzenie ortopedyczne / Przekazanie danych o zrealizowanych środkach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne.**

Natomiast w celu zapoznania się z informacjami o przesyłkach dotyczących zaopatrzenia ortopedycznego użytkownik powinien po zalogowaniu się do Portalu Świadczeniodawcy wybrać opcję: **Zaopatrzenie ortopedyczne / Przegląd zrealizowanych świadczeń.**

Zaopatrzenie ortopedyczne

Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca przeprowadzenie rozliczenia w zakresie zaopatrzenia w środki ortopedyczne, pomocnicze i techniczne

- ▶ Przekazanie danych o zrealizowanych środkach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne
- ▶ Przegląd zrealizowanych świadczeń

Powrót

3.4.1 Przekazanie danych o zrealizowanych środkach

Rozliczenie z OW NFZ związane jest z koniecznością wykonania przez świadczeniodawcę następujących czynności:

- **I faza:** Świadczeniodawca przesyła komunikat XML z listą produktów, za które chce otrzymać zwrot w postaci refundacji.
- **Odpowiedź:** System informatyczny OW NFZ sprawdza poprawność pliku XML i generuje odpowiedź.

- **II faza:** Świadczeniodawca potwierdza chęć rozliczenia pozycji uznanych przez system za poprawne.
- **Odpowiedź:** System informatyczny przypisuje poszczególne produkty do szablonów rachunku i prezentują tę informację świadczeniodawcy
- **Rozliczenie:** Świadczeniodawca sporządza faktury oddzielnie dla każdego szablonu rachunku i dostarcza je do OW NFZ.

I faza - Wysyłanie pliku XML

Przycisk **Przełóżaj** w sekcji **Wysyłanie pliku** powoduje wyświetlenie okna wybierania pliku. Aby wysłać przesyłkę należy wybrać plik i nacisnąć przycisk **Wyślij**.

Przełóż przesyłkę

Na stronie WWW możliwe jest przeglądanie przesyłek dostarczonych przez zalogowanego Świadczeniodawcę. Przeglądać można przesyłki względem deklarowanego roku i miesiąca sprawozdawczego oraz kodu umowy. Można również uwzględnić usunięte przesyłki.

Identyfikator	Plik wysłany	Informacje nagłówkowe	Plik odpowiedzi	Status	Odpowiedź	Akcja
Id: 10866 GUID: f68aa719-7d79-475e-86c6-63da0e6e067b	Nazwa: 05_TS2K2_08... Data: 2012-05-23 Godzina: 15:53:40 Rozmiar: 1 KB	Rok/Miesiąc: 2012/5 Umowa: 08R/66666/SIV/ZPO/2012 Id dokumentu: 2012/05 Nr generacji: 1 Tryb przesłania: Sprawozdanie	Nazwa: P_ZPO_08R66... Data: 2012-05-24 Godzina: 11:26:28 Rozmiar: 818 B	Przyjęty, do akceptacji przez pracowników O.W. NFZ	Podgląd Pobierz	Świadczenia Usuń

W tabeli z przesyłkami można wybrać odnośnik **Podgląd**, który przeniesie nas do strony zawierającej treść odpowiedzi na daną przesyłkę lub - w przypadku braku odpowiedzi - wyświetli odpowiedni komunikat. Przykładowy komunikat potwierdzenia danych:



Komunikat potwierdzenia danych
(typ: P_ZPO, wersja 2, utworzony dnia: 2009-01-29 godz. 11:06:09)

Wystąpiły błędy w pozycjach sprawozdania

Dane sprawozdania	
Kod świadczeniodawcy:	AH001
Umowa:	AH001/0412/09
Miesiąc / rok:	styczeń / 2009
Identyfikator dokumentu:	2009/01
Numer korekty:	0

Identyfikator pozycji	Waga problemu	Opis problemu
19	błąd	Kod wniosku: 2-04-09-0021512-8. Brak zlecenia wśród wniosków potwierdzonych. Nie znaleziono danych w bazie danych.
20	błąd	Kod karty zaopatrzenia: 3-04-09-0026352-2. Brak karty zaopatrzenia. Nie znaleziono danych w bazie danych.

Informacja zawarta w powyższym komunikacie zawiera m.in. opis napotkanych problemów w odniesieniu do każdej pozycji z osobna lub w stosunku do całego komunikatu.

Te same dane można uzyskać w formie komunikatu odpowiedzi XML poprzez kliknięcie w tabeli z przesyłkami w odnośnik **Pobierz**. Skutkuje to pobraniem pliku odpowiedzi I fazy i zapisaniem jej na dysk lokalny komputera, bądź wyświetleniem komunikatu o braku odpowiedzi do przesyłki.

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8" ?>
- <komunikat xmlns="www.csioz.gov.pl/xml/swd-platnik/1" xmlns:nfz="www.nfz.gov.pl/xml/swd-platnik/1"
  typ="P_ZPO" wersja="2" nfz:wersja="1.4" id-odb="AH001" id-inst-odb="{616D552E-6457-4F0C-A1BF-8F84891078DA}"
  nr-gen-odb="8" id-nad="04" id-inst-nad="" nr-gen="2804" czas-gen="2009-01-29T11:06:09"
  nfz:info-aplik-nad="KC_ORTN_LOAD_01.5503" nfz:info-kontakt-nad="tech_port@sygnity.pl">
  <swiadczeniodawca typ-id-swd="X" id-swd="AH001" id-inst="{616D552E-6457-4F0C-A1BF-8F84891078DR}" />
  - <potw-spraw-rozlicz-zposp umowa="AH001/0412/09" rok="2009" miesiac="01" id-dok-rozl="2009/01" nr-korekty="0">
  - <potw-poz-spraw-zposp>
    - <potw-poz-rozl-zposp id-inst="{616D552E-6457-4F0C-A1BF-8F84891078DR}" id-poz-rozl="19">
      <problem waga="B" kod="E1001" opis="Kod wniosku: 2-04-09-0021512-8. Brak zlecenia wśród wniosków potwierdzonych. Nie znaleziono danych w bazie danych." />
    </potw-poz-rozl-zposp>
    - <potw-poz-rozl-zposp id-inst="{616D552E-6457-4F0C-A1BF-8F84891078DR}" id-poz-rozl="20">
      <problem waga="B" kod="E1201" opis="Kod karty zaopatrzenia: 3-04-09-0026352-2. Brak karty zaopatrzenia. Nie znaleziono danych w bazie danych." />
    </potw-poz-rozl-zposp>
  </potw-poz-spraw-zposp>
</potw-spraw-rozlicz-zposp>
</komunikat>
```

Plik odpowiedzi P_ZPO przeznaczony jest do importowania go do aplikacji realizatora.

Pozycje wskazane jako błędne na portalu należy skorygować przesyłając plik korekty - dotyczy to również pozycji, które mają zostać usunięte (jeśli nie zostaną usunięte z portalu będą nadal brane pod uwagę w procesie weryfikacji pomimo, iż nie znalazły się w wygenerowanym szablonie rozliczeniowym).

Odnośnik **Przetwórz ponownie** umożliwia ponowne przesłanie pliku ze sprawozdaniem realizatora ortopedycznego do ponownego przetworzenia. Ponowne przetworzenie plików możliwe jest dla przesyłek odrzuconych bądź usuniętych. Funkcja pozwala wyeliminować problem odrzucenia sprawozdania z powodu przesłania przez świadczeniodawcę plików w złej kolejności. Odrzucone sprawozdanie można przesać do ponownego przetworzenia w dalszej kolejności.

3.4.2 Przegląd świadczeń zaopatrzenia ortopedycznego

Wybór opcji **Świadczenia** w tabeli z przesyłkami lub wybór odnośnika **Świadczenia** w menu głównym pozwoli na przegląd listy poszczególnych produktów przesłanych do systemu informatycznego OW NFZ.

Wyszukiwanie

Rok sprawozdawczy: 2012

Miesiąc sprawozdawczy: maj

Kod umowy: 08R/66666/SIV/ZPO/2012

Kod instalacji: {2F917F50-DB05-404B-B9CA-E3E4C15}



Identyfikator szablonu:



Typ pozycji:

Status weryfikacji:

Identyfikator przesyłki: 10866

Wyszukaj

Pozycje ogółem Liczba: 1 Kwota refundacji: 300,00 zł
 Pozycje poprawne  Liczba: 1 Kwota refundacji: 300,00 zł
 Pozycje błędne  Liczba: 0 Kwota refundacji: 0,00 zł

Id pozycji	Typ pozycji	Id szablonu	Typ dokumentu	Kod dokumentu	Przedmiot / środek	Produkt handlowy	Liczba sztuk	Kwota refundacji	Dopłata pacjenta	Weryfikacja
1		12864	Karta	3-08-11-0000004-9	9234.01.01	511054	10	300,00 zł	0,00 zł	




Na liście dostępne są między innymi filtry takie jak:

- okres sprawozdawczy (rok i miesiąc),
- kod umowy,
- identyfikator instalacji systemu realizatora,
- identyfikator szablonu rachunku,
- typ pozycji (pozycje aktualne, pozycje skorygowane oraz korygujące),
- status weryfikacji (poprawna/błędna).

Na podglądzie dostępne są także: liczba wniosków oraz sumaryczna kwota refundacji wynikająca z zadanych warunków wyszukiwania.

W przypadku błędnych pozycji informacja prezentowana na stronie WWW będzie następująca:


Pozycje ogółem Liczba: 2 Kwota refundacji: 144,50 zł
 Pozycje poprawne  Liczba: 0 Kwota refundacji: 0,00 zł
 Pozycje błędne  Liczba: 2 Kwota refundacji: 144,50 zł

Id pozycji	Typ pozycji	Id szablonu	Typ dokumentu	Kod dokumentu	Przedmiot / środek	Produkt handlowy	Kwota refundacji	Status weryfikacji
19			Wniosek	2-04-09-0021512-8	9233	59967	82,50 zł	
20			Karta	3-04-09-0026252-2	9241			

systemy wspomagające słyszenie (pętle indukcyjne, system FM i na podczerwień) w przypadku wad słuchu utrudniających lub ograniczających nabywanie języka i naukę szkolną

II faza - Generowanie szablonów

Na stronie **Przegląd świadczeń zaopatrzenia ortopedycznego** udostępnione zostały nowe funkcje pozwalające na wskazanie przesłanych pozycji do rozliczenia. Następuje to poprzez wybór opcji w menu głównym **Generowanie szablonów**.

 **Generowanie szablonów rachunków**


Rok sprawozdawczy:

Miesiąc sprawozdawczy:

Kod umowy:

Generowanie szablonów dla wszystkich instalacji

Kod instalacji:

 **Pobieranie komunikatu z szablonami rachunków (R_UMW)**

Wybierz identyfikator ządania (lista w ramach wybranych powyżej warunków).

Identyfikator ządania:

W przypadku wskazania kodu instalacji podczas generacji szablonów będą uwzględniane jedynie te pozycje, które znajdowały się na przesyłkach z podanym kodem instalacji. Przy braku kodu instalacji uwzględniane są pozycje z przesyłek przesłanych ze wszystkich baz danych (instalacji) świadczeniodawcy.

Wybór przycisku **Generuj szablon** stanowi drugą fazę i jest warunkiem koniecznym do rozliczenia. Szablony generowane są dla zadanego okresu rozliczeniowego, kodu umowy oraz kodu instalacji (jeżeli został wybrany). Po wykonaniu tej czynności zostaniemy poinformowani odpowiednim komunikatem:

 **Generacja szablonów rachunków**

Rok sprawozdawczy:

Miesiąc sprawozdawczy:

Kod umowy:

Kod instalacji:

Generacja zakończona pomyślnie.

 **Pobieranie komunikatu z szablonami rachunków (R_UMW)**

Wybierz identyfikator ządania (lista w ramach wybranych powyżej warunków).

Identyfikator ządania:

W sytuacji, gdy w sprawozdaniu realizatora pojawią się zlecenia potwierdzone w różnych latach (okres zaopatrzenia z różnych lat dla kart), wówczas pozycje takie będą ujmowane na odrębnych szablonach rachunków.

Po wybraniu opcji **Pobierz komunikat** otrzymamy plik odpowiedzi na II fazę, czyli listę produktów przypisanych do właściwych szablonów rachunku. Dla każdego z tych szablonów należy sporządzić odrębną fakturę, która jest następnie dostarczana do OW NFZ.

