

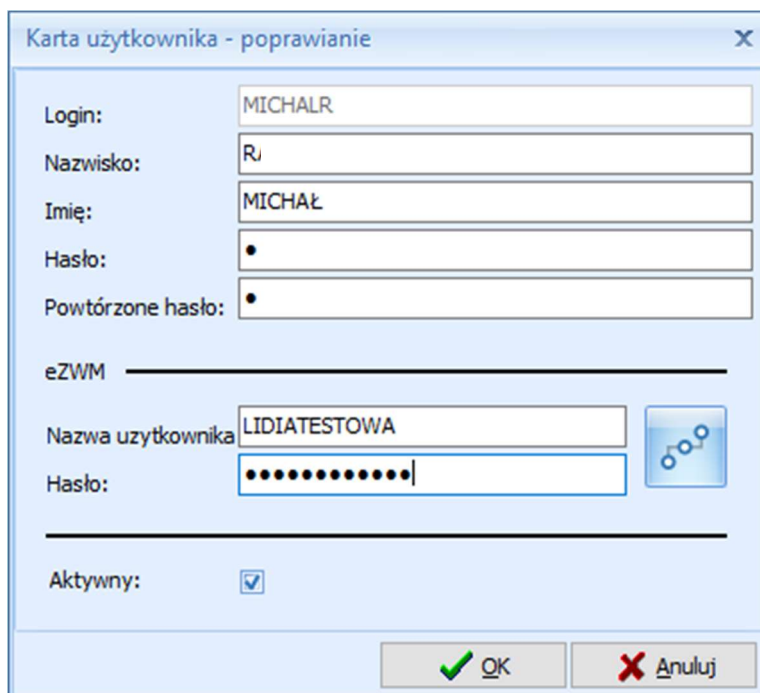
GlobalMed – moduł do realizacji zleceń przez eZWM

Jest to moduł umożliwiający realizację zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

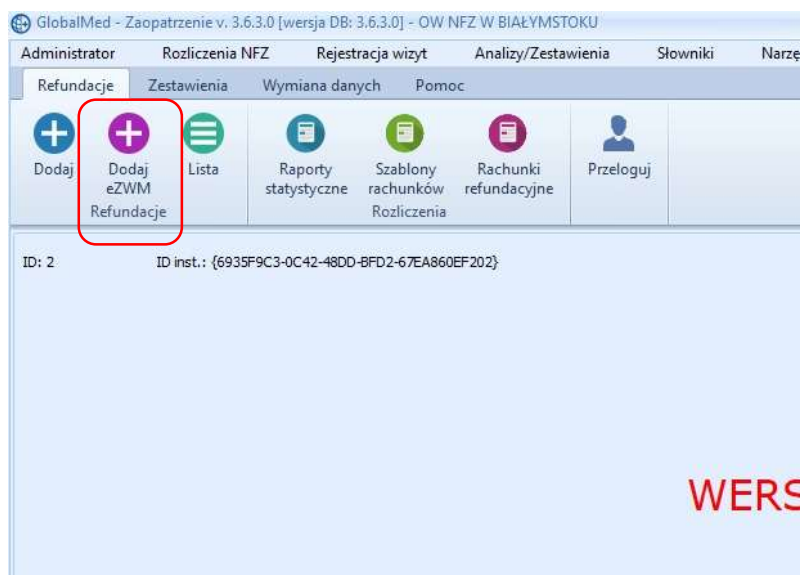
Będzie on umożliwiał ich potwierdzanie bezpośrednio w systemie eZWM w trakcie realizacji zlecenia.

Dostęp w pełnej funkcjonalności planowany jest na styczeń 2020r.

