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 przepisó dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 926, z	w przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z postanowieniami Ustawy z ze zm.)
Moja struktura organizacyjna Tu zapoznasz się z podstawowymi informacjami na Twój temat zgromadzonymi w systemie Ner 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 realizacje 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 rozkczenia w zakresie zaopatrzenia w środki ortopedyczne, pomocnicze i techniczne Przekazanie danych o zrealizowanych środkach - szczegółowe sprawozdanie refundacyjne Stan przelewów bankowych

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	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Portal Potencjału	Wyloguj
Kod świadczeniodawcy: Nazwa świadczeniodawcy: Użytkownik:	
Świadczeniodawca zalogowany w Portalu zobowiązany jest do przestrzegania przep dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 920	oisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z postanowieniami Ustawy z 6, 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 o lokalizacjach świadczeniodawcy; powiązanie komórek organizacyjnych z lokalizacjami świadczeniodawcow.
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 profili potencjału do ofertowania.
Umowy podwykonawstwa Przegląd i edycja danych o zawartych umowach podwykonawstwa świadczeń opieki zdrowotnej.	Zmiany danych personelu Przegłąd zmian w danych personelu medycznego dokonanych przez innych świadczeniodawców.
Zasoby świadczeniodawcy Przegląd i edycja danych o zasobach świadczeniodawcy.	Przekształcenia strukturalne związane z cesjami Obsługa cesji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

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

ortal Potencjału >> [Dane świadczeniodawcy	/				Powrót Pom	oc Wylog
ane świad	zeniodawc	v					
loży patwiowdzić	nenwidlownóć infor	nacii datum	acuch podmiatu vork	anuiacana da	istalność locznicza		
rezy potwier uzie		I dotyca	ących podmiota wyk	unającego az	lanamose recenterq		
Dane podstawowe	Organ założyciel ki	Podmiot	soby reprezentujące	Certyfikaty	Wpisy do rejestrów	Zawieszenia działalności	
Edytuj)						
Podmiot wykonuj	jący działalność lec	zniczą					
Тур:	podmiot prowadzący	aptekę/punkt	apteczny:				
Rodzaj podmiotu:	przedsiębiorca (działa	lność gospodar	cza)				
Forma właścicielska:							
Podmiot tworzący:	[
Nazwa podmiotu							
inoizquego.							
NIP:							
REGON:							
Nazwa:							
Kod teo torialmu:	2401052	Deamy					
Mieiscowość:	0220291	Deany					
Ulica:		- bary					
Numer domu:							
Numer lokalu:							
Kod pocztowy:	42512	-					
Poczta:	Psary						
		1					
Telefon:	1	-					
Telefon: Fax:							

Dane uzupełniane w zakładce "Podmiot" dotyczą <u>siedziby firmy</u> 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.

ortal Potencjału >> D	ane świadczeniodawcy					Powrót Pomoc Wylog
ane świado	zeniodawcy					
ależy potwierdzić p	rawidłowość informa	acji dotyc	zących podmiotu wyk	onującego dz	iałalność leczniczą	
Dane podstawowe	Organ założycielski	Podmiot	Osoby reprezentuiace	Certyfikaty	Wpisy do rejestrów	Zawieszenia działalności
Zapisz	🗶 Anuluj					
Podmiot wykonuja	Anuluj	iczą				
Podmiot wykonuja Typ:	Anuluj acy działalność leczni PODMIOT PROWADZ/	iczą ĄCY APTEJ	KE/PUNKT APTECZNY			-
Podmiot wykonuj: Typ: Rodzaj podmiotu:	Anuluj cy działalność leczni PODMIOT PROWADZ/ PRZEDSIĘBIORCA (D	iczą ĄCY APTE) JZIAŁALNO	KĘ/PUNKT APTECZNY ŚĆ GOSPODARCZA)			
Podmiot wykonuja Typ: Rodzaj podmiotu: Forma właścicielska:	PODMIOT PROWADZ/ PRZEDSIĘBIORCA (D FUNDACJA LUB STOV	iczą ĄCY APTEJ JZIAŁALNO WARZYSZE	KĘ/PUNKT APTECZNY ŚĆ GOSPODARCZA) ENIE			
Podmiot wykonuj: Typ: Rodzaj podmiotu: Forma właścicielska: Podmiot tworzący:	PODMIOT PROWADZ/ PRZEDSIĘBIORCA (D FUNDACJA LUB STOV INSTYTUT BADAWCZY KOŚCIÓŁ, KOŚCIELNA	iczą ĄCY APTEJ ZIAŁALNO WARZYSZE Y A OSOBA P	KĘ/PUNKT APTECZNY ŚĆ GOSPODARCZA) ENIE PRAWNA, ZWIĄZEK WY	ZNANIOWY		