```
<?xml version="1.0" encoding="utf-8" ?>
- <komunikat xmlns="www.nfz.gov.pl/xml/swd-platnik/1" typ="R_UMW" wersja="1" id-nad="04" id-inst-nad="CLO" nr-zadania-rozliczenia="89" czas-gen="2009-01-29T14:45:03">
  <swiadczeniodawca typ-id-swd="X" id-swd="AH001" id-inst="{2F917F50-DB05-404B-B9CA-E3E4C150FCFP}" />
- <umowa nr-umowy="MARTON/0412/09" oddz-nfz="04">
  - <szablon-rach id-szablonu="124" typ-rach="1" typ-dok="1" rok="2009" miesiac="01">
    - <poz-umowy zakres-swadc="12.0000.003.09" wyroznik="1">
      <poz-szabl-rach id-inst="{2F917F50-DB05-404B-B9CA-E3E4C150FCFP}" id-poz-rozl="1" refundacja="1000" />
      <poz-szabl-rach id-inst="{2F917F50-DB05-404B-B9CA-E3E4C150FCFP}" id-poz-rozl="2" refundacja="110" />
      <poz-szabl-rach id-inst="{2F917F50-DB05-404B-B9CA-E3E4C150FCFP}" id-poz-rozl="3" refundacja="2500" />
    </poz-umowy>
  </szablon-rach>
</umowa>
</komunikat>
```

Przegląd szablonów

Wybór w menu głównym opcji **Przegląd szablonów** pozwala na zapoznanie się z listą szablonów rachunków dla świadczeniodawcy.

Wyszukiwanie

Rok sprawozdawczy:

Miesiąc sprawozdawczy:

Kod umowy:

Kod instalacji:

Typ rachunku:

Identyfikator szablonu:

Identyfikator żądania:

Kwota refundacji: ,00 zł

Id żądania	Data generacji	Kod umowy	Kod instalacji	Id szablonu	Id szablonu korygowanego	Typ rachunku	Kwota refundacji	Dopłata pacjenta	
336	22.08.2013	08R/66666/SIVY/ALL/2013		18256		2	63,00 zł	27,00 zł	Szczegóły Usui Generuj REF
336	22.08.2013	08R/66666/SIVY/ALL/2013		18255		5	63,00 zł	27,00 zł	Szczegóły Usui Generuj REF
336	22.08.2013	08R/66666/SIVY/ALL/2013		18254		3	126,00 zł	54,00 zł	Szczegóły Usui Generuj REF

Po wybraniu odnośnika **Szczegóły** na liście szablonów rachunku zostaniemy przeniesieni na stronę WWW zawierającą szczegółowe informacje dotyczące wszystkich produktów, które zostały przypisane do danego szablonu.

Wyszukiwanie

Rok sprawozdawczy:

Miesiąc sprawozdawczy:

Kod umowy:

Kod instalacji:

Identyfikator szablonu:

Typ pozycji:

Status weryfikacji:

Identyfikator przesyłki:

Pozycje ogółem Liczba: 5 Kwota refundacji: 98,98 zł
 Pozycje poprawne Liczba: 5 Kwota refundacji: 98,98 zł
 Pozycje błędne Liczba: 0 Kwota refundacji: 0,00 zł

Id pozycji	Typ pozycji	Id szablonu	Typ dokumentu	Kod dokumentu	Przemiot/środek	Produkt handlowy	Dopłata pacjenta	Kwota refundacji	Weryfikacja
22	▼		Wniosek	2-08-10-0000361-8	9231.01	245921	0,00 zł	10,00 zł	<input checked="" type="checkbox"/>
23	▼		Wniosek	2-08-10-0000362-2	9221.05.10.01	249105	0,00 zł	11,18 zł	<input checked="" type="checkbox"/>
24	▼		Wniosek	2-08-10-0000363-6	9233	245927	25,00 zł	25,00 zł	<input checked="" type="checkbox"/>
25	▼		Wniosek	2-08-10-0000364-0	9221.04.11.02	250919	1,20 zł	2,80 zł	<input checked="" type="checkbox"/>
26	▼		Wniosek	2-08-10-0000401-2	9232.01	245925	0,00 zł	50,00 zł	<input checked="" type="checkbox"/>

Po wybraniu odnośnika **Generuj REF** na liście szablonów pokaże się panel umożliwiający wygenerowanie komunikatu REF. Na panelu dostępne są pola:

- *identyfikator szablonu* (pole nieedytowalne) - identyfikator wybranego przez użytkownika szablonu rachunku
- *numer dokumentu* - numer dokumentu faktury/rachunku
- *numer dokumentu korygowanego* - pole to dotyczy szablonów korygujących i jeśli w systemie OW NFZ istnieje rachunek to jest ono podpowiadane
- *data wystawienia* - data wystawienia rachunku/faktury

Po uzupełnieniu pól za pomocą przycisku **Pobierz komunikat** można pobrać i zapisać na komputerze plik XML z danymi rachunku.

Generowanie komunikatu z rachunkiem elektronicznym (REF)

Wskaż numer oraz datę wystawienia dokumentu

Identyfikator szablonu:

Numer dokumentu:

Data wystawienia:

Odnośnik **Usuń** na liście szablonów pozwala na usunięcie wybranego szablonu.

3.5 Punkt dystrybucji recept

Formularz udostępnia funkcjonalność do wykonywania operacji związanych z punktem dystrybucji recept.

Przy rezerwacji numerów recept w ramach **Punktu Dystrybucji Recept** na umowę upoważniającą operator otrzymał możliwość wskazania przeznaczenia typu recept zależnie od typu umowy upoważniającej:

- w przypadku umowy o statusie 5 (Rodzina) przydzielane recepty są zawsze "pro familiae/pro auctore"
- w przypadku umowy o statusie 7 (Praktyka) przydzielane recepty są zawsze "na prywatną praktykę"
- w przypadku umowy o statusie 9 (Wszystko) użytkownik może wybrać czy chce przydzielić nową pulę recept w celach "pro familiae/pro auctore" czy "na prywatną praktykę".

Portal Świadczeniodawcy 2.1401
[Wyloguj]

Obsługa punktu dystrybucji recept

▶ Powrót ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Ks. Biskupa Nathana w Branicach Prądnicka 802, 31209 Opole

Użytkownik: test1

Numer umowy: 08R/2007/REC/0001

Okres obowiązywania umowy: 01.01.2007 - 31.12.2007

Status umowy: Podpisana

Możliwość wydawania recept normalnych: 20 blozków jednorazowo

Możliwość wydawania recept narkotycznych: 10 blozków jednorazowo

Operacje

- ▶ Zastrzeganie recept
- ▶ Przegląd i akceptacja wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept
- ▶ Generowanie pliku z zastrzeżonymi receptami
- ▶ Przyjmowanie wniosków na recepty
- ▶ Przyjmowanie wniosków na recepty (przebieg skrócony)
- ▶ Zatwierdzanie wniosków złożonych przez świadczeniodawcę/lekarza
- ▶ Przygotowanie danych dla drukarni
- ▶ Odebranie recept z drukarni
- ▶ Wydawanie recept
- ▶ Pobieranie zakresów recept

W głównej części formularza są prezentowane informacje na temat umowy na dystrybucję recept, a poniżej znajdują się odsyłacze do dostępnych operacji:

1. [Zastrzeżenie recept](#)
2. [Przegląd i akceptacja wniosków na anulowanie/zastrzeżenie recept](#)
3. [Generowanie pliku z zastrzeżonymi receptami](#)
4. [Przyjmowanie wniosków na recepty](#)
5. [Przyjmowanie wniosków na recepty \(przebieg skrócony\)](#)
6. [Zatwierdzanie wniosków złożonych przez świadczeniodawcę/lekarza](#)
7. [Przygotowanie danych dla drukarni](#)
8. [Odebranie recept z drukarni](#)
9. [Wydawanie recept](#)
10. [Pobieranie zakresów recept](#)

3.5.1 Zastrzeżenie recept

Zastrzeżenie recept - przenosi do formularza z funkcjonalnością pozwalającą na zastrzeżenie recept.

Portal Świadczeniodawcy 2.0075 [Wyloguj]

Zastrzeżenie recept

► Powrót ► Pomoc

Świadczeniodawca: test asdasda, Białowice
Użytkownik: test1

Rodzaj podmiotu składającego wniosek:

Wybierz świadczeniodawcę i lekarza (opcjonalnie)

Kod:

Nazwa:

NIP:

Kod lekarza:

PESEL lekarza:

Wyszukaj

Opis formularza

- Rodzaj podmiotu składającego wniosek - pole umożliwia wybór czy wniosek jest składany przez Świadczeniodawcę czy lekarza.
- Przy wyborze Świadczeniodawcy jako podmiotu składającego, za pomocą pól Kod, Nazwa oraz NIP należy określić warunki wyszukiwania i nacisnąć przycisk **Wyszukaj**. Następnie za pomocą przycisku **Wybierz** w tabeli, należy wybrać konkretny podmiot.
- Przy wyborze personelu jako podmiotu składającego, za pomocą pól Kod, Nazwisko oraz PESEL należy określić warunki wyszukiwania i nacisnąć przycisk **Wyszukaj**. Następnie za pomocą przycisku **Wybierz** w tabeli, należy wybrać konkretny podmiot
- Po wybraniu podmiotu należy określić zakres recept do zastrzeżenia. Zależnie od wartości wybranej w polu Sposób wyboru można wybierać całe bloczki w tabelce, bądź wprowadzić zakres ręcznie.
- Po wybraniu zakresu należy nacisnąć przycisk **Wniosek**, który wyświetla wniosek do zatwierdzenia (ewentualnie można wniosek po zatwierdzeniu wydrukować).

Portal Świadczeniodawcy 2.0075 [Wyloguj]

Recepty zastrzeżone - przegląd aktualnego wyciągu

[Powrót](#)

Komunikat


Typ komunikatu: RECX
Wersja:
Identyfikator odbiorcy komunikatu:
Identyfikator nadawcy komunikatu: 04
Identyfikator systemu informatycznego nadawcy komunikatu:
Data stanu recept uznanych za paczkę: 2007-10-24
Godzina stanu recept uznanych za paczkę: 18-48-26
Typ generacji: pelty
Numer kolejny komunikatu wygenerowanego z systemu nadawcy: 80
Data generacji komunikatu: 2007-10-24
Data generacji komunikatu: 18-47-58


Recepty - zakresy	Recepty zastrzeżone i anulowane
Kod oddziału: 09 Początek zakresu: 08000000000010010066 Koniec zakresu: 08000000000010019962 Offset od początku numeru: 7 Długość offsetu: 12 Kod oddziału: 08 Początek zakresu: 08000000000000050061 Koniec zakresu: 08000000000000054962 Offset od początku numeru: 7 Długość offsetu: 12 Kod oddziału: 08 Początek zakresu: 0800000000000010065	Recepty pojedyncze Kod oddziału: 01 Numer recepty: 08010000000000590078 Kod oddziału: 01 Numer recepty: 08010000000000510076 Kod oddziału: 01 Numer recepty: 08010000000000500077 Kod oddziału: 01 Numer recepty: 0801000000000002593


3.5.4 Przyjmowanie wniosków na recepty

Przyjmowanie wniosków na recepty - przenosi do formularza z funkcjonalnością pozwalającą na wprowadzanie wniosków na recepty.

Przyjmowanie wniosków na recepty

[Powrót](#) [Pomoc](#)


Świadczeniodawca: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego Traugutta 9, 81384 Gdynia
Użytkownik: test1


Rodzaj podmiotu składającego wniosek:

Wybierz świadczeniodawcę wraz z umową

Kod:
Nazwa:
NIP:
Kod umowy:
Nazwisko:
PESEL:

Kod	Nazwa	NIP	Dane adresowe	Kod umowy	Rodzaj świadczenia
000782	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego	586-20-58-655	Ulica: Traugutta 9 Miasto: Gdynia Kod pocztowy: 81384	0401/XXXX/43	0401 Personel umowy

Opis formularza

- Rodzaj podmiotu składającego wniosek - pole umożliwia wybór czy wniosek jest składany przez Świadczeniodawcę czy lekarza z umową upoważniającą.
- Przy wyborze Świadczeniodawcy jako podmiotu składającego, za pomocą pól Kod, Nazwa, NIP, Kod umowy, Nazwisko oraz PESEL należy określić warunki wyszukiwania i nacisnąć przycisk **Wyszukaj**.

- Następnie za pomocą przycisku **Personel umowy** w tabeli, należy wyświetlić listę lekarzy w ramach umowy i przy wybranym lekarzu nacisnąć przycisk **Wniosek**.
- Przy wyborze lekarza z umową upoważniającą jako podmiotu składającego, za pomocą pól Nazwisko, PESEL oraz Numer umowy należy określić warunki wyszukiwania i nacisnąć przycisk **Wyszukaj**. Po naciśnięciu przycisku **Wniosek** wyświetlany jest wniosek na recepty, który należy wypełnić i zatwierdzić, a później ewentualnie wydrukować. Dodatkowo podczas tworzenia wniosku na recepty należy dokonać wyboru praktyki, albo pro auctore/pro familia.

Plik PDF z wygenerowanymi receptami z praktyki zawiera w nagłówku recepty:

- nazwę praktyki,
- adres praktyki (kod poczt, miasto, ulice),
- telefon z praktyki (jesli istnieje),
- numer REGON (jeśli praktyka posiada takowy),
- kod kreskowy nr REGON (jeśli praktyka posiada REGON).

Jeśli praktyka nie posiada numeru REGON, po zatwierdzeniu wniosku na stronie 'Przegląd pliku z danymi dla drukarni' pojawi się komunikat o treści: "Przydzielone zakresy numerów recept nie zawierają numeru REGON wybranej praktyki – brak danych w umowie upoważniającej SI OW NFZ."

Jeśli wygenerowano recepty PRO AUCTORE/PRO FAMILIA to nagłówek recept zawiera dane takie jak:

- imię,
- nazwisko,
- adres lekarza,
- numer telefonu (jeśli istnieje),
- numer umowy upoważniającej.

3.5.5 Przyjmowanie wniosków na recepty (przebieg skrócony)

Przyjmowanie wniosków na recepty (przebieg skrócony) - przenosi do formularza z funkcjonalnością pozwalającą na wprowadzanie wniosków na recepty w trybie skróconym. Opis formularza jak w rozdziale wcześniej.

Najpierw dokonywany jest wybór Rodzaju podmiotu, dla którego mają zostać wydane recepty, następnie wyświetlana jest strona z wnioskiem, na której należy wpisać wymagane dane, po zatwierdzeniu wniosku generowany jest plik xml z numerami recept. Następnie wniosek automatycznie przechodzi wszystkie etapy zatwierdzania. Wyświetlony plik z numerami można pobrać, można również wyświetlić wniosek potwierdzający do wydrukowania.

3.5.6 Zatwierdzanie wniosków złożonych przez świadczeniodawcę/lekarza

Zatwierdzanie wniosków złożonych przez świadczeniodawcę/lekarza - pozwala na zatwierdzenie wniosków złożonych przez użytkownika.

Portal Świadczeniodawcy 2.0084 [Wyloguj]

Zatwierdzanie wniosków na recepty złożonych przez świadczeniodawcę/lekarza

▶ Powrót ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: test asdasda, Białowice
Użytkownik: test1

Rodzaj podmiotu składającego wniosek:

Wybór poprzez świadczeniodawcę

Kod:
Nazwa:
NIP:
PESEL:
Numer wniosku:

Wyszukaj

3.5.7 Przygotowanie danych dla drukarni

Przygotowanie danych dla drukarni - przenosi do formularza z funkcjonalnością pozwalającą na wysłanie do druku bądź anulowanie wniosków na recepty.

Portal Świadczeniodawcy 2.0093 [Wyloguj]