1. Dodatkowe pola w oknie użytkownika:

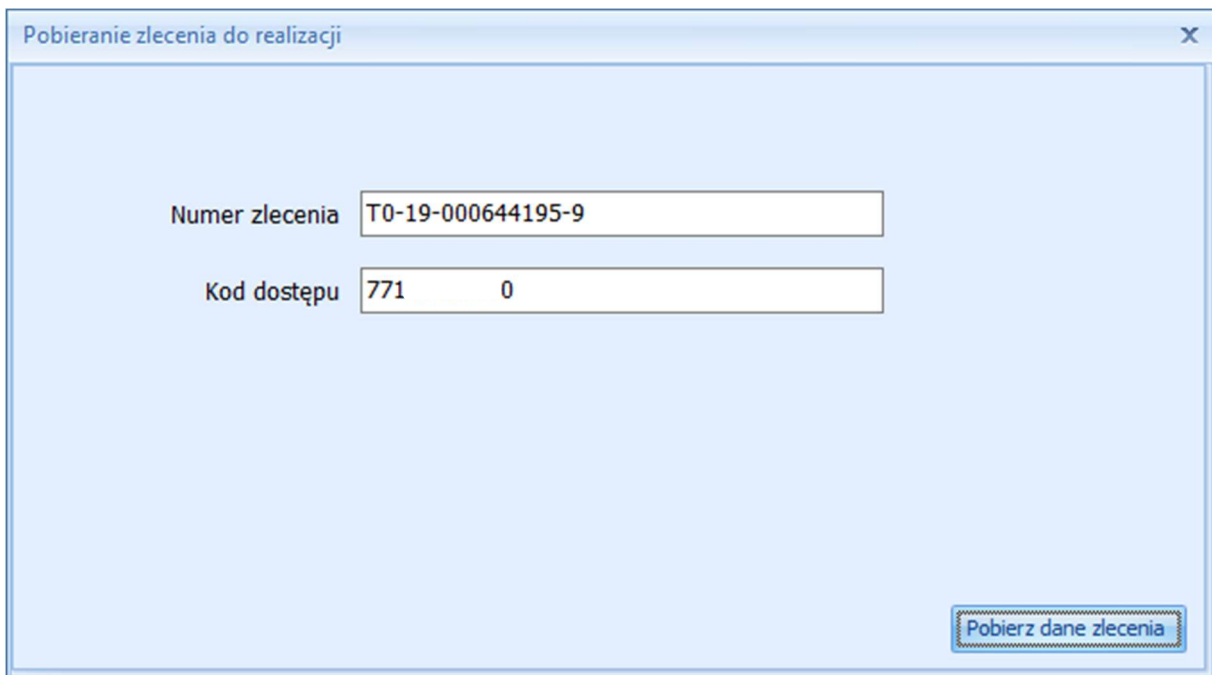


2. Nowy przycisk „Dodaj eZWM”



3. Pobieranie zlecenia do realizacji w trzech krokach:

a. Podanie numeru zlecenia i kodu dostępu



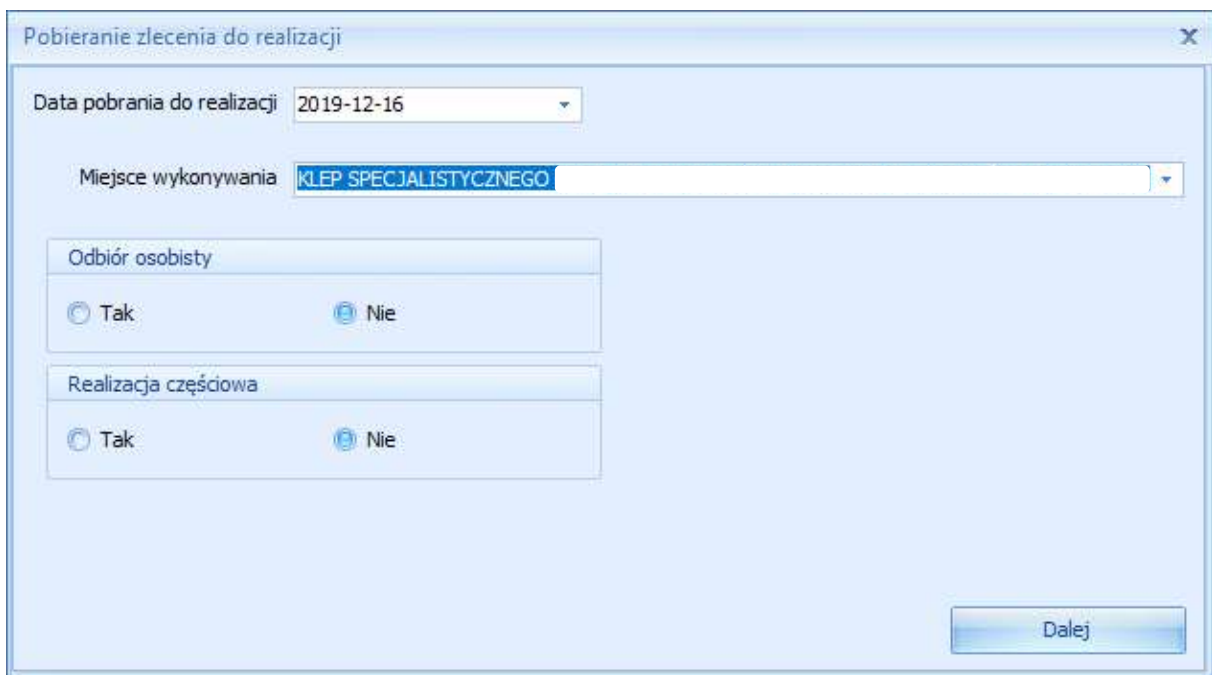
Pobieranie zlecenia do realizacji

Numer zlecenia T0-19-000644195-9

Kod dostępu 771 0

Pobierz dane zlecenia

b. Wskazanie danych realizacji wymaganych do pobrania (miejsce wykonania, data pobrania...)



