

**Komunikat nr 95/2016 dla świadczeniodawców**  
**w sprawie sposobu prawidłowego wypełnienia dokumentacji**  
**wymaganej dla przedłużenia okresu obowiązywania umów na rok 2017**

Do koperty z dopiskiem **UZGODNIENIA 2017 w rodzaju:...** (np. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna) należy włożyć następujące dokumenty (dotyczące **wyłącznie** rodzaju świadczeń podanego na opisie koperty):

**1. Propozycja planu rzeczowo-finansowego na rok 2017 - w danym rodzaju świadczeń.**

Oryginał planu rzeczowo-finansowego na rok 2017 w danym rodzaju świadczeń opatrzony pieczęcią oraz czytelnym podpisem osoby/osób do tego uprawnionych na podstawie odpowiednich dokumentów rejestrowych – **załącznik 1**.

**2. Oświadczenie o aktualizacji potencjału i spełnianiu warunków koniecznych do realizacji świadczeń, wynikających z aktualnych przepisów – załącznik 2.**

Oświadczenie należy złożyć **odrębnie dla każdego z „głównych” zakresów świadczeń** objętego umową w danym rodzaju świadczeń. W przypadku realizacji umowy w danym zakresie „głównym” w oparciu o kilka wyróżników, dla każdego z nich składa się odrębne oświadczenie.

**Nie należy przedkładać odrębnych oświadczeń dla zakresów skojarzonych.**

Wzór oświadczenia zamieszczono do pobrania, jako załącznik do niniejszego komunikatu w formie pliku pdf. pod nazwą: *oswiadczenie\_wz\_zal\_2*

**UWAGA!**

Przez pojęcie „*aktualizacja potencjału*” rozumie się zakres czynności jakie do **dnia 29 listopada 2016 r.** musi wykonać świadczeniodawca, kierując się załączoną *instrukcją dot. aktualizacji danych w portalu świadczeniodawcy*.

**3. Oświadczenie o braku przeszkód dla realizacji umowy wynikających z przepisu z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.) – załącznik 3.**

Wzór oświadczenia zamieszczono do pobrania, jako załącznik do niniejszego komunikatu w formie pliku pdf. pod nazwą: *oswiadczenie\_wz\_zal\_3*

**Liczba oświadczeń – załącznik 3 odpowiada liczbie zawartych umów z NFZ – tzn. składa się wyłącznie jedno oświadczenie dedykowane umowie w danym rodzaju świadczeń.**

**Oświadczenia stanowiące załącznik 2 i 3** należy wypełnić bez modyfikowania ich treści oraz opatrzyć pieczęcią i czytelnym podpisem osoby/osób do tego uprawnionych na podstawie odpowiednich dokumentów rejestrowych.

W razie pytań lub wątpliwości należy kontaktować się z odpowiednim Działem Śląskiego OW NFZ, merytorycznie odpowiedzialnym za dany rodzaj świadczeń:

rodzaj świadczeń:	numer telefonu:
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	32/735-15-82; 32/735-17-59; 32/735-16-72; 32/735-16-75; 32/735-17-22; 32/735-17-43; 32/735-17-24
LECZENIE SZPITALNE	32/735-17-12; 32/735-15-75; 32/735-16-82; 32/735-19-56; 32/735-17-16; 32/735-19-10; 32/735-18-50
LECZENIE SZPITALNE chemioterapia oraz programy terapeutyczne (lekowe)	32/735-18-57, 32/735-17-45
OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	32/735-16-94; 32/735-19-29; 32/735-16-68
REHABILITACJA LECZNICZA	32/735-17-55; 32/735-16-61
LECZENIE STOMATOLOGICZNE	32/735-17-75; 32/735-17-46;
PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE	32/735-16-63; 32/735-19-16; 32/735-17-18
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNIE	32/735-16-82; 32/735-16-52; 32/735-17-25
ŚWIADCZENIA PIEŁĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE	32/735-19-52
OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA	32/735-19-52