Przygotowanie danych dla drukarni

▶ Powrót ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego Traugutta 9, 81384 Gdynia
Użytkownik: test1

Rodzaj podmiotu składającego wniosek:
Operacja do wykonania:

Wybór poprzez świadczeniodawcę

Kod:
Nazwa:
NIP:
PESEL:

Wyszukaj Wykonaj operację

Punkt	Typ recepty	Status	Świadczeniodawca	NIP	Numer umowy	Lekarz	Numer wniosku	Błoczki
-------	-------------	--------	------------------	-----	-------------	--------	---------------	---------

Kod: 04150096
Pacel:

Opis formularza

- Rodzaj podmiotu składającego wniosek - pole umożliwia wybór czy wniosek jest składany przez Świadczeniodawcę czy lekarza z umową upoważniającą.
- Operacja do wykonania - pole umożliwia wybór operacji, pod kontem której mają być prezentowane i wybierane wnioski.

- Przy wyborze Świadczeniodawcy jako podmiotu składającego, za pomocą pól Kod, Nazwa, NIP oraz PESEL należy określić warunki wyszukiwania i nacisnąć przycisk **Wyszukaj**. Następnie należy zaznaczyć wnioski, na których ma być wykonana operacja.
- Przy wyborze lekarza jako podmiotu składającego, za pomocą pola PESEL można określić ewentualny warunek wyszukiwania i nacisnąć przycisk **Wyszukaj**. Następnie należy zaznaczyć wnioski, na których ma być wykonana operacja.
- Wykonaj operację - po wybraniu wniosków należy nacisnąć przycisk w celu wykonania wybranej operacji. Jeżeli operacją jest wysłanie do druku, zostanie wyświetlony komunikat z danymi dla drukarni, który można pobrać.

3.5.8 Odebranie recept z drukarni

Odebranie recept z drukarni - przenosi do formularza z funkcjonalnością pozwalającą na potwierdzenie odebrania wydrukowanych recept z drukarni.

Opis formularza

- Przy pomocy pól Numer recepty od, Numer wniosku oraz Identyfikator techniczny wniosku należy wyszukać odpowiedni wniosek. Po wyszukaniu wniosku wyświetlane są informacje o nim oraz lista blozków w ramach wniosków. Po wyszukaniu wniosku udostępniana jest funkcjonalność do sprawdzania blozków.
- Po wprowadzeniu numeru pierwszej recepty z blozka, należy nacisnąć przycisk **Sprawdź**. Dla poprawnych blozków zostanie wpisana wiadomość o sprawdzeniu do tabeli. Po sprawdzeniu wszystkich blozków należy zatwierdzić odbiór przyciskiem **Potwierdź odebranie z drukarni**.

3.5.9 Wydawanie recept

Wydawanie recept - przenosi do formularza z funkcjonalnością pozwalającą wydawać odebrane z drukarni recepty zamawiającym podmiotom.

Portal Świadczeniodawcy 2.0055 [Wyloguj]

Wydawanie recept

[Powrót](#) [Pomoc](#)

Świadczeniodawca: **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego Traugutta 9, 81384 Gdynia**
Użytkownik: **test1**

Rodzaj podmiotu składającego wniosek:

Wybór poprzez świadczeniodawcę

Kod:	<input type="text" value="000782"/>
Nazwa:	<input type="text"/>
NIP:	<input type="text"/>
Kod umowy:	<input type="text"/>
PeSEL:	<input type="text"/>
Nazwisko:	<input type="text"/>
Typ recept:	<input type="text" value="Dowolny"/>

Brak wniosków spełniających zadane kryteria

Opis formularza

- Rodzaj podmiotu składającego wniosek - pole umożliwia wybór czy wniosek jest składany przez Świadczeniodawcę czy lekarza z umową upoważniającą.
- Przy wyborze Świadczeniodawcy jako podmiotu składającego, za pomocą pól Kod, Nazwa, NIP, Kod umowy, Nazwisko, PESEL oraz Typ recept należy określić warunki wyszukiwania i nacisnąć przycisk **Wyszukaj**. Następnie za pomocą przycisku **Recepty** w tabeli, należy wyświetlić listę recept w ramach danego wniosku, zaznaczyć odbierane bloczki i nacisnąć przycisk **Wydaj**.
- Przy wyborze lekarza z umową upoważniającą jako podmiotu składającego, za pomocą pól Kod umowy, Nazwisko, PESEL oraz Typ recept należy określić warunki wyszukiwania i nacisnąć przycisk **Wyszukaj**. Następnie za pomocą przycisku **Recepty** w tabeli, należy wyświetlić listę recept w ramach danego wniosku, zaznaczyć odbierane bloczki i nacisnąć przycisk **Wydaj**. Po naciśnięciu przycisku **Wydaj** wyświetlany jest wniosek, który należy zatwierdzić, a później ewentualnie wydrukować.

3.5.10 Pobieranie zakresów recept

Pobieranie zakresów recept - pozwala na pobranie zakresów recept dla wybranego lekarza.

Portal Świadczeniodawcy 2.1401

[Wyloguj]

Pobieranie zakresów recept

► Powrót ► Pomoc

Świadczeniodawca: **Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa Nathana w Branicach**
Prądnicka 802, 31209 Opole
Użytkownik: **test1**

Wybierz lekarza

Kod:

PESEL:

3.6 Nowości

Funkcjonalność w sekcji **Nowości** służy do odbierania wiadomości z kolejek systemowych, obsługuje wiadomości z Messenegera systemowego. Jeżeli zostanie przesłany do Świadczeniodawcy komunikat lub nowa informacja w sekcji widoczny będzie link z nazwą oraz datą nadania.

Portal Świadczeniodawcy 2.0116
[Wyloguj]

Kod świadczeniodawcy: 10061999

Nazwa świadczeniodawcy: Świadczeniodawca testowy - scenariusz 11

Użytkownik: ika

Świadczeniodawca zalogowany w Portalu zobowiązany jest do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 926, ze zm.)

<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p>Moja struktura organizacyjna</p> <p><i>Tu zapoznasz się z podstawowymi informacjami na Twój temat zgromadzonymi w systemie NFZ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Moje podstawowe dane ▶ Pliki ze strukturą dla aplikacji Ofertowanie ▶ Moje pełne dane (Portal Potencjału) </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p>Nowości</p> <p><i>Miejsce, w którym możesz zobaczyć nowe, istotne informacje lub komunikaty</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 30.05.08 - próba </div> </div>
<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p>Umowy na realizację świadczeń</p> <p><i>Informacje oraz funkcje związane z realizacją świadczeń</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Personel umów ▶ Weryfikacja świadczeń - przegląd według sprawozdań ▶ Moje umowy <p style="text-align: right; font-size: 10px;">Pokaż więcej..</p> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p>Zaopatrzenie ortopedyczne</p> <p><i>Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca przeprowadzenie rozliczenia w zakresie zaopatrzenia w środki ortopedyczne, pomocnicze i techniczne</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Przekazanie danych o zrealizowanych środkach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne </div> </div>
<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p>Refundacja leków</p> <p><i>Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca przeprowadzenie rozliczenia w zakresie refundacji leków</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Przekazanie danych o zrealizowanych lekach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne ▶ Sprawdzanie poprawności recept <p style="text-align: right; font-size: 10px;">Pokaż więcej..</p> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p>Punkt dystrybucji recept</p> <p><i>Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca obsługę punktu dystrybucji recept</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Obsługa punktu dystrybucji recept </div> </div>
<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p>Administracja i opcje</p> <p><i>Parametry działania aplikacji</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Zmiana hasła </div> </div>	

Po użyciu linku pojawi się strona z wiadomością w postaci odsyłacza (np.: próba), którego użycie powoduje ukazanie się całej wiadomości. Wiadomość może zawierać treść oraz załącznik. Na stronie znajdują się podstawowe dane dotyczące nadawcy oraz możliwość zaznaczenia opcji:

- Potwierdź przeczytanie
- Pokazuj ponownie

W zależności od zaznaczonych pól wiadomość będzie widoczna po powrocie na stronę główną bądź nie.



Wiadomości dla użytkownika

▶ Powrót ▶ Subskrypcje ▶ Pomoc

Wyświetlanie wiadomości archiwalnych

Wiadomość	Nadawca	Data
Informacja o kończącej się umowie podwykonawstwa	System Obsługi Potencjału Świadczeniodawcy	23.08.2010
Informacja o kończącej się umowie podwykonawstwa	System Obsługi Potencjału Świadczeniodawcy	23.08.2010
Informacja o kończącej się umowie podwykonawstwa	System Obsługi Potencjału Świadczeniodawcy	23.08.2010

Link **Subskrypcje** pozwala na tworzenie i usuwanie mailowych subskrypcji na poszczególne kanały. Po jego kliknięciu otworzy się okienko, w którym należy wybrać kanał, a następnie wprowadzić adres mailowy, na który mają być wysyłane wiadomości z wybranego kanału.

✕

Kanał:

Email:

Kanał	Email	
Kontrakty	email2@email.pl	Usuń
Swiadczenia	email1@email.pl	Usuń
Finanse	email3@email.pl	Usuń

4 Rejestracja Świadczeniodawcy

Jeżeli na stronie logowania pojawi się przycisk **Rejestracja Świadczeniodawcy**, to po jego naciśnięciu zostanie wyświetlony formularz rejestracyjny.

**Formularz Rejestracyjny
Świadczeniodawcy/Apteki
w systemie informatycznym NFZ
(Opolski Oddział Wojewódzki NFZ)**

Pieczeń świadczeniodawcy

1. Dane identyfikacyjne Świadczeniodawcy/Apteki (zwanego dalej Użytkownikiem):

Nazwa:	<input type="text"/>
NIP:	<input type="text"/>
REGON:	<input type="text"/>
Forma organizacyjna:	2 Niepubliczny ZOZ <input type="button" value="v"/>
Adres siedziby	
Kod pocztowy:	<input type="text"/>
Pocztą:	<input type="text"/>
Miejscowość:	<input type="text"/>
Kod terytorialny gminy:	<input type="text"/>
Ulica:	<input type="text"/>
Nr domu:	<input type="text"/>
Nr lokalu:	<input type="text"/>
Adres do korespondencji (należy wypełnić, jeżeli inny od adresu siedziby)	
Kod pocztowy:	<input type="text"/>
Pocztą:	<input type="text"/>
Miejscowość:	<input type="text"/>
Ulica:	<input type="text"/>
Nr domu:	<input type="text"/>
Nr lokalu:	<input type="text"/>
Osoba kierująca/zarządzająca	
Nazwisko, imię:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>

Osoby upoważnione do reprezentowania świadczeniodawcy

Wniosek musi zawierać przynajmniej jeden rejestr. Nie można wpisać dwóch rejestrów o takim samym numerze i rodzaju. Dodanie rejestru wymaga podania wszystkich czterech danych (rodzaj, organ rejestrujący, nr i data). Rejestry dodawane są po kliknięciu przycisku **Dodaj wpis**. Każdy dodany wpis można usunąć za pomocą przycisku **Usuń wpis**. Przycisk ten wyświetlany jest pod każdym wpisem (dotyczy wpisu bezpośrednio nad nim).

Lista osób upoważnionych:	Osoby upoważnione do reprezentowania świadczeniodawcy
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Faks:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
	Wpis do rejestru
Rodzaj rejestru:	<input type="text"/>
Organ rejestrujący:	<input type="text"/>
Nr wpisu:	<input type="text"/>
Data wpisu:	<input type="text"/>
	<input type="button" value="Dodaj wpis"/>
	Dodane wpisy [BRAK]
	Podmiot wykonujący działalność leczniczą
Typ:	<input type="text"/>
Rodzaj podmiotu:	<input type="text"/>
Forma własności:	<input type="text"/>
NIP:	<input type="text"/>
REGON:	<input type="text"/>
Nazwa:	<input type="text"/>
Kod terytorialny:	<input type="text"/>
Miejscowość:	<input type="text"/>
Ulica:	<input type="text"/>
Nr domu:	<input type="text"/>
Nr lokalu:	<input type="text"/>
Kod pocztowy:	<input type="text"/>
Poczta:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
Faks:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>

Na formularzu należy wypełnić wszystkie wymagane pola (walidacja dotyczy wszystkich pól wymaganych oraz formatu pól, których poprawność można jednoznacznie określić).

Typ świadczeniodawcy

Świadczeniodawca Apteka Realizator Ortopedyczny Sanatorium

2. Działając w imieniu Użytkownika określonego powyżej w punkcie 1A-C, wnoszę o dopuszczenie tego Użytkownika do korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia (Opolski Oddział Wojewódzki NFZ), zwanego dalej "Portalem". Jednocześnie oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym Formularzu Rejestracyjnym są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

3. Działając w imieniu Użytkownika oświadczam, że:

a) Użytkownik ponosi odpowiedzialność za prawidłowość korzystania z Portalu przez osoby działające w imieniu Użytkownika oraz wszelkie osoby, którym Użytkownik udostępnił dane pozwalające na korzystanie z Portalu.

b) Użytkownik zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych konta Użytkownika w Portalu i nieudostępniania ich osobom trzecim.

c) Użytkownik ponosi odpowiedzialność za skutki zagubienia, kradzieży lub udostępnienia nieuprawnionej osobie danych konta Użytkownika w Portalu.