Pobieranie zlecenia do realizacji

Data pobrania do realizacji 2019-12-16

Miejsce wykonywania KLEP SPECJALISTYCZNEGO

Odbiór osobisty

☐ Tak ☒ Nie

Realizacja częściowa

☐ Tak ☒ Nie

Dalej

c. Wskazanie osoby odbierającej

Pobieranie zlecenia do realizacji

Odbierający

Numer identyf.

☐ PESEL ☒ Nr dow. osob. ☐ Nr paszportu ☐ Inny

Imię Nazwisko

4. Po pobraniu do realizacji pojawia się okno nowego wydania towaru i wypełnia danymi zlecenia pobranymi z NFZ (pole klient, numer zlecenia, uprawnienia dodatkowe, podmiot zlecający, lekarz wypełniają się automatycznie, rozwijana jest właściwa grupa towarów...)

Realizacja karty/wniosku - dodawanie 3.6.3.0

1. Data realizacji od: 2019-12-16 do: 2019-12-16

2. Msc. wyk. świadczeń: 8995

3. Kod świadczeń: 40.18 POZOSTAŁE PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE LUB ŚRODKI POMOCNICZE (WYROB MEDYCZNY BĘDĄCY PRZEDMIOTEM ORTOPEDYCZNYM LUB ŚRODEK POMOCNICZY)

4. Pacjent: NOWAK P: 77 J0[8]

Powiązane faktury:

Uprawnienie dodatk.: 472N - ORZECZENIE O ZNA CZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSP.

Dokument uprawnień dodatkowych

Nazwa dokumentu: Orzeczenie Data wystawienia: 2019-01-01

Identyfikator dok.: 123 Data końca ważności: 2025-01-01

5. Dokument upraw.: 0-19-00-0644195-9 W - Nr wniosku na zaopatrzenie Data zlecenia dok.: 2019-11-06

Lb. porządkowa: 1 Błądny numer dokumentu upraw.

Okres zaopatrzenia: Od (rok/okres): Do (rok/okres): I II III

6. TCD10 główne:

7. Pkt. umowy: [4.12.2971.033.09] ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE Z WYŁĄCZENIEM ŚRODKÓW POMOCNICZYCH Z ZAKRESU PROTETYKI SŁUCHU I OPTYKI OKULAROWEJ

Pozycja z pakietu: P.102.00

8. Umieszczenie: Szukaj wg.: Dowlony

9. Refundacja Limit: P.102.00

Cena:	Kod pracy	Kod pracy usł.	Produkt handlowy	Model	Cena	Producent
88809151	P.102.00		REMSTAR PRO C-FLEX++ WISP MASK	APARAT Z MASKĄ DO LECZENIA OBS REMSTAR PRO C-FLEX. +		RESPIRONICS
88809148	P.102.00		REMSTAR PRO C-FLEX++ MIRAGE FX	APARAT Z MASKĄ DO LECZENIA OBS REMSTAR PRO C-FLEX. +		RESPIRONICS + RESMED
88809159	P.102.00		REMSTAR PRO C-FLEX++ AJR FIT N30I	APARAT Z MASKĄ DO LECZENIA OBS REMSTAR PRO C-FLEX. +		RESPIRONICS + RESMED
88809147	P.102.00		REMSTAR PRO C-FLEX++ JOYCE	APARAT Z MASKĄ DO LECZENIA OBS REMSTAR PRO C-FLEX. +		RESPIRONICS + LÖWENSTEIN
88809149	P.102.00		REMSTAR PRO C-FLEX++ MIRAGE MICRO	APARAT Z MASKĄ DO LECZENIA OBS REMSTAR PRO C-FLEX. +		RESPIRONICS + RESMED
88809153	P.102.00		REMSTAR PRO C-FLEX++ TRUEBLUE	APARAT Z MASKĄ DO LECZENIA OBS REMSTAR PRO C-FLEX. +		RESPIRONICS

Opis: REMSTAR PRO C-FLEX++ WISP MASK [mod.: APARAT Z MASKĄ DO LECZENIA OBS REMSTAR PRO C-FLEX. + WISP MASK]

APARAT Z MASKĄ DO LECZENIA OBURACYJNEGO BEZDECHU SENNEGO (OBJĘMUJĄCY APARAT, MASKĘ TWARZOWĄ LUB NOSOWĄ ORAZ SPRĘŻARKĘ) - DLA DOROSŁYCH
Producent: RESPIRONICS

