



# **Informatyczna obsługa procesu zawierania umów na realizację recept**

# Portal Świadczeniodawcy 2.1826



## Logowanie

► Świadczeniodawca ► Apteka



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



### 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*

- ▶ **Brak nowych wiadomości**



### 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..](#)



### Apteki

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

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

[Pokaż więcej..](#)



### Administracja i opcje

*Parametry działania aplikacji*

- ▶ **Zmiana hasła**
- ▶ **Administracja prawami dostępu**

[Pokaż więcej..](#)

# Portal Potencjału

Kod świadczeniodawcy: \_\_\_\_\_  
Nazwa świadczeniodawcy: \_\_\_\_\_  
Użytkownik: \_\_\_\_\_

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.



## Personel

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



## Umowy podwykonawstwa

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



## Zasoby świadczeniodawcy

Przegląd i edycja danych o zasobach świadczeniodawcy.



## 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.



## Profile potencjału

Obsługa profili potencjału do ofertowania.



## Zmiany danych personelu

Przegląd zmian w danych personelu medycznego dokonanych przez innych świadczeniodawców.



## Przekształcenia strukturalne związane z cesjami

Obsługa cesji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

# Uzupełnienie danych apteki

Przed rozpoczęciem przygotowania wniosku – zarejestrowanie personelu apteki



### Moja struktura organizacyjna

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

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

Uzupełnienie potencjału



### Personel

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

Dopisywanie osoby

| PESEL       | Imię | Nazwisko | Szczegóły |
|-------------|------|----------|-----------|
| 75121202046 | Ewa  | Kowalska |           |

# Uzupełnienie danych apteki

Przed rozpoczęciem przygotowania wniosku – zarejestrowanie personelu apteki



## 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.



## Struktura świadczeniodawcy

Jednostki organizacyjne

Komórki organizacyjne

Lokalizacje

Zgłoszenia zmian danych komórek

Personel RTM

Personel apteki

Nowa zakładka – tylko wybrany personel

Zalecany sposób uzupełniania listy personelu aptek

## Uzupełnienie danych apteki

Przed rozpoczęciem przygotowania wniosku – zarejestrowanie personelu apteki

Do wniosku / umowy na realizację recept może być wskazany tylko personel z wybranych zawodów-specjalności:

- 223401 Farmaceuta - farmacja apteczna
- 223402 Farmaceuta - farmacja kliniczna
- 223403 Farmaceuta - farmacja przemysłowa
- 223404 Farmaceuta - farmacja szpitalna
- 223405 Farmaceuta - analityk farmaceutyczny
- 223406 Farmaceuta – zielarstwo
- 223490 Pozostali farmaceuci
- 322601 Technik farmaceutyczny

## Uzupełnienie danych apteki

Przed rozpoczęciem przygotowania wniosku – zarejestrowanie personelu apteki

Razem z danymi o specjalności podawany jest numer dyplomu i data wydania dyplomu

**Specjalności**

|                              |                   |                                |
|------------------------------|-------------------|--------------------------------|
| Specjalność:                 | 223401            | Farmaceuta - farmacja apteczna |
| Stopień specjalności:        | bez specjalizacji |                                |
| Numer prawa:                 |                   |                                |
| Organ rejestrujący:          |                   |                                |
| Data otwarcia:               | ..-.-             |                                |
| Data uzyskania specjalności: | ..-.-             |                                |
| Data ważności specjalności:  | ..-.-             |                                |
| Numer dyplomu:               |                   |                                |
| Data wydania dyplomu:        | ..-.-             |                                |



## Uzupełnienie danych apteki

Dla personelu apteki możliwe jest również wskazanie doświadczenia w zakresie odpowiadającym strukturze danych na wniosku o umowę

|         |                                                     |                |
|---------|-----------------------------------------------------|----------------|
|         | MIESIĘCY                                            |                |
| 0010169 | STAŻ/ PRAKTYKA PRACOWNIKA APTEKI/ PUNKTU APTECZNEGO | <u>Wybierz</u> |
|         | DOŚWIADCZENIE W PRACY W OPIECE W ŚRODOWISKU         |                |

**Dane zaświadczenia**

Kod rodzaju doświadczenia:

0010169

Nazwa rodzaju doświadczenia

STAŻ/ PRAKTYKA PRACOWNIKA APTEKI/ PUNKTU APTECZNEGO

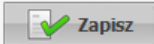
Nazwa zaświadczenia:

Zaświadczenie wydane przez:

Zaświadczenie numer:

Data wydania zaświadczenia:

Staż:

 Zapisz

 Anuluj

# Przygotowanie wniosku o umowę

## Dodanie nowego wniosku



### Apteki

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

- ▶ **Moje wnioski o umowę**
- ▶ Przekazanie danych o zrealizowanych lekach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne
- ▶ Sprawdzanie poprawności recept
- ▶ Zestawienie statystyczne recept

## Przegląd wniosków

### Filtry do wyszukiwania wniosków

Status wniosku:

Data rejestracji wniosku:    