4. Działając w imieniu Użytkownika wnoszę, aby niżej wymieniona pani została zarejestrowana/wymieniony pan został zarejestrowany jako Administrator Użytkownika i wnoszę o dopuszczenie jej/go do przetwarzania danych w Portalu. Podaję poniżej: nazwisko, imię i PESEL osoby wskazanej w zdaniu poprzedzającym wraz z numerem telefonu kontaktowego z tą osobą oraz adres poczty elektronicznej.

Nazwisko:

Imię:

PESEL:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

Identyfikator: **Generuj**

Pytanie (odzyskiwanie hasła):

Odpowiedź (odzyskiwanie hasła):

Hasło:

Potwórz hasło:

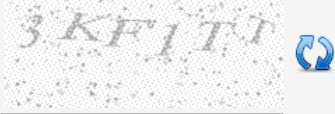
Podpis administratora:

5. Wymagane załączniki:

- wyciągi z właściwych rejestrów
- wypełniona, wydrukowana w dwóch egzemplarzach i podpisana **Umowa** na korzystanie z systemu informatycznego OW NFZ

6. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję zapisy **Regulaminu** na korzystanie z Portalu

Wpisz tekst widoczny na obrazku do pola tekstowego umieszczonego poniżej



Istnieje również możliwość rejestracji drugiego rejestru (opcjonalna) - analogicznie do pierwszego. Jeśli nie zostaną wprowadzone dane drugiego rejestru to nie jest on rejestrowany. Nie można wprowadzić dwóch rejestrów o takim samym rodzaju oraz numerze. Wprowadzone zmiany są uwzględniane również w wydruku.

Bezpośrednio z formularza można również pobrać umowę na korzystanie z portalu oraz regulamin korzystania z portalu. Ponadto na formularzu (u dołu strony) znajduje się obrazek weryfikujący fakt wypełnienia formularza przez człowieka. Tekst z obrazka należy przepisać do pola tekstowego poniżej. Po poprawnym wypełnieniu formularza, należy nacisnąć przycisk **Zatwierdź**. W tym momencie zostanie wysłana pocztą informacja na podany adres administratora. E-mail ten będzie zawierał link pozwalający na wydrukowanie i potwierdzenie wniosku. Po wejściu na podany link wyświetlany jest wniosek w trybie do odczytu. Po naciśnięciu przycisku **Drukuj**, wniosek jest drukowany i potwierdzany w bazie danych. Do wydrukowanego wniosku należy dołączyć wymagane załączniki i wysłać do oddziału NFZ. Wnioski nie potwierdzone będą usuwane po 7 dniach.

5 Aktywacja Świadczeniodawcy

Funkcjonalność jest przewidziana dla Świadczeniodawców istniejących już w systemie OW NFZ, ale nie posiadających żadnych kont portalowych.

The screenshot shows a web browser window titled "Rejestracja Świadczeniodawcy - Formularz - Microsoft Internet Explorer provided by Sygnity S.A.". The main heading is "Formularz Aktywacyjny Świadczeniodawcy/Apteki w systemie informatycznym NFZ (Opolski Oddział Wojewódzki NFZ)". There are two buttons at the top right: "Zatwierdź" and "Zamknij". A large empty box is labeled "Pieczęć świadczeniodawcy".

1. Dane identyfikacyjne Świadczeniodawcy/Apteki (zwanego dalej Użytkownikiem):

Kod: Wczytaj dane

Nazwa:
NIP:
REGON:
Forma organizacyjna:

Kod pocztowy: Adres siedziby

Pocшта:
Miejscowość:
Kod terytorialny gminy:
Ulica, nr domu, nr lokalu:

Faks: Dane kontaktowe

2. Działając w imieniu Użytkownika określonego powyżej w punkcie 1A-C, wnoszę o dopuszczenie tego Użytkownika do korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia (Opolski Oddział Wojewódzki NFZ), zwanego dalej "Portalem". Jednocześnie oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym Formularzu Rejestracyjnym są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

3. Działając w imieniu Użytkownika oświadczam, że:

- a) Użytkownik ponosi odpowiedzialność za prawidłowość korzystania z Portalu przez osoby działające w imieniu Użytkownika oraz wszelkie osoby, którym Użytkownik udostępnił dane pozwalające na korzystanie z Portalu.
- b) Użytkownik zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych konta Użytkownika w Portalu i nieudostępniania ich osobom trzecim.
- c) Użytkownik ponosi odpowiedzialność za skutki zagubienia, kradzieży lub udostępnienia nieuprawnionej osobie danych konta Użytkownika w Portalu.

4. Działając w imieniu Użytkownika wnoszę, aby niżej wymieniona pani została zarejestrowana/wymieniony pan został zarejestrowany jako Administrator Użytkownika i wnoszę o dopuszczenie jej/go do przetwarzania danych w Portalu. Podaję poniżej: nazwisko, imię i pesel osoby wskazanej w zdaniu poprzedzającym wraz z numerem telefonu kontaktowego z tą osobą oraz adres poczty elektronicznej.

Nazwisko:
Imię:

Po wejściu na stronę logowania Świadczeniodawca naciska przycisk **Aktywacja Świadczeniodawcy**, na wyświetlanym wniosku wprowadza najpierw swój kod, następnie naciska przycisk **Wczytaj dane**. Po poprawnym wyświetleniu danych Świadczeniodawca powinien wprowadzić dane dla administratora, którego chce aby dla niego utworzono. Następnie naciska przycisk **Zatwierdź**, co powoduje wprowadzenie wniosku do bazy oraz wysłanie poczty z linkiem potwierdzającym na adres e-mail Świadczeniodawcy.

Rejestracja Świadczeniodawcy - Formularz - Microsoft Internet Explorer provided by Sygnity S.A.

trzecim.
c) Użytkownik ponosi odpowiedzialność za skutki zagubienia, kradzieży lub udostępnienia nieuprawnionej osobie danych konta Użytkownika w Portalu.

4. Działając w imieniu Użytkownika wnoszę, aby niżej wymieniona pani została zarejestrowana/wymieniony pan został zarejestrowany jako Administrator Użytkownika i wnoszę o dopuszczenie jej/go do przetwarzania danych w Portalu. Podaję poniżej: nazwisko, imię i pesel osoby wskazanej w zdaniu poprzedzającym wraz z numerem telefonu kontaktowego z tą osobą oraz adres poczty elektronicznej.

Nazwisko:

Imię:

PESEL:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

Identyfikator: Generuj

Pytanie (odzyskiwanie hasła):

Odpowiedź (odzyskiwanie hasła):

Hasło:


Potwórz hasło:

Podpis administratora:

5. Wymagane załączniki:
- wypełniona, wydrukowana w dwóch egzemplarzach i podpisana **Umowa** na korzystanie z systemu informatycznego OW NFZ


6. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję zapisy **Regulaminu** na korzystanie z Portalu

Wpisz tekst widoczny na obrazku do pola tekstowego umieszczonego poniżej



08.10.2008
Data

.....
Podpis osób upoważnionych do reprezentowania świadczeniodawcy



Świadczeniodawca musi skorzystać z wysłanego linku aby potwierdzić oraz wydrukować złożony wniosek. Wydrukowany wniosek należy przesłać do OW NFZ. Po zatwierdzeniu wniosku przez OW NFZ, Świadczeniodawca otrzyma pocztę z potwierdzeniem.

6 Administracja

Jeżeli skorzystamy z odsyłacza **Pokaż więcej...** przejdziemy do poniższej strony.

Portal Świadczeniodawcy
2.2602 | 01221 (test) Środowisko serwisowe gsplan2 [Wyloguj]

Ostatnie logowanie wystąpiło dnia 3 października 2013 o godzinie 13:56.

	<p>Kod świadczeniodawcy: 01221 Nazwa świadczeniodawcy: Niepubliczna przychodnia Jutrzenka Użytkownik: test</p>
---	---

Świadczeniodawca zalogowany w Portalu zobowiązany jest do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 926, ze zm.)



Administracja i opcje

Parametry działania aplikacji

- ▶ [Zmiana hasła](#)
- ▶ [Administracja prawami dostępu](#)
- ▶ [Przełącz pytanie do operatora](#)
- ▶ [Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ](#)
- ▶ [Wniosek o nadanie uprawnień administratora](#)
- ▶ [Pobranie plików technicznych NFZ](#)
- ▶ [Stan przekazanych przesyłek do systemu CBS](#)
- ▶ [Przegląd instalacji otwartych oraz wniosków na nowe instalacje](#)
- ▶ [Wniosek o założenie konta administratora](#)
- ▶ [Przegląd stanu komunikacji / przetwarzania danych w OW NFZ](#)
- ▶ [Historia logowań](#)
- ▶ [Zgody dla pracowników OW NFZ na edycję danych w portalu](#)
- ▶ [Dane użytkownika](#)

Powrót

- [Zmiana hasła](#)
- [Administracja prawami dostępu](#)
- [Przełącz pytanie do operatora](#)
- [Wniosek o nadanie uprawnień administratora](#)
- [Pobranie plików technicznych z NFZ](#)
- [Stan przekazanych przesyłek do systemu CBS](#)
- [Przegląd instalacji otwartych oraz wniosków na nowe instalacje](#)
- [Wniosek o założenie konta administratora](#)
- [Przegląd stanu komunikacji/przetwarzania danych w OW NFZ](#)
- [Historia logowań](#)
- [Zgody dla pracowników OW NFZ na edycję danych w portalu](#)
- [Dane użytkownika](#)

6.1 Zmiana hasła

Zmiana hasła powoduje wyświetlenie strony umieszczonej poniżej i umożliwia zmianę hasła użytkownika.

Portal Świadczeniodawcy 2.0056 [Wyloguj]

Zmiana hasła

> Powrót > Pomoc

Świadczeniodawca: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego Traugutta 9, 81384 Gdynia
Użytkownik: test1

Aktualne hasło:
Nowe hasło:
Powtórz nowe hasło:

Zmień hasło


Po wprowadzeniu starego hasła oraz dwukrotnym wpisaniu hasła nowego naciskamy przycisk **Zmień hasło**. Nowe hasło wprowadzone przez operatora musi mieć co najmniej 8 znaków. Po pozytywnym komunikacie dotyczącym zmiany hasła, wracamy na stronę administracji i opcji **Portalu Świadczeniodawcy** za pomocą przycisku **Powrót**. Dla Świadczeniodawców rejestrujących się za pomocą karty profesjonalisty i numeru PIN (tylko w Śląskim OW NFZ) opcja zmiany hasła nie jest dostępna.

W przypadku gdy Świadczeniodawca zapomniał hasła może skorzystać z podpowiedzi, na stronie logowania pojawia się odnośnik **zapomniałem hasła** przy polu *Hasło*. Aby móc skorzystać z przypomnienia hasła, użytkownik musi podać **kod świadczeniodawcy, identyfikator**, oraz mieć w swoich danych uzupełniony PESEL, e-mail oraz pytanie i odpowiedź do odzyskiwania hasła. Po naciśnięciu odnośnika **zapomniałem hasła** wyświetlana jest kontrolka do wpisania nr PESEL oraz pytanie ustawione przez użytkownika wraz z kontrolką na wpisanie odpowiedzi. Po wprowadzeniu poprawnych danych i naciśnięciu przycisku **wygeneruj nowe hasło** następuje generowanie losowego hasła, które jest wysyłane (korzystając z tych samych parametrów poczty co rejestracja i aktywacja Świadczeniodawców) na adres e-mail użytkownika. Przy pierwszym logowaniu na nowe hasło użytkownik musi je zmienić.

Portal Świadczeniodawcy 2.0081

Logowanie


▶ Rejestracja świadczeniodawcy ▶ Aktywacja świadczeniodawcy ▶ Pomoc

 Kod świadczeniodawcy:
Użytkownik:
Hasło: [zapomniałem hasła](#)
PeSEL:
Czy lubisz chrupki?: [wygeneruj nowe hasło](#)

Zalogowanie do Portalu Świadczeniodawcy oznacza zobowiązanie do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 926, ze zm.)

6.2 Administracja prawami dostępu

Administracja prawami dostępu przenosi nas na stronę Lista użytkowników prezentującą wszystkich użytkowników świadczeniodawcy mających dostęp do Portalu Świadczeniodawcy.



Dane identyfikacyjne

Typ identyfikacji: **Nazwa użytkownika i hasło**
 Identyfikator: **XXXXXXXXXX**

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

E-mail:

UWAGA: Podanie imienia, nazwiska, numeru PESEL oraz adresu e-mail dla użytkowników systemu eWUŚ jest wymagane. Brak tych danych uniemożliwi nadanie uprawnienia do tego systemu.

Zmiana hasła użytkownika

Hasło:


Powtórz hasło:

Edycja uprawnień użytkownika

Uprawnienia:

- Uprawnienie ADMINISTRATORA**
- Dodawanie zleceń naliczania świadczeń do zapłaty
- Generacja numerów recept
- Generacja rachunków elektronicznych (REF)

Dodawanie użytkowników - wybranie tej opcji powoduje przejście do strony na której jest mamy możliwość dopisania osoby do listy użytkowników, posiadających dostęp do portalu za pomocą hasła i użytkownika bądź za pomocą karty. Należy wprowadzić imię, nazwisko, numer PESEL (wymagany dla użytkowników systemu eWUŚ - dla pozostałych opcjonalny) oraz hasło (dwukrotnie) i zatwierdzić przyciskiem **Dodaj**. Użytkownik zostanie dopisany do listy. Zaznaczenie *Dodaj domyślne uprawnienia* spowoduje nadanie nowo dodawanemu użytkownikowi domyślnych uprawnień zdefiniowanych przez OW NFZ.



Dodawanie użytkownika

Typ identyfikacji:

Nazwa użytkownika:

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

E-mail:

UWAGA: Podanie imienia, nazwiska, numeru PESEL oraz adresu e-mail dla użytkowników systemu eWUŚ jest wymagane. Brak tych danych uniemożliwi nadanie uprawnienia do tego systemu.

Hasło:

Powtórz hasło:

Zmiana hasła przy następnym logowaniu

Uprawnienia:

- Wszystkie uprawnienia (oprócz uprawnień dla systemu eWUŚ)
- Domyślne uprawnienia
- Administrator
- Brak uprawnień

Użytkownik zobowiązuje się do przestrzegania regulaminu oraz zasad bezpieczeństwa pracy z systemem

Strony administracji prawami umożliwiają selekcję, dodawanie i usuwanie uprawnień, przechowują również uprawnienia dla użytkownika oraz dostępne uprawnienia dla systemu.

Zasady funkcjonowania:

- Tylko administratorzy mogą modyfikować uprawnienia dostępu innych użytkowników portalu.
- Administrator z poziomu portalu może nadać uprawnienia administratora innym użytkownikom.