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

rtal Potenciału >> Dz	ane świadczeniodawcy					Powrót Pomoc Wylo
						· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
ane swiadc	zeniodawcy	(
leży potwierdzić p	rawidłowość inform	nacji dotyc	zących podmiotu wyk	onującego dz	ziałalność leczniczą	
Dane podstawowe	Organ założycielski	Podmiot	Osoby reprezentujące	Certyfikaty	Wpisy do rejestrów	Zawieszenia działalności
Zapisz	💥 Anuluj					
Podmiot vorkonuiz	ory działalność lecz	nicza				
r connor ny konoje	icy actainmose react	incerd				
Тур:	PODMIOT PROWADZ	ZĄCY APTE	KĘ/PUNKT APTECZNY			•
Rodzaj podmiotu:	PRZEDSIĘBIORCA (DZIAŁALNO	ŚĆ GOSPODARCZA)			÷
Forma	Contract of the second s					
a second a second	OCODA ELZVICZNIA					
właścicielska:	OSOBA FIZYCZNA					-
właścicielska: Podmiot tworzacy:	OSOBA FIZYCZNA					
właścicielska: Podmiot tworzący:	OSOBA FIZYCZNA				7/0714 0047 004	-
właścicielska: Podmiot tworzący:	OSOBA FIZYCZNA INNA INSTYTUCJA L INNA KRAJOWA LUB	UB OSOBA	ZNA OSOBA PRAWNA I	UB OSOBA FI	ZYCZNA ORAZ SPÓŁ	
właścicielska: Podmiot tworzący: Nazwa podmiotu	OSOBA FIZYCZNA INNA INSTYTUCJA L INNA KRAJOWA LUB OSOBA FIZYCZNA SPÓŁ DZIELNIA	UB OSOBA	ZNA OSOBA PRAWNA I	.UB OSOBA FI	ZYCZNA ORAZ SPÓŁ	
właścicielska: Podmiot tworzący: Nazwa podmiotu tworzącego:	OSOBA FIZYCZNA INNA INSTYTUCJA L INNA KRAJOWA LUB OSOBA FIZYCZNA SPÓŁDZIELNIA SPÓŁKA AKCY, INA	UB OSOBA	ZNA OSOBA PRAWNA I	UB OSOBA FI	ZYCZNA ORAZ SPÓŁ	
właścicielska: Podmiot tworzący: Nazwa podmiotu tworzącego:	OSOBA FIZYCZNA INNA INSTYTUCJA L INNA KRAJOWA LUB OSOBA FIZYCZNA SPÓŁDZIELNIA SPÓŁKA AKCY JNA SPÓŁKA AKCY JNA Z	UB OSOBA	ZNA OSOBA PRAWNA I		ZYCZNA ORAZ SPÓŁ	
właścicielska: Podmiot tworzący: Nazwa podmiotu tworzącego: NIP:	OSOBA FIZYCZNA INNA INSTYTUCJA L INNA KRAJOWA LUB OSOBA FIZYCZNA SPÓŁDZIELNIA SPÓŁKA AKCYJNA Z SPÓŁKA CYWILNA	UB OSOBA ZAGRANIC UDZIAŁEM	IZNA OSOBA PRAWNA I	UB OSOBA FI	ZYCZNA ORAZ SPÓŁ	