Potwierdź wybór klawiszem Enter Użyj klawisza Escape - aby zamknąć okno wyboru

5. Po zapisaniu wydania następuje wysyłka realizacji do NFZ

Potwierdzenie realizacji zlecenia eZWM

Zlecenie

Numer zlecenia: T0-19-000644195-9 Kod dostępu: 77 Nazwisko: Nikol Nowak
 Data pobrania: 2019-12-16 Kod przedmiotu: P.102.00

Wydane towary

Kod przedmiotu	Nazwa handlowa	Model	Umiejscowienie	Liczba szt.	Cena jedn.	Kwota refundacji	Kwota dopłaty
P.102.00	S9 ESCAPE CPAP N10	S9 ESCAPE Z MASKA		1	100,00 zł	90,00 zł	!10,00 zł

Odbiór towaru

Data wydania: 2019-12-16
 Nazwisko odbierającego:
 PESEL:

OK Anuluj

6. Po wysłaniu realizacji, na liście wydań możliwe jest wydrukowanie drugiej części zlecenia (stron 4-5)

Lista wykonanych usług 3,6.3.0

Rok: 2019 Okres: Grudzień Oddz. NFZ pac.: Dowolny Status walid. w NFZ: Szablon - pozycje: Dowolny

Miejsce: ☐ Pokaż liczby porządkowe od 1 do 1000 ☐ Tylko dok. wpr. przez użytk. ☐ Szczegóły

R.	Id usługi	Id pobrania eZWM	Id raportu	Status walidacji w NFZ	Pesel	Nazwisko i imię	Oddz. NFZ pac.	Data wyk. usługi	Nr dok. uprawn.	Lb. porządk.	Jedn. chorobowa	Id
▶	55278	1	Nie [0]	?	71	Nowak Nikol	8	2019-12-16	0-19-00-0644195-9	1		


Szukaj wg: Nazwisko;Imię Szukaj [F5]

7. Pobrany dokument pdf otwierany jest np Acrobat Reader (wymagana jest instalacja na komputerze klienta)

norcom25.pdf - Adobe Acrobat Reader DC

Strona główna Narzędzia norcom25.pdf x Zaloguj się

Strona 4 z 5

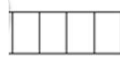
Unikalny numer identyfikacyjny (nadany przez NFZ) T0-19-000644195-9		Kod kreskowy (nadany przez NFZ)  1_T0-19-000644195-9177120286100	
--	--	--	--

CZĘŚĆ III. REALIZACJA ZLECENIA U ŚWIADCZENIODAWCY (WYPEŁNIA I DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE WEDŁUG STANU NA DZIEŃ PRZYJĘCIA DO REALIZACJI¹²⁾)

III.A. PRZYJĘCIE DO REALIZACJI ZLECENIA

III.A.1 Data przyjęcia do realizacji 16.12.2019	III.A.2 <input type="checkbox"/> częściowa realizacja zlecenia	III.A.3 Miesiąc albo miesiące, których dotyczy realizacja zlecenia (słownie)
--	--	--

III.B. DANE ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO ZLECENIE

III.B.1 Nazwa świadczeniodawcy	III.B.2 REGON ¹³⁾ 
III.B.3 Adres miejsca udzielania świadczeń: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu lub lokalu	III.B.4 Numer umowy z NFZ 1000013461

III.C. POTWIERDZENIE POSIADANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ I LIMITU FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

III.C.1 Czy pacjent posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej? <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK-OŚWIADCZENIE ¹⁴⁾	III.C.2 Czy pacjent dysponuje nowymi uprawnieniami dodatkowymi lub innymi uprawnieniami? <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE	III.C.3 Rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe z pkt III.C.2 Nr dok.: -
III.C.4 Czy zmiana wieku pacjenta wpływa na limit finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	III.C.5 Czy nastąpiła zmiana limitu finansowania? <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE	III.C.6 Limit finansowania III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania

CZĘŚĆ IV. POTWIERDZENIE WYDANIA WYROBU MEDYCZNEGO (DRUKUJE ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

IV.A. DANE DOTYCZĄCE WYDANEGO WYROBU MEDYCZNEGO (WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA REALIZUJĄCY ZLECENIE)

IV.A.1 Kod wyrobu medycznego 1. P.102.00	IV.A.2 Umieszczenie (L- lewostronne, P- prawostronne), jeżeli dotyczy	IV.A.3 Wytwórca, model, nazwa handlowa i numer seryjny ¹⁵⁾ RESMED, S9 ESCAPE Z MASKA, S9 ESCAPE CPAP N10	IV.A.4 Liczba wydanych sztuk 1	IV.A.5 Cena detaliczna sztuki 100.00	IV.A.6 Informacja o miesiącu lub miesiącach, których dotyczy odbiór częściowy, jeżeli dotyczy
---	---	--	-----------------------------------	---	---