

# Instrukcja dotycząca uzupełnienia danych apteki/punktu aptecznego w Portalu Potencjału

Poniższa instrukcja ma na celu umożliwienie sprawnego i bezbłędnego wypełnienia danych aptek / punktów aptecznych, które są niezbędne do zawarcia umowy na realizację recept refundowanych. Poniżej każdego polecenia zamieszczamy zrzut strony, który pozwoli Państwu poprawnie uzupełnić wskazane dane.

Po zalogowaniu się na portalu NFZ proszę w okienku „Moja struktura organizacyjna” kliknąć link „Moje pełne dane (Portal Potencjału)”.

**Portal Świadczeniodawcy** 2.1821 [ Wyloguj ]

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.)

**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  
▶ 24.11.11 - Aktualizacja systemu CLO\_3\_80...

**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..

Po kliknięciu otwiera się okno pozwalające na dalszy wybór rodzaju danych jakie mają być uzupełniane. Tu należy wybrać : „Dane świadczeniodawcy”.

**Portal Potencjału** Wersja 2.0294 | [ Wyloguj ]

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

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

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

**Profile potencjału**  
Obsługa profili potencjału do ofertowania.

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

**Zmiany danych personelu**  
Przeгляд zmian w danych personelu medycznego dokonanych przez innych świadczeniodawców.

**Zasoby świadczeniodawcy**  
Przeгляд i edycja danych o zasobach świadczeniodawcy.


**Przekształcenia strukturalne**  
Obsługa cesji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Po przejściu do danych świadczeniodawcy należy wybrać zakładkę „Podmiot” i kliknąć przycisk „Edytuj”.

### Dane świadczeniodawcy

Należy potwierdzić prawidłowość informacji dotyczących podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Dane podstawowe    Organ założycielski    **Podmiot**    Osoby reprezentujące    Certyfikaty    Wpisy do rejestrów    Zawieszenia działalności

 Edytuj

#### Podmiot wykonujący działalność leczniczą

Typ:

Rodzaj podmiotu:

Forma właścicielska:

Podmiot tworzący:

Nazwa podmiotu tworzącego:

NIP:

REGON:

Nazwa:

Kod terytorialny:  **Psary**

Miejscowość:  Psary

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Kod pocztowy:

Poczta:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Potwierdzam prawidłowość informacji

W górę

Dane uzupełniane w zakładce „Podmiot” dotyczą **siedziby firmy** zgodnie z danymi zawartymi w dokumencie potwierdzającym nadanie nr REGON a nie apteki (są przypadki, gdzie adres apteki jest taki sam jak adres siedziby).

Dla poszczególnych okienek należy wprowadzić następujące wartości :


**Typ:** podmiot prowadzący aptekę/punkt apteczny (również dla podmiotów realizujących umowę na zaopatrzenie ortopedyczne i środki pomocnicze).


**Rodzaj podmiotu :** przedsiębiorca (działalność gospodarcza) lub inny odpowiedni rodzaj z rozwijanej listy.

### Dane świadczeniodawcy

Należy potwierdzić prawidłowość informacji dotyczących podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Dane podstawowe    Organ założycielski    **Podmiot**    Osoby reprezentujące    Certyfikaty    Wpisy do rejestrów    Zawieszenia działalności

 Zapisz

 Anuluj

#### Podmiot wykonujący działalność leczniczą

Typ:

Rodzaj podmiotu:

Forma właścicielska:

Podmiot tworzący:

Nazwa podmiotu tworzącego:

**Forma właścicielska** : w zależności od formy prowadzonej działalności należy wybrać właściwą opcję z listy.

Portal Potencjału Wersja 2.0294 |

Portal Potencjału >> Dane świadczeniodawcy Powrót | Pomoc | Wyloguj

### Dane świadczeniodawcy

**Należy potwierdzić prawidłowość informacji dotyczących podmiotu wykonującego działalność leczniczą**

Dane podstawowe | Organ założycielski | **Podmiot** | Osoby reprezentujące | Certyfikaty | Wpisy do rejestrów | Zawieszenia działalności

Zapisz | Anuluj

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą**

Typ:

Rodzaj podmiotu:

Forma właścicielska:

Podmiot tworzący:

Nazwa podmiotu tworzącego:

NIP:

REGON:

Nazwa:

INNA INSTYTUCJA LUB OSOBA  
INNA KRAJOWA LUB ZAGRANICZNA OSOBA PRAWNA LUB OSOBA FIZYCZNA ORAZ SPÓŁKA NIE M  
OSOBA FIZYCZNA  
SPÓŁDZIELNIA  
SPÓŁKA AKCYJNA  
SPÓŁKA AKCYJNA Z UDZIAŁEM JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO ALBO PAŃSTWOWEJ  
SPÓŁKA CYWILNA  
SPÓŁKA JAWNA  
SPÓŁKA KOMANDYTOWA  
SPÓŁKA KOMANDYTOWO-AKCYJNA  
SPÓŁKA PARTNERSKA  
SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  
SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Z UDZIAŁEM JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTO

**Podmiot tworzący**: puste (nie należy uzupełniać)

**Nazwa podmiotu tworzącego** : puste (nie należy uzupełniać)

**NIP**: należy wpisać nadany przez organ rejestrujący NIP

**REGON** : należy wpisać nadany przez GUS 9 –cio cyfrowy numer REGON (bez rozszerzenia)

**Nazwa**: należy wpisać dokładnie taką nazwę jaka jest wpisana w rubryce „nazwa podmiotu” w rejestrze REGON (w razie wątpliwości można skorzystać z serwisu <http://www.stat.gov.pl/regon/> )

Portal Potencjału Wersja 2.0294 |

Portal Potencjału >> Dane świadczeniodawcy Powrót | Pomoc | Wyloguj

### Dane świadczeniodawcy

**Należy potwierdzić prawidłowość informacji dotyczących podmiotu wykonującego działalność leczniczą**

Dane podstawowe | Organ założycielski | **Podmiot** | Osoby reprezentujące | Certyfikaty | Wpisy do rejestrów | Zawieszenia działalności

Zapisz | Anuluj

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą**

Typ:

Rodzaj podmiotu:

Forma właścicielska:

Podmiot tworzący:

Nazwa podmiotu tworzącego:

NIP:

REGON:

Nazwa:

**Kod terytorialny, Miejscowość:** należy kliknąć po prawej stronie okienka aby otworzyć okno umożliwiające wybór właściwego kodu terytorialnego.