właścicielska: Podmiot tworzący: Nazwa podmiotu tworzącego: NIP:	OSOBA FIZYCZNA INNA INSTYTUCJA L INNA KRAJOWA LUB OSOBA FIZYCZNA SPÓŁDZIELNIA SPÓŁKA AKCYJNA SPÓŁKA AKCYJNA Z SPÓŁKA JAWNA	UB OSOBA ZAGRANIC UDZIAŁEM	ZNA OSOBA PRAWNA I JEDNOSTKI SAMORZĄĽ	UB OSOBA FI	ZYCZNA ORAZ SPÓŁ ALNEGO ALBO PAŃSI	
właścicielska: Podmiot tworzący: Nazwa podmiotu tworzącego: NIP: REGON:	OSOBA FIZYCZNA INNA INSTYTUCJA L INNA KRAJOWA LUB OSOBA FIZYCZNA SPÓŁKA AKCYJNA Z SPÓŁKA AKCYJNA Z SPÓŁKA AKCYJNA Z SPÓŁKA AKCYJNA Z SPÓŁKA AKCYJNA S SPÓŁKA KOMANDYT	UB OSOBA ZAGRANIC UDZIAŁEM OWA	IZNA OSOBA PRAWNA I JEDNOSTKI SAMORZĄĽ	UB OSOBA FI	ZYCZNA ORAZ SPÓŁ ALNEGO ALBO PAŃSI	
właścicielska: Podmiot tworzący: Nazwa podmiotu tworzącego: NIP: REGON:	OSOBA FIZYCZNA INNA INSTYTUCJA L INNA KRAJOWA LUB OSOBA FIZYCZNA SPÓŁKA AKCYJNA SPÓŁKA AKCYJNA S SPÓŁKA AKCYJNA S SPÓŁKA AKCYJNA S SPÓŁKA KOMANDYT SPÓŁKA KOMANDYT SPÓŁKA KOMANDYT	UB OSOBA ZAGRANIC UDZIAŁEM OWA OWO-AKCY	IZNA OSOBA PRAWNA I JEDNOSTKI SAMORZĄC	UB OSOBA FI	ZYCZNA ORAZ SPÓŁ ALNEGO ALBO PAŃST	
właścicielska: Podmiot tworzący: Nazwa podmiotu tworzącego: NIP: REGON:	OSOBA FIZYCZNA INNA INSTYTUCJA L INNA KRAJOWA LUB OSOBA FIZYCZNA SPÓŁKA AKCYJNA SPÓŁKA AKCYJNA Z SPÓŁKA CYWILNA SPÓŁKA KOMANDYTI SPÓŁKA KOMANDYTI SPÓŁKA KOMANDYTI SPÓŁKA PARTNERSJ	UB OSOBA ZAGRANIC UDZIAŁEM OWA OWO-AKCY	IZNA OSOBA PRAWNA I JEDNOSTKI SAMORZĄĽ	UB OSOBA FI	ZYCZNA ORAZ SPÓŁ	
właścicielska: Podmiot tworzący: Nazwa podmiotu tworzącego: NIP: REGON: Nazwa:	OSOBA FIZYCZNA INNA INSTYTUCJA L INNA KRAJOWA LUB OSOBA FIZYCZNA SPÓŁKA AKCYJNA SPÓŁKA AKCYJNA Z SPÓŁKA CYWILNA SPÓŁKA KOMANDYT SPÓŁKA KOMANDYT SPÓŁKA KOMANDYT SPÓŁKA Z OGRANIC	UB OSOBA ZAGRANIC UDZIAŁEM OWA OWO-AKCY (A ZONA ODP	ZNA OSOBA PRAWNA I JEDNOSTKI SAMORZĄĽ JNA DWIEDZIALNOŚCIA	UB OSOBA FI	ZYCZNA ORAZ SPÓŁ ALNEGO ALBO PAŃST	