- Świadczeniodawca ma możliwość określenia lub zdjęcia z poziomu portalu praw administracyjnych.
- Nowych użytkowników może dopisywać jedynie OW NFZ.

Zmiana imienia, nazwiska, numeru PESEL oraz adresu e-mail - funkcjonalność pozwala na zmianę imienia, nazwiska i adresu e-mail. Numer PESEL - jeśli jest poprawny - nie może zostać zmieniony.

Zmiana hasła użytkownika - funkcjonalność jest dostępna wyłącznie dla użytkowników z uprawnieniem administratora. Opcja pozwala na wyświetlenie panelu udostępniającego listę do wyboru użytkownika, pola do wprowadzenia dla niego nowego hasła (nowe hasło należy wprowadzić dwukrotnie) oraz przycisku pozwalającego wykonać zmianę hasła (**Zmień hasło**).



Zmiana hasła użytkownika

Użytkownik: ADMINISTRATOR - IKA

Hasło:

Powtórz hasło:

Zmień hasło

Użytkownik musi zmienić nadane mu hasło przy następnym logowaniu.

6.3 Przekaż pytanie do operatora

Przekaż pytanie do operatora - wybranie tej opcji umożliwia sformułowanie, a następnie przesłanie zapytania do operatora w oddziale. Przed zredagowaniem wiadomości należy wybrać rodzaj pytania. Jest to o tyle istotne, że każdy rodzaj wiadomości trafia do innych osób. Wybór przycisku **Wyślij** (po wprowadzeniu nowej wiadomości) spowoduje wysłanie go do operatora w oddziale NFZ. Wybór przycisku **Powrót** spowoduje przejście do strony głównej Portalu Świadczeniodawcy.

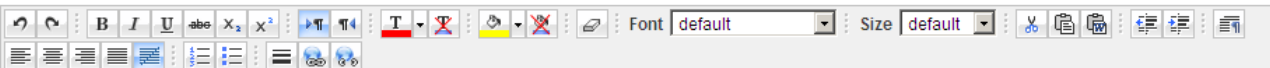
Portal Świadczeniodawcy 2.1203 [Wyloguj]

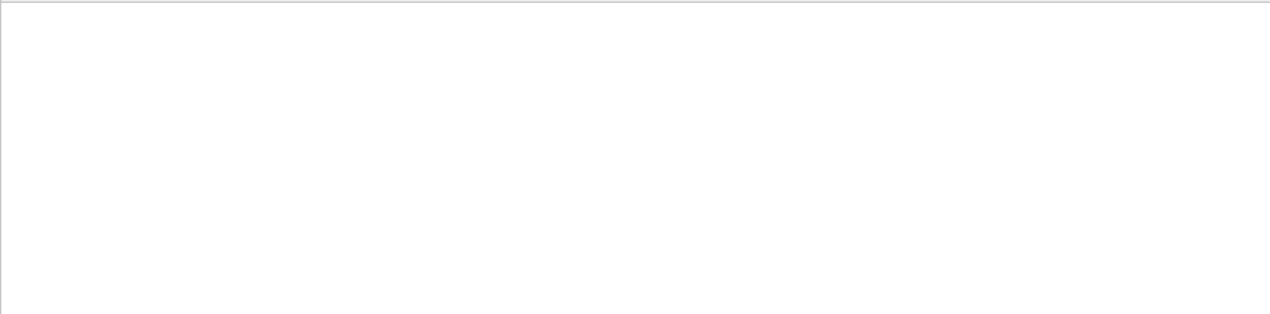
Przesłanie pytania do operatora

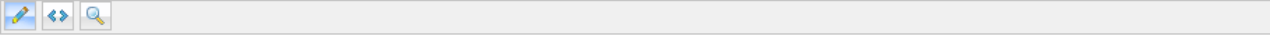
▶ Powrót ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: **Niepubliczna przychodnia "Jutrzenka" Opolska 13 13, 30434 Opole**
Użytkownik: **test**

Rodzaj pytania: **Problem z działaniem systemu**







Wyślij

6.4 Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ

Funkcja **Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ** umożliwia:

- składanie wniosków o nadanie upoważnienia - umożliwia zarejestrowanie wniosku i przekazanie go do OW NFZ.
- zarządzanie operatorami.
- przegląd wniosków o uprawnienia administratora.
- przegląd i składanie wniosków o przedłużenie ważności upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ.

By mieć możliwość korzystania z funkcjonalności świadczeniodawcy powinien posiadać upoważnienie do korzystania z systemu eWUŚ. Jeśli takowego nie posiada należy złożyć wniosek o jego nadanie klikając przycisk


Utwórz wniosek

Portal Świadczeniodawcy

2.2222 | 08R/66666 (SIVY1234)[Wyloguj]


Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ

- ▶ Powrót
- ▶ Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia
- ▶ Zarządzanie operatorami
- ▶ Wnioski o uprawnienia administratora
- ▶ Pomoc
- ▶ Wnioski o zgodę na przedłużenie ważności upoważnienie do korzystania z systemu eWUŚ.




Świadczeniodawca: PODZIAŁOWY ZAKŁAD OPIEKI I REHABILITACJI DLA OSÓB Z UPORZĄDKOWANĄ NIEPEŁNOZACIĘŻNOŚCIĄ I NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ FIZYCZNĄ, ul. Wolności 145/16, 01-141 Warszawa
Użytkownik: 00000000

Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ



Dane dotyczące upoważnienia

Świadczeniodawca nie posiada upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ.



Wyszukiwanie wniosków

Status:

Brak wniosków spełniających zadane kryteria

Przed przekazaniem wniosku do OW NFZ świadczeniodawca przez zaznaczenie odpowiednich pól we wniosku zobowiązany jest potwierdzić zobowiązanie się do przestrzegania przepisów dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych, w szczególności przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych, a także zasad poufności i tajemnicy danych (zgodnie z zobowiązaniem w sekcji B na wniosku).

Regulamin dostępny jest w formie pliku pdf. Można go pobrać klikając przycisk .

Oświadczenie i upoważnienie operatora jest dostępne w formie pliku pdf. Można je pobrać klikając przycisk

.



Wniosek o nadanie upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ

- [▶ Powrót](#)
[▶ Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia](#)
[▶ Zarządzanie operatorami](#)
[▶ Wnioski o uprawnienia administratora](#)
[▶ Pomoc](#)
- [▶ Wnioski o zgodę na przedłużenie ważności upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ.](#)



Świadczeniodawca:
Użytkownik:

REGULAMIN UPRAWNIENIA DO KORZYSTANIA Z SYSTEMU ELEKTRONICZNEJ WERYFIKACJI UPRAWIEŃ ŚWIADCZENIOBIORCÓW
Wniosek nr 1234567890 z dnia 09.01.2013 r. o wydanie upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ

Pobierz regulamin eWUŚ

Pobierz oświadczenie i upoważnienie osoby

Złóż wniosek

Wniosek nr z dnia 09.01.2013 do Narodowego Funduszu Zdrowia o wydanie upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców

A. Identyfikacja składającego wniosek

Reprezentując podmiot:

..... (nazwa*)

o numerze identyfikacyjnym **:

składam wniosek o wydanie upoważnienia do korzystania z usługi świadczonej przez system teleinformatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.), umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zwanej dalej „usługą Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców”.

B. Zobowiązanie do przestrzegania przepisów dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych, w szczególności przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych, a także zachowania w tajemnicy i nieujawniania danych

Zobowiązuję się do przestrzegania przepisów dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych, w szczególności przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i nieujawniania danych, o których mowa w art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027, z późn. zm), pozyskiwanych ze zbiorów danych przetwarzanych w Narodowym Funduszu Zdrowia, także do nieprzekazywania tych danych nieuprawnionym osobom trzecim, pod rygorem utraty upoważnienia do korzystania z systemu Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców.

*w przypadku: 1) świadczeniodawcy: nazwa świadczeniodawcy;

2) niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 oraz z 2012 r. poz. 95 i 742): imię i nazwisko.

**w przypadku: 1) świadczeniodawcy: numer identyfikacyjny świadczeniodawcy;

2) niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 oraz z 2012 r. poz. 95 i 742): nr PESEL.

Kliknięcie przycisku [Złóż wniosek](#) spowoduje zapisanie wniosku w systemie. Do czasu podjęcia wniosku przez pracownika OW NFZ wniosek można anulować.

Rejestracja wniosku jest w pełni automatyczna i nie wymaga dodatkowych danych. Wszystkie wymagane na wniosku dane (dane świadczeniodawcy) są wypełniane na podstawie kontekstu zalogowanego użytkownika.

Złożenie wniosku jest możliwe tylko w przypadku (wszystkie warunki muszą być spełnione):

- gdy świadczeniodawca nie posiada ważnego upoważnienia;
- gdy świadczeniodawca posiada aktualną umowę z NFZ;
- gdy żaden inny wniosek świadczeniodawcy o wydanie upoważnienia nie będzie oczekiwał na decyzję OW NFZ.

W przypadku zaistnienia którejkolwiek sytuacji blokującej przyjęcie wniosku, użytkownik zostanie poinformowany o powodzie nieprzyjęcia wniosku.

Podjęcie wniosku przez OW spowoduje automatyczne przygotowanie dla świadczeniodawcy upoważnienia do

korzystania z systemu eWUŚ, a sam wniosek uzyska status: **w trakcie akceptacji**. Przygotowanie upoważnienia związane jest z wygenerowaniem unikalnego numeru upoważnienia.

Jeśli świadczeniodawca ma ważne upoważnienie do korzystania z systemu eWUŚ, to nie ma możliwości złożenia wniosku.

Portal Świadczeniodawcy

2.2222 | 08R/66666 (SIVY1234) [Wyloguj]

Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ

► Powrót ► Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia ► Zarządzanie operatorami ► Wnioski o uprawnienia administratora ► Pomoc

Świadczeniodawca: PODZIAŁOWY WYDZIAŁ OPIEKI I POMOCY SPOŁECZNEJ W OŚRODKU ŚLĄSKIM W MIASTACH WIELKOPOLSKICH, ul. Włocławskiej 10/11, 51-600 Wrocław

Użytkownik: 55971234

Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ

Dane dotyczące upoważnienia

Nr upoważnienia: **08-ES-2012-12-06-012007**
Status: **Zatwierdzone**
Data wydania: **06.12.2012**

Wyszukiwanie wniosków

Status:

Nr wniosku	Status	Data złożenia	Data podjęcia	Data zakończenia	Nr upoważnienia
46803	Zatwierdzony	06.12.2012	06.12.2012	06.12.2012	08-ES-2012-12-06-012007

6.4.1 Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia

Funkcjonalność umożliwia przegląd złożonych wniosków wraz z informacją o statusie jego realizacji. Wnioski mogą znajdować się w jednym ze statusów:

- złożony – status taki otrzymuje wniosek po zapisaniu w Portalu Świadczeniodawcy;
- w przygotowaniu – status taki otrzymuje wniosek po jego wstępnej akceptacji przez operatora OW NFZ;
- zatwierdzony – status taki otrzymuje wniosek, dla którego wydano ważne upoważnienie;
- anulowany – status taki otrzymuje wniosek anulowany przez świadczeniodawcę;
- odrzucony – status taki otrzymuje wniosek, dla którego decyzja o wydaniu upoważnienia była negatywna.

Portal Świadczeniodawcy
2.2222 | 08R/66666 (SIVY1234) [Wyloguj]

Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ

▶ Powrót ▶ Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia ▶ Zarządzanie operatorami ▶ Wnioski o uprawnienia administratora ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: PODZIAŁOWY ZAKŁAD USŁUGI PIELICZNIKIEM I FIZJOLOGICZNYMI KURACZAMI ŚLĄSKIEGO SAMORZĄDU WOJEWÓDZKIEGO WYDZIAŁU OCHRONY ZDROWIA 40-001 Katowice, ul. Ślaska 10/12, 40-001 Katowice

Użytkownik: 00001234

Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ

Dane dotyczące upoważnienia

Świadczeniodawca nie posiada upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ.

Wyszukiwanie wniosków

Status:

Nr wniosku	Status	Data złożenia	Data podjęcia	Data zakończenia	Nr upoważnienia
46803	Złożony	06.12.2012			<input type="button" value="Anuluj"/>

Na przeglądzie złożonych wniosków, w części **Wyszukiwanie wniosków**, znajduje się pole *Status* pozwalające na wyszukiwanie wniosków spełniających wybrany status. Wyszukiwanie wniosków następuje po kliknięciu przycisku .

Przycisk pozwala na utworzenie nowego wniosku. Sposób tworzenia wniosku został opisany w poprzednim [rozdziale](#).

W dolnej części okna znajduje się tabela zawierająca wnioski spełniające kryteria wyszukiwania. Z lewej strony każdego wiersza w tabeli znajduje się przycisk **Anuluj**, który pozwala na anulowanie złożonego wniosku, jednakże tylko do momentu podjęcia wniosku przez operatora OW.

6.4.2 Zarządzanie operatorami

Funkcjonalność **Zarządzanie operatorami** umożliwia:

- wnioskowanie o nadanie uprawnienia administratora lokalnego dla wybranego operatora
- nadawanie wybranym operatorom uprawnień do korzystania z systemu eWUŚ
- przegląd wniosków o nadanie uprawnień administratora lokalnego

Portal Świadczeniodawcy
2.2222 | 08R/66666 (AMS001PL) [Wyloguj]

Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ

▶ Powrót ▶ Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia ▶ Zarządzanie operatorami ▶ Wnioski o uprawnienia administratora ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: POZNAŃSKIE WYSTAWIENIE PUBLICZNYH WYSTAWIENIOWYCH KLASYCZNY ŚWIADCZENIOWYCH WYKONAWCÓW PRACOWNIKÓW I PRACOWNICZYNI

Użytkownik: ...

Zarządzanie operatorami systemu eWUŚ

Wyszukiwanie

Użytkownik:

Status uprawnienia:

Numer uprawnienia:

Użytkownik	Imię	Nazwisko	PESEL	Status uprawnienia	Nr uprawnienia	Id wniosku	Wniosek o administratora	Uprawnienie
...	Brak			Złóż	Nadaj
...	Brak			Złóż	Nadaj
...	A	Administrator eWUŚ	08-EO-2012-12-06-012009	46805		Zablokuj
...	Administrator eWUŚ	08-EO-2012-12-06-012008	46804		Zablokuj
...	Brak			Złóż	Nadaj
...	Brak			Złóż	Nadaj
...	Brak			Złóż	Nadaj
...	Brak			Złóż	Nadaj
...	Brak			Złóż	Nadaj
...	Brak			Złóż	Nadaj
...	Brak			Złóż	Nadaj

1 2 3

W oknie możliwy jest przegląd i wyszukiwanie użytkowników świadczeniodawcy mających dostęp do Portalu Świadczeniodawcy.

W części **Wyszukiwanie** znajdują się filtry:

- *Użytkownik;*
- *Status uprawnienia;*
- *Numer uprawnienia;*

pozwalające na precyzowanie warunków wyszukiwania użytkowników. Wyszukiwanie użytkowników następuje po kliknięciu przycisku .

Poniżej znajduje się tabela, ze wszystkimi użytkownikami spełniającymi kryteria wyszukiwania określone w filtrach.

W kolumnie *Status uprawnienia* znajdują się uprawnienia użytkownika w systemie eWUŚ.

W kolumnie *Wniosek o administratora* znajduje się przycisk **Złóż** pozwalający złożyć wniosek o nadanie uprawnień administratora lokalnego wybranemu użytkownikowi. Szczegóły wnioskowania o nadanie uprawnień administratora został opisany w rozdziale [Uprawnienia administratora lokalnego systemu eWUŚ](#).