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą**

Typ: **PODMIOT PROWADZĄCY APTEKĘ/PUNKT APTECZNY**

Rodzaj podmiotu: **PRZEDSIĘBIORCA (DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA)**

Forma właścicielska: **OSOBA FIZYCZNA**

Podmiot tworzący:

Nazwa podmiotu tworzącego:

NIP:

REGON:

Nazwa:

Kod terytorialny:

Miejscowość:

Ulica:

Po kliknięciu we wskazane miejsce otworzy się okno jak poniżej. Należy w pierwszej kolejności kliknąć w znak „+” przy nazwie województwa. Rozwinie się wtedy lista powiatów. Po wybraniu odpowiedniego powiatu pojawi się lista gmin z której należy wybrać właściwą zgodnie z wpisem do rejestru REGON.

Portal Potencjału >> Dane świadczeniodawcy Powrót | Pomoc | Wyloguj

### Dane świadczeniodawcy

Należy potwierdzić: [X]

Dane podstawowe Zapisz

Podmiot wykonujący działalność leczniczą

Typ: **PODMIOT PROWADZĄCY APTEKĘ/PUNKT APTECZNY**

Rodzaj podmiotu: **PRZEDSIĘBIORCA (DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA)**

Forma właścicielska: **OSOBA FIZYCZNA**

Podmiot tworzący:

Nazwa podmiotu tworzącego:

NIP:

REGON:

Nazwa:

Kod terytorialny:

Miejscowość:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Kod pocztowy:

Poczta:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

#### Słownik kodów terytorialnych

Zamiast siedmiocyfrowych kodów zakończonych cyfrą '3' należy wybrać odpowiednio kody zakończone '4' - obszar miejski gminy albo '5' - obszar wiejski gminy.

Kod	Nazwa	
- BD	brak danych	<a href="#">Wybierz</a>
+ 02	DOLNOŚLĄSKIE	
+ 04	KUJAWSKO-POMORSKIE	
+ 06	LUBELSKIE	
+ 08	LUBUSKIE	
+ 10	ŁÓDZKIE	
+ 12	MAŁOPOLSKIE	
+ 14	MAZOWIECKIE	
+ 16	OPOLSKIE	
+ 18	PODKARPACKIE	
+ 20	PODLASKIE	
+ 22	POMORSKIE	
- 24	ŚLĄSKIE	
- 2401	będziński	
- 2401011	Będzin	<a href="#">Wybierz</a>
- 2401042	Bobrowniki	<a href="#">Wybierz</a>
- 2401021	Czeladź	<a href="#">Wybierz</a>
- 2401052	Mierzęcice	<a href="#">Wybierz</a>
- 2401062	Psary	<a href="#">Wybierz</a>
- 2401074	Siewierz	<a href="#">Wybierz</a>
- 2401075	Siewierz	<a href="#">Wybierz</a>
- 2401081	Sławków	<a href="#">Wybierz</a>

Podobnie należy postąpić w celu uzupełnienia rubryki „miejscowość”. Z listy należy wybrać właściwą nazwę miejscowości ( **nie dzielnicy!** ).

**Ulica, Numer domu, Numer lokalu, Kod pocztowy, Poczta:** należy podać dane adresowe siedziby firmy zgodnie z wpisem do rejestru REGON.

**Telefon, Fax, E-Mail:** należy podać dane kontaktowe do siedziby firmy .

Po uzupełnieniu opisanych rubryk należy potwierdzić dane klikając w kwadracik obok wpisu „Potwierdzam prawidłowość informacji” który znajduje się pod tabelką a następnie kliknąć „zapisz” powyżej tabelki. Zakładka powinna wyglądać jak poniżej.

**Portal Potencjału** Wersja 2.0294

Portal Potencjału >> Dane świadczeniodawcy Powrót | Pomoc | Wyloguj

### Dane świadczeniodawcy

Należy potwierdzić prawidłowość informacji dotyczących podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Dane podstawowe | Organ założycielski | **Podmiot** | Osoby reprezentujące | Certyfikaty | Wpisy do rejestrów | Zawieszenia działalności

Zapisz  Anuluj

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą**

Typ:

Rodzaj podmiotu:

Forma właścicielska:

Podmiot tworzący:

Nazwa podmiotu tworzącego:

NIP:

REGON:

Nazwa:

Kod terytorialny:

Miejscowość:

Ulica:

Numer domu:

Numer lokalu:

Kod pocztowy:

Poczta:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Potwierdzam prawidłowość informacji

W górę

**W przypadku kiedy dane apteki /punktu aptecznego były już uzupełnione i są poprawne należy jedynie potwierdzić prawidłowość wpisanych informacji.**

**Prosimy o dołożenie szczególnej staranności w uzupełnianiu danych pomiotu, gdyż będą to dane drukowane na umowie na realizację recept refundowanych.**