Dodanie wniosku

 Znajdź

 Wyczyść filtr

 Dodaj nowy wniosek

# Przygotowanie wniosku o umowę

## Wprowadzenie numeru konta bankowego

Przegląd wniosków >> Wniosek o umowie na realizację recept

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

### Wniosek

Numer konta bankowego

85 1960 6208 4828 6318 7271 6380

 Dodaj wniosek

 Anuluj

[W górę](#)

# Przygotowanie wniosku o umowę

## Wypełnienie pozostałych danych

**Wnioski o umowę na realizację recept** Wersja 1.0265 | 999999/AP02

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

**Wniosek 516** Przełącz do OW NFZ Anuluj wniosek

Wniosek: 516 Data rejestracji: 13.12.2011 Status: przygotowanie

**Numer konta bankowego**  
85 1960 6208 4828 6318 7271 6380  
AIG Bank Polska SA

Edytuj

Dodaj personel

Dodaj kierownika

**Kierownik apteki**  
Brak

**Personel fachowy apteki**  
Brak

Dodaj osobę reprezentującą

Osoby reprezentujące  
wnioskującego

**Osoby reprezentujące wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy**

PESEL: 82052720271

Nazwisko: Dulik

Imię: Adam

Numer telefonu: +40 404 444 444

Edytuj

Usuń

# Przygotowanie wniosku o umowę

## Uzupełnienie personelu

### Wnioski o umowę na realizację recept

Wersja 1.0265 | 999999/AP02

[Przegląd wniosków](#) >> [Wniosek o umowie na realizację recept](#) >> [Personel](#)

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

#### Personel

Wniosek: **516**

Data rejestracji: **13.12.2011**

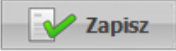
Status: **przygotowanie**

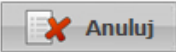
Nazwisko: **bb1**

Imię: **b1**

PESEL: **54092326355**

Okres:  
Od początku umowy  
Bezterminowo

 **Zapisz**

 **Anuluj**

☐ **Kierownik apteki**

Grupa zawodowa  

Farmaceuci

Zawód/specjalność  

Farmaceuta - farmacja przemysłowa

Stanowisko

Wskazanie kierownika

Dane dopisywanej osoby

[W górę](#)

# Przygotowanie wniosku o umowę

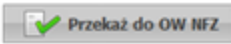
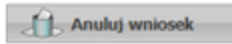
## Uzupełnienie personelu

### Wnioski o umowę na realizację recept

Wersja 1.0265 | 999999/AP02

[Przegląd wniosków >>](#) [Wniosek o umowie na realizację recept](#) [Powrót](#) | [Pomoc](#) | [Wyloguj](#)

#### Wniosek 516

Wniosek: 516

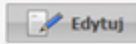
Data rejestracji: 13.12.2011

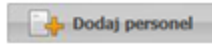
Status: przygotowanie

Numer konta bankowego

85 1960 6208 4828 6318 7271 6380

AIG Bank Polska SA



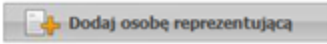


#### Kierownik apteki

| Nazwisko | Imię | PESEL       | Numer prawa wykonywania zawodu | Szczegóły | Usuń |
|----------|------|-------------|--------------------------------|-----------|------|
| bb1      | b1   | 54092326355 | 1636269                        |           |      |

#### Personel fachowy apteki

| Nazwisko | Imię | PESEL       | Numer prawa wykonywania zawodu | Szczegóły | Usuń |
|----------|------|-------------|--------------------------------|-----------|------|
| bb2      | b2   | 71092987698 | 1636269                        |           |      |



#### Osoby reprezentujące wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy

PESEL:

820 - - - - -

Nazwisko:

Dx - - -

Imię:

Adam

Numer telefonu:

+40 404 444 444

Lista osób

14

# Przygotowanie wniosku o umowę

## Przekazanie wniosku do OW NFZ

Wnioski o umowę na realizację recept

Wersja 1.0265 | 999999/AP02

Przegląd wniosków >> Wniosek o umowę na realizację recept

Powrót | Pomoc | Wyloguj

Wniosek 516

Przeład do OW NFZ

Anuluj wniosek

Wniosek: 516

Data rejestracji: 12.2011

Status: przygotowanie

Numer konta bankowego

85 1960 6208 4828 6318 7271 6380

AIG Bank Polska SA

Edytuj

Dodaj personel

Kierownik apteki

| Nazwisko | Imię | PESEL       | Numer prawa wykonywania zawodu | Szczegóły | Usuń |
|----------|------|-------------|--------------------------------|-----------|------|
| bb1      | b1   | 54092326355 | 1636269                        |           |      |

Personel fachowy apteki

| Nazwisko | Imię | PESEL       | Numer prawa wykonywania zawodu | Szczegóły | Usuń |
|----------|------|-------------|--------------------------------|-----------|------|
| bb2      | b2   | 71092987698 | 1636269                        |           |      |

Dodaj osobę reprezentującą

Osoby reprezentujące wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy

PESEL:

820:

# Przygotowanie wniosku o umowę

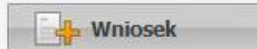
## Drukowanie wniosku z załącznikami

### Wnioski o umowę na realizację recept Wersja 1.0265

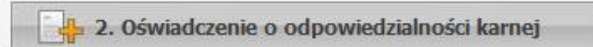
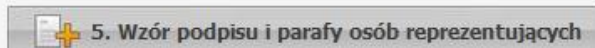
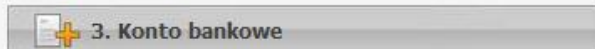
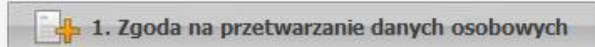
#### Drukowanie dokumentów wniosku 516

► Zamknij

##### Wniosek

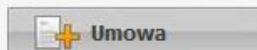


##### Załączniki



Po przekazaniu wniosku do  
OW NFZ – dostępne funkcje  
drukowania

##### Umowa



(wymagane 3 egzemplarze)

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



# Przygotowanie wniosku o umowę

## Drukowanie wniosku z załącznikami

Wnioski o umowę na realizację recept Wersja 1.0265

Drukowanie dokumentów wniosku 516

Wniosek w postaci dokumentu PDF

WniosekURR\_ID516\_20111214000328.pdf - Adobe Reader

File Edit View Document Tools Window Help

1 / 4 66,7% Find

Przedstaw dane Podpis Wyślij Wyślij z autoryzacją Rejestr wysyłek

**FORMULARZ WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY  
NA WYDAWANIE REFUNDOWANYCH LEKÓW, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO ORAZ WYROBÓW  
MEDYCYNICZNYCH NA PODSTAWIE RECEPT**

**I. DANE IDENTYFIKACYJNE PODMIOTU PROWADZĄCEGO APTEKĘ/PUNKT APTECZNY**

|                                                                                              |                                                                                   |          |                                                                 |        |                 |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------|--------|-----------------|---------|
| Nazwa podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny                                            | Apteka02                                                                          |          |                                                                 |        |                 |         |
| Forma działalności podmiotu (1)                                                              | Indywidualna praktyka położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego |          |                                                                 |        |                 |         |
| Forma własnościowa (2)                                                                       | osoba fizyczna                                                                    |          |                                                                 |        |                 |         |
| Adres siedziby podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny                                   | Miejscowość                                                                       | Katowice | Kod pocztowy                                                    | 44-100 | kod TERYT       | 2469011 |
|                                                                                              | Ulica                                                                             | uliczna  | Nr domu                                                         | 1      | Nr lokalu       | 2       |
| NIP                                                                                          | 861-480-08-98                                                                     |          | Nr KRS/EDG                                                      |        |                 |         |
| REGON                                                                                        | 81975239330542                                                                    |          | Wpis do CEIDG (tak/nie)                                         |        | NIE             |         |
| Adres e-mail:                                                                                |                                                                                   |          | Nr telefonu                                                     |        |                 |         |
| Osoba/y reprezentująca/e wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy | Nazwisko                                                                          | Dn       | Numer PESEL                                                     |        | 820             |         |
|                                                                                              | Imię                                                                              | Adam     | Nr telefonu                                                     |        | +40 404 444 444 |         |
| Numer zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego                                     |                                                                                   |          | Data wydania zezwolenia na prowadzenie apteki/punktu aptecznego |        |                 |         |
| Organ wydający zezwolenie na prowadzenie apteki/punktu aptecznego                            |                                                                                   |          | Data rozpoczęcia działalności przez aptekę (1)                  |        |                 |         |

# Obsługa wniosku o umowę w OW NFZ

Wezwanie do usunięcia braków – prezentacja informacji w portalu

## Wnioski o umowę na realizację recept

Wersja 1.0265 |

### Przegląd wniosków

**Filtry do wyszukiwania wniosków**

Status wniosku:

Data rejestracji wniosku:

 Znajdź

 Wyczyść filtr

 Dodaj nowy wniosek

| Id wniosku                                                                              | Kod umowy | Data rejestracji | Przekazano do OW NFZ | Data zakończenia |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|----------------------|------------------|
|  484 |           | 13.12.2011       | 13.12.2011           | -----            |

Sygnalizacja występowania braków

# Obsługa wniosku o umowę w OW NFZ

Wezwanie do usunięcia braków – prezentacja informacji w portalu - szczegóły

## Wniosek 484

|                                    |                                                                    |                                                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Wniosek: <b>484</b>                |                                                                    | Data przekazania: <b>13.12.2011</b>                                | Status: <b>odrzucony</b> |
| <b>Braki formalne do usunięcia</b> |                                                                    | Termin na usunięcie: <b>29.12.2011</b> (pozostało dni: <b>15</b> ) |                          |
| <b>Usunięto dnia</b>               | <b>Nazwa</b>                                                       | <b>Opis</b>                                                        |                          |
|                                    | Załącznik 7. Pełnomocnictwo dla osoby reprezentującej wnioskodawcę | opis2                                                              |                          |
|                                    |                                                                    |                                                                    |                          |

Lista braków

Termin na  
usunięcie