W kolumnie *Uprawnienie* znajduje się przycisk:

- **Nadaj** dla użytkowników bez uprawnień do systemu eWUŚ - pozwalający nadać wybranemu użytkownikowi

uprawnienia operatora systemu eWUŚ;

- **Zablokuj** dla użytkowników z uprawnieniami do systemu eWUŚ - pozwalający zablokować wybranemu użytkownikowi dostęp do systemu eWUŚ;
- **Odblokuj** dla użytkowników z zablokowanym dostępem do systemu eWUŚ - pozwalający odblokować wybranemu użytkownikowi dostęp do systemu eWUŚ;

W przypadku gdy uprawnienie będzie zablokowane przez OW NFZ, informacja ta będzie prezentowana dla danego użytkownika wraz z podaniem przyczyny blokady. W przypadku blokady uprawnienia przez OW NFZ nie będzie możliwe odblokowanie uprawnienia w Portalu Świadczeniodawcy.

Użytkownik Imię	Nazwisko	PESEL	Status uprawnienia	Nr uprawnienia	Id wniosku	Wniosek o administratora	Uprawnienie
...	Operator eWUŚ	08-EO-2012-12-06-012011			Zablokuj
...	Brak			Złóż	Nadaj
...	Administrator eWUŚ	08-EO-2012-12-06-012009	46805		Zablokuj
...	Administrator eWUŚ	08-EO-2012-12-06-012008	46804		Zablokuj
...	Brak			Złóż	Nadaj
...	Brak			Złóż	Nadaj
...	Zablokowane uprawnienie operatora	08-EO-2012-12-06-012010		Złóż	Odblokuj
...	Brak			Złóż	Nadaj
...	Brak			Złóż	Nadaj
...	Brak			Złóż	Nadaj

1 2 3

6.4.2.1 Uprawnienia administratora lokalnego systemu eWUŚ

Wnioski o nadanie uprawnienia administratora lokalnego systemu eWUŚ.

Funkcja umożliwia zarejestrowanie wniosku o uprawnienia administratora lokalnego systemu eWUŚ wniosku i przekazanie go do OW NFZ. Do czasu podjęcia wniosku przez pracownika OW NFZ wniosek można anulować.

Rejestracja wniosku jest w pełni automatyczna i wymaga tylko wskazania istniejącego w portalu użytkownika. Użytkownik ten musi mieć wcześniej uzupełnione informacje takie jak:

- imię
- nazwisko
- PESEL

Wszystkie pozostałe wymagane na wniosku dane (dane świadczeniodawcy) będą wypełnione na podstawie kontekstu zalogowanego użytkownika.

Złożenie wniosku jest możliwe tylko przez świadczeniodawców posiadających ważne upoważnienie wydane przez OW NFZ. W przypadku braku aktualnego upoważnienia, Portal Świadczeniodawcy zablokuje dostęp do funkcji rejestracji wniosku.

W przypadku, gdy dany użytkownik ma zablokowane przez OW NFZ wcześniej przyznane uprawnienie operatora, nie będzie możliwe złożenie dla niego wniosku o administratora lokalnego. Najpierw jest wymagane zdjęcie blokady z uprawnienia operatora przez pracownika OW NFZ.

Możliwe będzie złożenie kilku wniosków o administratora lokalnego, dotyczących różnych użytkowników portalu.

Złożenie wniosku dla danego użytkownika będzie możliwe tylko w przypadku:

- gdy żaden inny wniosek o nadanie uprawnienia administratora dla danego użytkownika nie będzie oczekiwał na decyzję OW NFZ;
- gdy użytkownik nie ma nadanego aktualnego uprawnienia administratora;

Wnioski mogą być składane tylko dla operatora posiadającego aktualne upoważnienie świadczeniodawcy zgodne z załącznikiem nr 1 do regulaminu korzystania przez świadczeniodawców z systemu eWUŚ, wydawane na okres nie dłuższy niż 3 lata. Upoważnienia te nie są rejestrowane w Portalu Świadczeniodawcy, obowiązek ich posiadania i przechowywania należy do świadczeniodawcy.

Wniosek o lokalnego administratora nie ma formy papierowej – akceptowany jest przez OW na podstawie wniosku elektronicznego w systemie.

Akceptacja wniosku przez OW spowoduje automatyczne przyznanie użytkownikowi uprawnienie lokalnego administratora systemu eWUŚ. Nadanie uprawnienia związane jest z wygenerowaniem unikalnego numeru uprawnienia.

Uprawnienie administratora lokalnego nadawane będą na okres 3 lat od dnia złożenia wniosku.

Zablokowanie uprawnienia lokalnego administratora systemu eWUŚ.

Funkcja umożliwia zablokowanie użytkownikowi Portalu Świadczeniodawcy uprawnienia lokalnego administratora systemu eWUŚ.

Zablokować uprawnienie lokalnego administratora systemu eWUŚ może:

- inny lokalny administrator systemu eWUŚ
- użytkownik Portalu Świadczeniodawcy posiadający uprawnienie zarządzanie uprawnieniami systemu eWUŚ.

Zablokowanie uprawnienia lokalnego administratora jest nieodwracalne. Uprawnienie można odzyskać wnioskując o jego ponowne nadanie. Ponownie nadane uprawnienie administratora lokalnego posiada nowy numer uprawnienia i ponownie wyznaczony okres ważności.

6.4.2.2 Uprawnienia operatora systemu eWUŚ

Nadawanie uprawnienia operatora systemu eWUŚ

Funkcja umożliwia nadanie użytkownikowi Portalu Świadczeniodawcy uprawnienia operatora systemu eWUŚ. Uprawnienie może nadać tylko lokalny administrator systemu eWUŚ.

Uprawnienie to można nadać tylko użytkownikom, którzy mają wypełnione dane:

- imię
- nazwisko
- PESEL

W danym momencie użytkownik może mieć nadane tylko jedno uprawnienie. W przypadku, gdy użytkownik będzie miał już nadane uprawnienie administratora lokalnego bądź operatora, nie będzie możliwości nadania kolejnego uprawnienia.

Nadanie uprawnienia związane jest z wygenerowaniem unikalnego numeru uprawnienia.

Uprawnienie operatora nadawane będą na okres 3 lat od dnia nadania uprawnienia.

Uprawnienia operatora mogą być nadawane tylko dla użytkownika posiadającego aktualne upoważnienie świadczeniodawcy zgodne z załącznikiem nr 2 do regulaminu korzystania przez świadczeniodawców z systemu eWUŚ, wydawane na okres nie dłuższy niż 3 lata.

Upoważnienia te są rejestrowane w Portalu Świadczeniodawcy, obowiązek ich posiadania i przechowywania należy do świadczeniodawcy.

Zablokowanie uprawnienia operatora systemu eWUŚ.

Funkcja umożliwia zablokowanie użytkownikowi Portalu Świadczeniodawcy uprawnienia operatora.

Zablokować uprawnienie operatora systemu eWUŚ może:

- lokalny administrator systemu eWUŚ
- użytkownik Portalu Świadczeniodawcy posiadający uprawnienie zarządzanie uprawnieniami systemu eWUŚ.

Odblokowanie uprawnień operatora systemu eWUŚ.

Funkcja umożliwi odblokowanie użytkownikowi Portalu Świadczeniodawcy uprawnień operatora. Odblokować uprawnienie operatora systemu eWUŚ może tylko lokalny administrator systemu eWUŚ.

Uprawnienie to można odblokować tylko użytkownikom, którzy mają wypełnione dane:

- imię
- nazwisko
- PESEL

Funkcja umożliwi odblokowanie uprawnień operatora tylko w przypadku, gdy blokada uprawnień została zrealizowana przez użytkownika Portalu Świadczeniodawcy. W przypadku, gdy blokada została nałożona przez operatora OW NFZ, odblokowanie uprawnień użytkownika w Portalu Świadczeniodawcy nie będzie możliwe. Uprawnienie to w takim przypadku może odblokować tylko operator OW NFZ.

Odblokowanie uprawnień operatora będzie także niemożliwe, jeśli w międzyczasie użytkownikowi nadano uprawnienie administratora lokalnego.

6.4.3 Wnioski o uprawnienia administratora

W oknie możliwy jest przegląd i wyszukiwanie wniosków o uprawnienia administratora.

Portal Świadczeniodawcy 2.2222 | 08R/66666 (AMS001PL) [Wyloguj]

Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ

▶ Powrót ▶ Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia ▶ Zarządzanie operatorami ▶ Wnioski o uprawnienia administratora ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: POZNAŃSKIE CENTRUM USŁUG PUBLICZNYCH HURTOWO WIELKOPOLSKIEGO ZWIĄZKU PRACOWNIKÓW USŁUGI PUBLICZNEJ
 Użytkownik: ADMINISTRATOR

Wnioski o uprawnienia administratora lokalnego systemu eWUŚ

Wyszukiwanie

Użytkownik:

Status wniosku:

Numer uprawnienia:

Id wniosku	Użytkownik	Status wniosku	Data rejestracji	Data pobrania	Data zakończenia	Nr uprawnienia	Status uprawnienia
46805	ADMINISTRATOR	Zatwierdzony	06.12.2012	06.12.2012	06.12.2012	08-EO-2012-12-06-012009	Aktywne
46804	ADMINISTRATOR	Zatwierdzony	06.12.2012	06.12.2012	06.12.2012	08-EO-2012-12-06-012008	Aktywne
46663	ADMINISTRATOR	Zatwierdzony	04.12.2012	04.12.2012	04.12.2012		

W części **Wyszukiwanie** znajdują się filtry:

- *Użytkownik;*
- *Status uprawnienia;*
- *Numer uprawnienia;*

pozwalające na precyzowanie warunków wyszukiwania wniosków. Wyszukiwanie wniosków następuje po kliknięciu przycisku .

6.4.4 Wnioski o zgodę na przedłużenie ważności upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ.

Funkcja umożliwia wystąpienie przez świadczeniodawcę z wnioskiem o przedłużenie ważności upoważnienia w sytuacji, gdy świadczeniodawcy upłynęła ważność umowy, a nowa umowa z różnych przyczyn nie została jeszcze podpisana. W takiej sytuacji dyrektor OW NFZ może wyrazić na ograniczone w czasie korzystanie z systemu eWUŚ.

Portal Świadczeniodawcy 2.2303 | 08R/66666 (SIVY1234) [Wyloguj]

Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ

▶ Powrót ▶ Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia ▶ Zarządzanie operatorami ▶ Wnioski o uprawnienia administratora ▶ Pomoc
▶ Wnioski o zgodę na przedłużenie ważności upoważnienie do korzystania z systemu eWUŚ.

Świadczeniodawca: **Świadczeniodawca 000/00000/1 Kopia Świadczeniodawca 00/0, 00000 Warszawa**
Użytkownik: **00000/000**

Wnioski o zgodę na przedłużenie ważności upoważnienie do korzystania z systemu eWUŚ.
Bieżąca umowa jest ważna do 2013-12-31, po tej dacie upoważnienie do korzystania z systemu eWUŚ może zostać zablokowane.

Wyszukiwanie wniosków
Status:

Brak wpisów

Na przeglądzie złożonych wniosków, w części **Wyszukiwanie wniosków**, znajduje się pole *Status* pozwalające na wyszukiwanie wniosków spełniających wybrany status. Wyszukiwanie wniosków następuje po kliknięciu przycisku

Przycisk pozwala na utworzenie nowego wniosku. Po jego kliknięciu otworzy się okno pozwalające na wprowadzenie powodu składania wniosku.

Portal Świadczeniodawcy
2.2303 | 08R/66666 (SIVY1234) [Wyloguj]

Zarządzanie upoważnieniami do korzystania systemu eWUŚ

[▶ Powrót](#)
[▶ Przegląd wniosków o nadanie upoważnienia](#)
[▶ Zarządzanie operatorami](#)
[▶ Wnioski o uprawnienia administratora](#)
[▶ Pomoc](#)

[▶ Wnioski o zgodę na przedłużenie ważności upoważnienie do korzystania z systemu eWUŚ.](#)

Świadczeniodawca: Świadczeniodawca 000/00000/1 Alpa Inwestycje 00/0, 00000 Warszawa 00000,000

Użytkownik: 00000,000

Wnioski o zgodę na przedłużenie ważności upoważnienie do korzystania z systemu eWUŚ.

Bieżąca umowa jest ważna do 2013-12-31, po tej dacie upoważnienie do korzystania z systemu eWUŚ może zostać zablokowane.

Dodawanie nowego wniosku o przedłużenie ważności upoważnienia do korzystania z systemu eWUŚ

Powód składania wniosku:

Po wprowadzeniu powodu należy wniosek zatwierdzić przyciskiem , tym samym przekazując wniosek do rozpatrzenia przez OW NFZ. Okres, na jaki zostanie wydana zgoda na przedłużenie ważności upoważnienia będzie określany przez operatora OW NFZ.

W dolnej części okna znajduje się tabela zawierająca wnioski spełniające kryteria wyszukiwania. Z lewej strony każdego wiersza w tabeli znajduje się przycisk **Anuluj**, który pozwala na anulowanie złożonego wniosku, jednakże tylko do momentu podjęcia wniosku przez operatora OW.

6.5 Wniosek o nadanie uprawnienia administratora

Wniosek o nadanie uprawnienia administratora - Wniosek dostępny jest w grupie funkcyjnej administracja. Wszystkie pola wniosku są obowiązkowe i walidowane pod względem formatu. Funkcjonalność jest dostępna wyłącznie dla użytkowników, którzy nie posiadają jeszcze uprawnień administratora. Aby użytkownik mógł skorzystać z funkcjonalności musi uzupełnić swoje dane (poprzez odsyłacz **Dane użytkownika**). Jeżeli użytkownik spróbuje skorzystać z funkcjonalności nie posiadając kompletu danych, zostanie wyświetlony stosowny komunikat. Jeżeli użytkownik posiada wszystkie wymagane dane, zostanie wyświetlony wypełniony wniosek, który należy zatwierdzić i wydrukować korzystając z przycisku **Drukuj**.

Portal Świadczeniodawcy - Microsoft Internet Explorer provided by Sygnity S.A.

Drukuj Zamknij

Wniosek
o nadanie uprawnienia Administratora
umożliwiającego tworzenie nowych użytkowników
i zarządzanie ich uprawnieniami w ramach aplikacji
'PORTAL ŚWIADCZENIODAWCY'

Pieczęć świadczeniodawcy

Wnioskujący:
Kod świadczeniodawcy 10061999
Nazwa świadczeniodawcy Świadczeniodawca testowy - scenariusz 11
Miasto KIETRZ
Ulica ULICA NOWA 123
Kod pocztowy 48122
Poczta POCZTA W KIETRZU

Niniejszym wnioskuję o nadanie użytkownikowi Ika uprawnienia Administratora, dane użytkownika:


Imię	Nazwisko	PESEL	Tel. Kontaktowy
Ika	Bzka	90010100726	236 56 23

Użytkownik posiadać będzie prawo tworzenia nowych użytkowników w ramach Świadczeniodawcy, nadawać im uprawnienia do już istniejących, jak też przyszłych funkcjonalności 'Portalu Świadczeniodawcy'.