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 <u>http://www.stat.gov.pl/regon/</u>)

Portal Po	tencjału wersta 2.0294 1				•
Portal Potencjału >> D	ne świadczeniodawcy			Powrót Pomo	c Wyloguj
Dane świado	zeniodawcy				
Należy potwierdzić j	rawidłowość informacji dotyczących podr	niotu wykonującego dz	ziałalność leczniczą		
Dane podstawowe	Organ założycielski Podmiot Osoby repr	ezentujące Certyfikaty	Wpisy do rejestrów	Zawieszenia działalności	
V Zapisz	🔀 Anuluj				
Podmiot wykonuj	cy działalność leczniczą				
Typ:	PODMIOT PROWADZĄCY APTEKĘ/PUNKT AP	TECZNY		•	
Rodzaj podmiotu:	PRZEDSIĘBIORCA (DZIAŁALNOŚĆ GOSPOD.	ARCZA)		-	
Forma właścicielska:	SPÓŁKA CYWILNA			-	
Podmiot tworzący:				*	
Nazwa podmiotu tworzącego:	~				
NIP:	631-54-34-753				
REGON:	234445981				
Nazwa:	PPHU CORESS Katarsyna Bartosik, Magdalena Wójcik s.c.				

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

Podmiot wykonuj	jący działalność leczniczą	
түр:	PODMIOT PROWADZĄCY APTEKĘ/PUNKT APTECZNY	
Rodzaj podmiotu:	PRZEDSIĘBIORCA (DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA)	.
Forma właścicielska:	OSOBA FIZYCZNA	
Podmiot tworzący:		Ŧ
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.

ortal Potencjału >>	> Da	ne świ	iadczeniodawcy						Powrót	: Pomoc	Wylog
ane świa	d	cze	niodawcv								
lezy potwierdzi	ch		ik kodów tomtoriali	web			and the later of the				
Dane podstaw	31	own	ik kouow terytoriali	iycii							
	1					6 - 101 I		and the second second	ans:		
Zapisz	(77	 Zamiast siedmioc zakończone '4' - 	obszar miejski	gminy albo '5' - ob	yrrą 3 nak szar wiejski	gminy	oapowiednio ko	юу		
		-									
Podmiot wyko	_									-	
Typ:		Kod	Nazwa								
Rodzaj podmiotu	-	BD	brak danych	Wybierz							
Forma	1	02	DOLNOŚLĄSKIE								
właścicielska:	+	04	KUJAWSKO-POMORSKIE							E	
Podifiloc cworząc	+	06	LUBELSKIE								
Nazwa podmiotu	+	08	LUBUSKIE								
tworzącego:	+	10	ŁÓDZKIE								
	+	12	MAŁOPOLSKIE							-	
NIP:	+	14	MAZOWIECKIE							-	
REGON:	+	16	OPOLSKIE	_						-	
	+	18	PODKARPACKIE	_						<u></u>	
Nazwa:	+	20	PODLASKIE							-	
	+	22	ÉLACIZE		101 2020 00			1		=	
Kod terytorialny:		24	SLĄSKIE	- 2401	będziński	-	2401011	Będzin	Wybierz		
Miejscowość:	ብ	•		47		-	2401042	Bobrowniki	Wybierz		
Ulica:	ч			-		-	2401021	Czeladż	Wybierz		
Numer domu:						-	2401052	Mierzęcice	Wybierz		
Numer lokalu:						_	2401062	Psary	Wybierz		
Kod pocztowy:						5	2401074	Siewierz	Wybierz		
Poczta:							2401075	Siewierz	Wybierz		
Telefon:	•				III	[]	2401081	Sławków	Wybierz		
Fave											

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 <u>siedziby firmy</u> 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.

tal Dotoncialu a a	ana éwiadenniadaw					Douviét De	mor L Woder
rtai Potencjału >> L	vane swiadczeniodawi	LY				Powrot Po	moc į wyrog
ane świado	czeniodawo	CY .					
leży potwierdzić j	prawidłowość info	rmacji dotyc	zących podmiotu wyk	onującego dz	iałalność leczniczą		
Dane podstawowe	Organ założycielsk	Podmiot	Osoby reprezentuiace	Certyfikaty	Wpisy do rejestrów	Zawieszenia działalnośc	T
			and the second s	and the set			
Zapisz							
Dedmint undermi	innu deinlalanéé la						
Podmiot wykonuj	acy oziałalność le	czniczą					
Тур:	PODMIOT PROWA	DZĄCY APTE	KE/PUNKT APTECZNY			•	
Rodzaj podmiotu:	PRZEDSIĘBIORC/	A (DZIAŁALNO	ŚĆ GOSPODARCZA)			•	
Forma właścicielska:	OSOBA FIZYCZNA	4				-	
Podmiot tworzacy:		01				*	
Nazwa po <mark>dm</mark> iotu		17 C					
tworzącego:		-					
NIP:	625,105,58,78	_					
REGON:	275554455						
	lan Kowalski	-					
Nazwa:	dainto iracite						
		-					
Kod terytorialny:	2469011	Katowice					
Miejscowość:	0937474	Katowice					
Ulica:	Graniczna	_1					
Numer domu:	96	_					
Numer lokalu:	4						
Kod pocztowy:	41-504						
Poczta:	Katowice	_					
Telefon:	+48 32 255 55 55	_					
Fax:	+48 32 255 55 58						
E-Mail:	aptekakowalski@op	o.pl					

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.