Wnioskodawca ponosi pełną odpowiedzialność za nadanie użytkownikowi uprawnienia Administratora, jak też za wszystkie osoby, którym Użytkownik udostępni dane pozwalające na korzystanie z 'Portalu Świadczeniodawcy'.

14.05.2008 Data

..... Podpis użytkownika



000000052251482140

6.6 Pobranie plików technicznych NFZ

Pobranie plików technicznych NFZ przenosi nas do okna prezentowanego poniżej.

Przycisk **Pliki - archiwum** - umożliwia pobieranie plików znajdujących się na lokalnym dysku serwera

Przycisk **Pliki techniczne** - umożliwia pobieranie plików udostępnionych przez moduł wymiany plików (CLO_WD).

W przeglądarce plików znajdują się następujące foldery:

Pliki wspólne - prezentowane są pliki dostępne dla wszystkich Świadczeniodawców,

Pliki dedykowane - pliki dostępne dla zalogowanego Świadczeniodawcy,

Słowniki.

Pozycje prezentowane są w postaci drzew katalogowych, jak na powyższym rysunku.

Pliki mogą przyjmować następujące statusy:

- **Nowy** - plik nie był jeszcze pobierany
- **Pobrany** - plik został już pobrany
- **Zaktualizowany** - plik był już pobierany, ale została udostępniona nowa wersja

6.7 Stan przekazanych przesylek do systemu CBS

Stan przekazanych przesylek do systemu CBS - Wybranie tej opcji powoduje wyświetlenie listy przesylek, jakie zostały wczytane do systemu oddziałowego. Dane są prezentowane w ramach przekazywanych deklaracji POZ, CBS2 oraz danych z lecznictwa otwartego i zamkniętego.

Lista przesyłek 16 października 2006

Kod świadczeniodawcy: 000782
 Nazwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego

Instalacja:
 Data importu od:
 Typ przesyłki:
 Data importu do:

Prześć zdefiniować kryteria wyszukiwania i nacisnąć przycisk "Znajdź"

Aby wyświetlić dane można zdefiniować filtry, następnie wybrać przycisk **Znajdź**. Przycisk **Powrót** umożliwi przejście do strony głównej **Portal Świadczeniodawcy**.

6.8 Przegląd instalacji otwartych oraz wniosków na nowe instalacje

Przegląd instalacji otwartych oraz wniosków na nowe instalacje - po wejściu do funkcjonalności otrzymujemy dane w dwóch tabelach. Pierwsza prezentuje informacje o instalacjach otwartych oraz udostępnia przycisk do pobrania pliku z licencją (jeżeli takowy jest dostępny, jeżeli nie - przycisku nie widać). Druga tabela znajdująca się poniżej prezentuje informacje o złożonych wnioskach na nowe instalacje.

Portal Świadczeniodawcy 2.0067 [Wyloguj]

Przegląd instalacji otwartych oraz wniosków na nowe instalacje

> Nowy wniosek > Generacja klucza do migracji danych > Odśwież > Powrót > Pomoc

Świadczeniodawca: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego Traugutta 9, 81384 Gdynia
 Użytkownik: test1

Instalacje otwarte

Kod instalacji	Status	Data wydania	Data anulowania
27100052	Nowa	19.09.2007	01.01.2100
27100053	Nowa	19.09.2007	01.01.2100
27100064	Neaktywna	20.09.2007	01.01.2100
27100065	Przygotowana	20.09.2007	01.01.2100
27100068	Uruchomiona	01.10.2007	01.01.2100
27100069	Przygotowana	01.10.2007	01.01.2100
27100074	Neaktywna	12.10.2007	01.01.2100
27100075	Przygotowana	12.10.2007	01.01.2100
27100076	Nowa	12.10.2007	01.01.2100
27300046	Nowa	18.09.2007	01.01.2100

Na stronie znajduje się przycisk **Generacja klucza do migracji danych**, który wyświetla wniosek. Na wniosku należy wpisać kod instalacji oraz hasło, a następnie nacisnąć przycisk **Generuj**. Zostanie wygenerowany klucz migracyjny. Po wygenerowaniu klucza wniosek można wydrukować.

[Generacja klucza migracyjnego dla Pakietu Świadczeniodawcy](#)

Drukuj Generuj Zamknij

Kod świadczeniodawcy: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego Traugutta 9, 81384 POMORSKIE

Numer instalacji PŚ:

Hasło do migracji:

Wygenerowany klucz:

Na stronie znajduje się przycisk **Nowy wniosek**, który otwiera okno z formularzem nowego wniosku (należy pamiętać o wyłączeniu blokowania wyskakujących okienek). W momencie wydruku wniosku informacje o nim zapisywane są do bazy danych. Wydrukowany wniosek należy dostarczyć do oddziału NFZ. Wniosek można wydrukować tylko raz. Cała funkcjonalność objęta jest opcją dostosowania oraz prawem Przegląd instalacji otwartych (11093 - wniosek o instalacje otwartą). Aby zobaczyć wniosek na liście instalacji należy skorzystać z przycisku **Odśwież** i wydrukowany wniosek pojawi się w sekcji **Instalacje otwarte**.

Drukuj Zamknij

Pieczęć świadczeniodawcy

Wniosek
o wygenerowanie niezbędnych informacji umożliwiających wymianę danych w otwartym formacie

Do: 01 - Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ

Wnioskujący:
Kod świadczeniodawcy 000782
Nazwa świadczeniodawcy Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Psychicznego
Miasto Gdynia
Ulica Traugutta 9
Kod pocztowy 81384
Pocztą Gdynia

Niniejszym wnioskuję o wygenerowanie niezbędnych informacji umożliwiających wymianę danych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2006 roku w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Oświadczam, że zachowana zostanie poufność uzyskanych informacji.


Zobowiązuję się również do zachowania ustalonych zasad zabezpieczenia przesyłanych informacji, a w szczególności:

- szyfrowania przesyłanych informacji z zastosowaniem klucza publicznego oddziału NFZ
- komunikacji z serwerem pocztowym obsługującym przesyłki w otwartym formacie z wykorzystaniem protokołu TLS/SSL

Równocześnie zobowiązuję się do niewykorzystywania utworzonej na ww. potrzeby skrzynki pocztowej do celów innych niż wymiana danych w otwartym formacie z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

18.09.2007
Data

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania świadczeniodawcy



6.9 Wniosek o założenie konta administratora

Wniosek o założenie konta administratora - Wniosek dostępny jest w grupie funkcyjnej administracja i nie jest objęty dostosowaniem i uprawnieniami. Wszystkie pola wniosku są obowiązkowe i walidowane pod względem formatu.

6.10 Przegląd stanu komunikacji/przetwarzania danych w OW NFZ

Formatka służy do wyszukiwania przesyłek znajdujących się w repozytorium plikowym WD REPO.

Na zakładce **Przegląd stanu komunikacji** można obejrzeć listę wysłanych plików oraz odpowiedzi do nich

wygenerowane. Za pomocą przycisku **Pobierz** znajdującego się w kolumnie *Odpowiedzi* na tabeli wyników wyszukiwania możliwe jest pobranie pliku z odpowiedzią.

Portal Świadczeniodawcy 2.1406 [Wyloguj]

Przegląd stanu komunikacji / przetwarzania danych w OW NFZ

▶ Powrót ▶ Podgląd stanu komunikacji ▶ Wczytywanie plików do Systemu Oddziałowego ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: **Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa Nathana w Branicach**
Prądnicka 802, 31209 Opole
Użytkownik: **test1**

Wyszukiwanie

Rok:

Miesiąc:

Przeźreń:

Grupa:

Typ:

Wersja:

Status:

Transport:

Guid:

Nazwa pliku:

Pobrano:

Brak danych spełniających zadane warunki

Na zakładce **Wczytywanie plików do Systemu Oddziałowego** jest możliwość wczytania pliku w formacie XML/PGP/ZIP/RAR/GZIP/BZ2. Konieczne jest wybranie instalacji w ramach której zostanie wysłany plik oraz która wskaże adres zwrotny.

Portal Świadczeniodawcy 2.1406 [Wyloguj]

Przegląd stanu komunikacji / przetwarzania danych w OW NFZ

▶ Powrót ▶ Podgląd stanu komunikacji ▶ Wczytywanie plików do Systemu Oddziałowego ▶ Pomoc

Kod instalacji:

Email zwrotny:

Wczytywanie pliku:

Wynik wczytywania:

6.11 Historia logowań

Na formatce wyświetlana jest historia logowań użytkownika wraz z datami, godzinami i adresami IP z których następowało logowanie.

Portal Świadczeniodawcy
[Wyloguj]

Przegląd historii logowań

▶ Powrót
▶ Pomoc

Świadczeniodawca: Świadczeniodawca 000/00000/1 Alga Świadczeń 00/0, 00000 Warszawa

Użytkownik: 00000000

Wyszukiwanie

Logowanie:

Użytkownik:

Data wystąpienia: do:

Użytkownik	Logowanie	Data	Adres IP
00000	Poprawne	2012-07-12 13:03:25	00.00.00.00
00000000	Poprawne	2012-07-12 13:02:53	00.00.00.00
00000	Poprawne	2012-07-12 13:02:13	00.00.00.00
00000	Poprawne	2012-07-11 14:23:52	00.00.00.00
00000	Poprawne	2012-07-11 13:33:51	00.00.00.00
00000	Poprawne	2012-07-11 13:33:09	00.00.00.00
00000	Poprawne	2012-07-11 13:30:10	00.00.00.00
00000	Poprawne	2012-07-11 12:51:57	00.00.00.00
00000	Poprawne	2012-07-03 14:16:08	00.00.00.00
00000000	Niepoprawne	2012-07-03 14:15:54	00.00.00.00

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Użytkownik z prawami administratora ma możliwość przeglądu historii logowań wszystkich użytkowników danego świadczeniodawcy. Na precyzowanie warunków wyszukiwania pozwalają pola *Logowanie*, *Użytkownik* oraz *Data wystąpienia*.

Historia logowań dla obecnie zalogowanego dostępna jest również po wskazaniu kursorem myszy użytkownika na górnej belce aplikacji.

Logowanie	Data	Adres IP
Poprawne	2012-07-12 13:02:53	
Poprawne	2012-07-03 13:33:29	
Poprawne	2012-06-27 14:00:29	
Poprawne	2012-06-27 14:00:23	
Poprawne	2012-06-27 11:23:01	
Poprawne	2012-06-22 16:34:18	
Poprawne	2012-06-22 15:55:03	
Poprawne	2012-06-20 11:57:04	

6.12 Zgody dla pracowników OW NFZ na edycję danych w portalu

Okno umożliwia dodawanie, zmiany i anulowanie zgód na edycję danych na portalu. Dodając zgodę świadczeniodawca wyraża zgodę na to, by pracownik OW NFZ na prośbę świadczeniodawcy, pracując w Portalu w trybie serwisowym wykonał określone czynności w imieniu świadczeniodawcy. Zgoda na pracę pracownika OW NFZ jest rejestrowana w systemie, będą rejestrowane również następujące informacje:

- Dane użytkownika świadczeniodawcy, który zgodę wyraził
- Czas obowiązywania zgodny - przedział czasu (od-do), w którym pracownik OW NFZ może zalogować się na konto świadczeniodawcy w trybie serwisowym

Tak wyrażona zgoda może być przez użytkownika świadczeniodawcy zmieniona lub anulowana - jeżeli określony czas jeszcze się nie rozpoczął to zgoda może być anulowana, jeżeli wskazany czas już się rozpoczął to może być zmieniona data i godzina końca okresu udzielenia zgody.

Podany przedział czasu dotyczy możliwości zalogowania się do portalu pracownika OW.

Wszystkie operacje wykonane w portalu przez pracownika OW NFZ będą zapisywane w rejestrze wykonanych operacji. Do rejestru będą także zapisywane informacje o tym, które strony i zakładki w portalu przeglądał pracownik OW oraz na których stronach i zakładkach zmieniał dane.

Do każdej operacji w rejestrze jest dołączona informacja, kto, kiedy i na podstawie której zgody świadczeniodawcy ta czynność została wykonana.

Portal Świadczeniodawcy 2.2602 | 01221 (test) Środowisko serwisowe gsplan2 [Wyloguj]

Zgody dla pracowników OW NFZ na edycję danych w portalu

▶ Powrót ▶ Dodaj zgodę ▶ Pomoc

Świadczeniodawca: _____
Użytkownik: _____

Czas dostępu: _____

Wyszukaj

Portal Świadczeniodawcy 2.0001

[Wyloguj]

Dane użytkownika

> Edycja > Powrót > Pomoc

Świadczeniodawca: **test asdasdsa, Białowice**
Użytkownik: **test1**

Dane osobowe użytkownika

Użytkownik: **test1**

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Telefon:

Email:

Dane do odzyskiwania hasła

Pytanie:

Odpowiedź:

7 Wymagania techniczne i instalacyjne

Dostęp do portalu może być realizowany przez Świadczeniodawcę w dowolnej przeglądarce internetowej obsługującej Java Script i język HTML w najnowszej dostępnej wersji. Działanie portalu zweryfikowano w następujących przeglądarkach:

- Microsoft Internet Explorer 6.0 SP1
- Microsoft Internet Explorer 7.0
- Mozilla Firefox 2.0
- Opera 9.10

W zależności od wprowadzonych przez OW NFZ zabezpieczeń dostępu do portali, mogą być wymagane dodatkowe obostrzenia: Ustawienia przeglądarki umożliwiające zapamiętywanie plików cookies aplikacji.

- W przypadku bezpiecznych połączeń po protokole SSL2 lub SSL3: system operacyjny umożliwiający pracę przeglądarki internetowej z siłą szyfrowania 128 bitów
- W przypadku autoryzacji z wykorzystaniem karty profesjonalisty lub pacjenta (Śląski OW NFZ) wymagane są:
 - czytnik kart współpracujący z wykorzystywanymi w OW NFZ kartami
 - przeglądarka internetowa Microsoft Internet Explorer 6.0 SP1 lub 7.0.

Wydruki raportów i zestawień będą dostępne we wszystkich przeglądarkach, ale prawidłowe formatowanie możliwe jest jedynie w MS IE - pełne wsparcie wydruków (orientacja papieru, brak stopek) - po zezwoleniu przez operatora, na automatyczne zainstalowanie odpowiedniego komponentu ActiveX, dostarczonego przez portal.

8 Najczęściej zadawane pytania

[Jak zatrudnić personel w komórce?](#)

[Jak zmienić dane personelu w komórce?](#)

[Jak usunąć zatrudnienie personelu z pojedynczej komórki?](#)

[Jak przenieść zatrudnienie do innej komórki \(nawet w obrębie tego samego produktu\)?](#)

[Jak usunąć dane dla wpisu zatrudnienia z brakującą grupą i/lub specjalnością?](#)

[Jak zwolnić personel we wszystkich komórkach?](#)

[Jak dodać personel?](#)

[Jak zmienić dane personelu?](#)

[Jak usunąć dane?](#)

[Jak zmienić dane personalne?](#)

8.1 Jak zatrudnić personel w komórce?

Portal Świadczeniodawcy/Personel świadczeniodawcy (Rodzaj wniosku 11).

1. Wybieramy przycisk **Nowe zatrudnienie** (po określeniu pola Produkt)
2. Ustawiamy pole Rodzaj wniosku na: 11 - wniosek zatrudnienia personelu w komórce
3. Wypełniamy pola edycji
4. Przyciskiem **Zatwierdź zmiany** zapisujemy wprowadzony wniosek o zatrudnienie (wniosek zostaje opatrzony kolejnym numerem)
5. Naciskamy przycisk **Dodaj komórkę** i przechodzimy do Edycji zatrudnienia (koniecznie z właściwą grupą zawodową i specjalnością). Możliwy status: N - nowy personel
6. Po wprowadzeniu wymaganych danych, zatwierdzamy przyciskiem **Zatwierdź zmiany**
7. Na stronie Edycja wniosku - zatrudnienia w komórce, w sekcji **Zatrudnienie personelu w komórkach** pojawią się zaktualizowane dane
8. Przekazujemy informację do oddziału (**Przełącz do OW NFZ**).

8.2 Jak zmienić dane personelu w komórce?

Portal Świadczeniodawcy/Personel świadczeniodawcy (Rodzaj wniosku 14)

1. Wybieramy przycisk **Nowe zatrudnienie** (po określeniu pola Produkt)
2. Ustawiamy pole Rodzaj wniosku na: 14 - zmiana danych personelu w komórce
3. Wypełniamy pola edycji
4. Przyciskiem **Zatwierdź zmiany** zapisujemy wprowadzony wniosek
5. Naciskamy przycisk **Dodaj komórkę** (koniecznie z właściwą grupą zawodową i specjalnością) i przechodzimy do strony Edycja zatrudnienia
6. Wprowadzamy konieczne zmiany i ustawiamy status: Z - zmiana danych
7. Przyciskiem **Zatwierdź zmiany** zapisujemy wprowadzone zmiany
8. Wprowadzamy od nowa cały harmonogram i ponownie zatwierdzamy
9. Przycisk **Nowa pozycja** i **Aktualizuj** pozwalają na reedycję wprowadzonych właśnie zmian
10. Przyciskiem **Przełącz do OW NFZ** przesyłamy informację do oddziału.

Po aktualizacji danych personelu i ewentualnej zmianie harmonogramu, na stronie Edycja wniosku - zatrudnienia w komórce, pojawią się zaktualizowane informacje (sekcja **Zatrudnienie personelu w komórkach**).

8.3 Jak usunąć zatrudnienie personelu z pojedynczej komórki?

Portal Świadczeniodawcy/Personel świadczeniodawcy (Rodzaj wniosku 14)

1. Wybieramy przycisk **Nowe zatrudnienie** (po określeniu pola Produkt)
2. Ustawiamy pole Rodzaj wniosku na: 14 - zmiana danych personelu w komórce
3. Wypełniamy pola edycji
4. Przyciskiem **Zatwierdź zmiany** zapisujemy wprowadzony wniosek
5. Naciskamy przycisk **Dodaj komórkę** (koniecznie z właściwą grupą zawodową i specjalnością) i przechodzimy do strony Edycji zatrudnienia
6. Wprowadzamy konieczne zmiany i ustawiamy status: U - usunięcie danych
7. Przyciskiem **Zatwierdź zmiany** zapisujemy wprowadzone zmiany
8. Przycisk **Nowa pozycja** i **Aktualizuj** pozwalają na reedycję wprowadzonych właśnie zmian
9. Przyciskiem **Przełącz do OW NFZ** przesyłamy informację do oddziału.

Po aktualizacji danych personelu i ewentualnej zmianie harmonogramu, na stronie Edycja wniosku - zatrudnienia w komórce, pojawiają się zaktualizowane informacje (sekcja **Zatrudnienie personelu w komórkach**).

8.4 Jak przenieść zatrudnienie do innej komórki (nawet w obrębie tego samego produktu)?

Portal Świadczeniodawcy/Personel świadczeniodawcy

Pierwszą czynnością jest złożenie wniosku o usunięcie zatrudnienia personelu z pojedynczej komórki (14 - wniosek zmiany danych personelu w komórce, w statusie U - usunięcie danych). Następnie przekazujemy zatwierdzony wniosek do oddziału NFZ i postępujemy wg poniższego schematu.

1. Składamy nowy wniosek: 11 - wniosek zatrudnienia personelu w komórce
2. Przyciskamy **Zatwierdź zmiany**
3. Przechodzimy do sekcji **Grupy zawodowe/Specialności**
4. Dodajemy komórkę dla nowej lokalizacji, właściwej grupy zawodowej i specjalności
5. Potwierdzamy wszystko przyciskiem **Zatwierdź zmiany**
6. Wprowadzamy harmonogram
7. Ponownie zatwierdzamy zmiany i przyciskiem **Przełącz do OW NFZ** przesyłamy zmiany do oddziału.

8.5 Jak usunąć dane dla wpisu zatrudnienia z brakującą grupą i/lub specjalnością?

Portal Świadczeniodawcy/Personel świadczeniodawcy (Rodzaj wniosku 14).

1. Wybieramy przycisk **Nowe zatrudnienie** (po określeniu pola Produkt)
2. Ustawiamy pole Rodzaj wniosku na: 14 - zmiana danych personelu w komórce
3. Wypełniamy pola edycji
4. Przyciskiem **Zatwierdź zmiany** zapisujemy wprowadzony wniosek
5. Naciskamy przycisk **Dodaj komórkę** i przechodzimy do strony Edycji zatrudnienia
6. Na formularzu ustawiamy status: U - usunięcie danych
7. W sekcji **Grupy zawodowe i/lub Specialności**, na liście rozwijanej wybieramy opcję: *Wszystkie w danej komórce*
8. Przyciskiem **Zatwierdź zmiany** zapisujemy wprowadzone zmiany
9. Przyciskiem **Powrót** przechodzimy na stronę Edycji zatrudnienia, gdzie grupa zawodowa i/lub specjalność oznaczona jest symbolem "X"
10. **Przełącz do OW NFZ** przesyłamy zatwierdzony wniosek do oddziału.

8.6 Jak zwolnić personel we wszystkich komórkach?

Portal Świadczeniodawcy/Personel świadczeniodawcy (Rodzaj wniosku 17).

1. Wybieramy przycisk **Nowe zatrudnienie** (po określeniu pola Produkt)
2. Ustawiamy pole Rodzaj wniosku na: 17 - wniosek zwolnienia personelu we wszystkich komórkach
3. Wypełniamy pola edycji
4. Przyciskiem **Zatwierdź zmiany** zapisujemy wprowadzony wniosek
5. Naciskamy przycisk **Dodaj komórkę** i przechodzimy do strony Edycja zatrudnienia
6. Na stronie Edycji zatrudnienia, pole Status ma tylko jedną formę: U - usunięcie danych
7. Przyciskiem **Zatwierdź zmiany** potwierdzamy przeprowadzaną operację
8. Przekazujemy do OW NFZ przyciskiem **Przełącz do OW NFZ**

Po przejściu przyciskiem **Powrót** do strony Edycja wniosku - zatrudnienia w komórce, w sekcji **Zatrudnienie personelu w komórkach**, pojawia się informacja, że dana pozycja ma status U - usunięcie danych.

UWAGA. Zatrudnienie personelu zostanie usunięte ze wszystkich komórek, ale tylko dla konkretnego produktu, w ramach danej umowy/oferty. Nie ma funkcji składania wniosku o całkowite zwolnienie personelu ze wszystkich komórek, produktów i umów. W takim przypadku trzeba ręcznie wygenerować wnioski 17 dla każdego produktu w ramach każdej oferty/umowy, dla których była zatrudniona dana osoba.

8.7 Jak dodać personel?

Portal Świadczeniodawcy/Personel świadczeniodawcy (Rodzaj wniosku 01)

1. Wybieramy przycisk **Przegląd wniosków**
2. Na stronie przeglądu wybieramy przycisk **Nowy wniosek**
3. Przechodzimy do strony edycji wniosku, gdzie w polu Rodzaj wniosku wpisujemy: 01 - wniosek na dodanie personelu
4. Uzupełniamy wymagane dane m.in.: PESEL, Nazwisko, Imiona
5. Wypełnione pola edycji zatwierdzamy przyciskiem **Zatwierdź zmiany**
6. W sekcji **Grupy zawodowe** która aktywuje się po zatwierdzeniu zmian, wybieramy przycisk **Dodaj grupę zawodową**
7. Na stronie edycji, pole Status ma formę N - nowy wniosek
8. Wypełniamy wymagane pozycje na stronie (kod grupy, dane dotyczące prawa wykonywania zawodu)
9. Potwierdzamy wpisane informacje przyciskiem **Zatwierdź zmiany**
10. Istnieje możliwość dopisania nowej grupy zawodowej lub zaktualizowania bieżącej (przyciski **Nowa grupa, Aktualizuj**)
11. Przyciskiem **Powrót** przechodzimy do strony edycji wniosku (widoczne są tu naniesione informacje dotyczące grup zawodowych)
12. W sekcji **Specjalności** przyciskamy **Dodaj specjalność** i przechodzimy do kolejnej strony
13. Wypełniamy wymagane dane i przyciskamy **Zatwierdź zmiany**. Uaktywniają się przyciski **Nowa specjalność** i **Aktualizuj**, które umożliwiają przejście do trybu edycji.
14. Przycisk **Powrót** przenosi nas na stronę edycji wniosku, gdzie widoczne są wprowadzone dane
15. Po poprawnym wypełnieniu wniosku wybieramy przycisk **Przełącz do OW NFZ**, po czym wniosek zostanie przekazany do operatora w oddziale (nie będzie możliwości wprowadzania zmian).
16. W przypadku zauważenia błędu przed wysłaniem wniosku do NFZ, istnieje możliwość poprawy danych za pomocą przycisku **Aktualizuj**.

Nie ma możliwości zatwierdzenia wniosku, jeżeli w słowniku personelu istnieje już aktywny personel o takim

samym numerze PESEL, co na wniosku. W takim wypadku pojawi się komunikat informujący o tym wraz z kodami tego personelu.

8.8 Jak zmienić dane personelu?

Portal Świadczeniodawcy/Personel świadczeniodawcy (Rodzaj wniosku 04).

1. Wybieramy przycisk **Przegląd wniosków**
2. Na stronie przeglądu wybieramy przycisk **Nowy wniosek**
3. Przechodzimy do strony edycji wniosku, gdzie w polu Rodzaj wniosku wpisujemy: 04 - wniosek o zmianę danych personelu
4. Uzupełniamy wymagane dane, korzystając z przycisku **Znajdź** i słownika (do wyboru ze słownika dostępny jest tylko aktywny personel)
5. Przyciskiem **Zatwierdź zmiany** powodujemy uaktywnienie sekcji grup zawodowych i specjalności
6. Przyciskiem **Dodaj grupę zawodową** przechodzimy do kolejnej strony
7. Określamy pole Status: Z - zmiana danych i uzupełniamy pola wymagane
8. Po zmianie danych (nowe numery prawa, wydający data uzyskania i inne) zatwierdzamy wprowadzone informacje
9. Istnieje możliwość modyfikacji pozycji poprzez przyciski **Nowa grupa** i **Aktualizuj**
10. Przyciskiem **Powrót** przechodzimy do strony edycji wniosku
11. Powtarzamy czynności w przypadku sekcji **Specjalności**
12. Po zatwierdzeniu zmian, przesyłamy wszystko do oddziału przyciskiem **Przełącz do OW NFZ**
- 13.

UWAGA. Na jednym wniosku można wykazać więcej zmian oraz dołączyć wnioski o usunięcie danych innych grup zawodowych i specjalności, a także wnioski o dodanie nowych grup i specjalności. Nie ma możliwości zatwierdzenia wniosku, jeżeli zmienia on numer PESEL personelu. Aby zatwierdzić wniosek należy dezaktywować personel w słowniku - wtedy podczas zatwierdzania wniosku zostanie dodany nowy wpis z personelem do słownika. Jeżeli nie ma aktywnego personelu w słowniku, który chcemy zmodyfikować to automatycznie zostanie dodany nowy wpis do słownika na podstawie danych z wniosku.

UWAGA. Nowy wpis zostanie dodany tylko wtedy, jeżeli na wniosku jest określony numer PESEL, jeżeli PESEL nie będzie określony pojawi się komunikat informujący o przyczynie nie zatwierdzenia wniosku. Nowy wpis wstawi również grupy zawodowe i zawody/specjalności, które na wniosku miały status zmiany: nowy lub zmiana, jeżeli status zmiany jest usuń to dana grupa zawodowa, zawód/specjalność nie zostanie dodana.

8.9 Jak usunąć dane?

Portal Świadczeniodawcy/Personel świadczeniodawcy (Rodzaj wniosku 04)

1. Wybieramy przycisk **Przegląd wniosków**
2. Na stronie przeglądu wybieramy przycisk **Nowy wniosek**
3. Przechodzimy do strony edycji wniosku, gdzie w polu Rodzaj wniosku wpisujemy: 04 - wniosek o zmianę danych personelu
4. Uzupełniamy wymagane dane, korzystając z przycisku **Znajdź** i słownika (do wyboru ze słownika dostępny jest tylko aktywny personel)
5. Przyciskiem **Zatwierdź zmiany** powodujemy uaktywnienie sekcji grup zawodowych i specjalności
6. Przyciskiem **Dodaj grupę zawodową** przechodzimy do kolejnej strony
7. Określamy pole Status: U - usunięcie danych i uzupełniamy pola wymagane
8. Przyciskiem **Zatwierdź zmiany** potwierdzamy wybór
9. Istnieje możliwość modyfikacji poprzez przyciski **Nowa grupa** i **Aktualizuj**
10. Postępowanie powtarzamy dla sekcji **Specjalności**

11. Przesyłamy dane przyciskiem **Przełącz do OW NFZ**

12. Na stronie edycji wniosku w sekcjach **Grupy zawodowe** i **Specjalności**, pojawi się status U - usunięcie danych

UWAGA. Jeżeli wybrana grupa zawodowa wymaga podania numeru prawa i organu wydającego, to należy podać.

UWAGA. Na wniosku można podać jednocześnie grupy i specjalności do usunięcia w ilości większej niż 1 (Nowa grupa, Nowa specjalność).

8.10 Jak zmienić dane personalne?

Portal Świadczeniodawcy/Personel świadczeniodawcy (Rodzaj wniosku 04)

Schemat działania jak przy wniosku zmiany danych. Następnie działamy wg poniższych wskazówek:

1. W polach edycji PESEL, Nazwisko, Imiona podajemy te dane, które mają zostać zmienione (np.: jeśli zmienione jest nazwisko, modyfikujemy tylko pole nazwisko)
2. Wprowadzoną zmianę potwierdzamy przyciskiem **Zatwierdź zmiany**
3. Przekazujemy wprowadzone zmiany do oddziału przyciskiem **Przełącz do OW NFZ**.

