

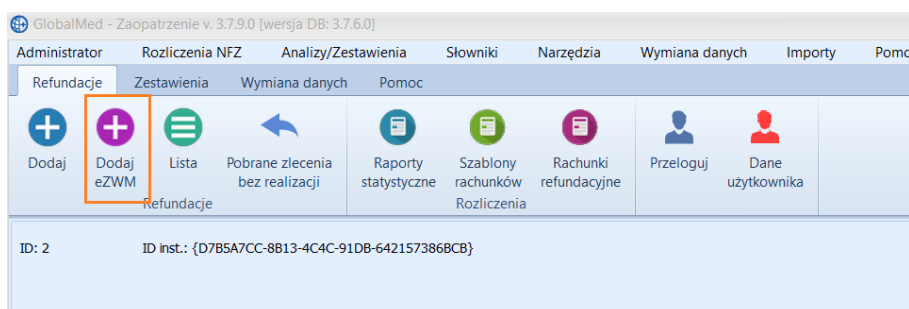
REALIZACJA ZLECEŃ NA PODSTAWIE OŚWIADCZENIA O POSIADANYM PRAWIE DO ŚWIADCZENIA USŁUG

Uprawnienia pacjentów do refundacji wyrobów medycznych, są weryfikowane i potwierdzane za pośrednictwem serwisów internetowych i usług informatycznych na etapie wypisywania zaopatrzenia przez osobę uprawnioną (np. lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta).

I. Realizacja i rozliczenie w GlobalMed

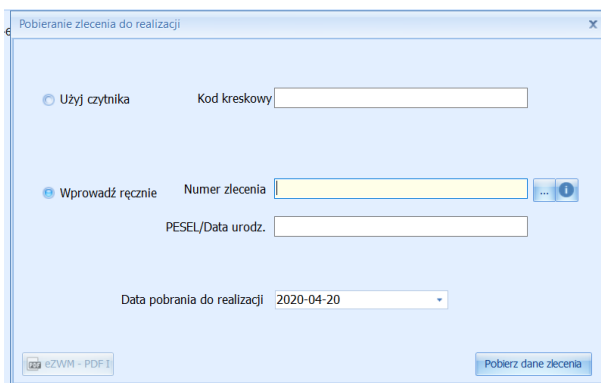
Weryfikacja uprawnień i pobranie realizowane jest online podczas realizacji zlecenia nie ma konieczności dodawania informacji o uprawnieniach pacjenta.

1. Realizację rozpoczynamy przez „Dodaj eZWM”

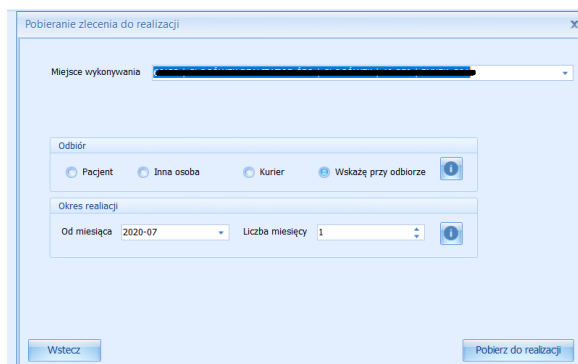


2. Pobieranie zlecenia do realizacji w trzech krokach:

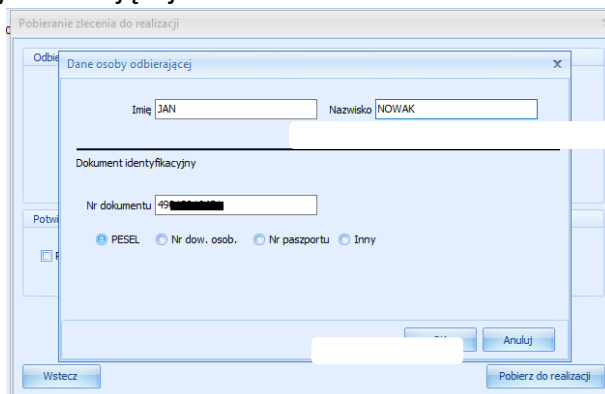
2a. Zeskanowanie kodu ze zlecenia lub podanie numeru zlecenia oraz nr PESEL



2b. Wskazanie danych realizacji wymaganych do pobrania (miejsce wykonania, data pobrania...)



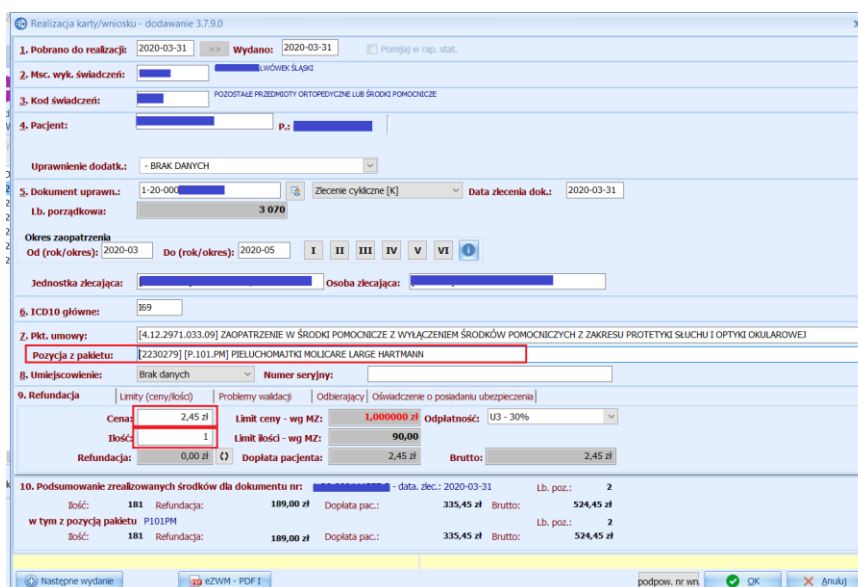
2c. Wskazanie osoby odbierającej



3. 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...)

Pkt 1-7 zostaną uzupełnione automatycznie na podstawie danych na zleceniu oraz wpisywanych danych podczas pobrania.

Uzupełnić należy pkt 7 pozycje z pakietu do pkt 10 zgodnie zamówieniem.



7. Pkt. umowy:	4.12.2971.033.09] ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOOCNICZE Z WYŁĄCZENIEM ŚRODKÓW POMOOCNICZYCH Z ZAKRESU PROTETYKI SŁUCHU I OPTYKI OKULAROWEJ	
Pozycja z pakietu:	2230279] [P.101.PM]	PIELUCHOMATKI MOLICARE LARGE HARTMANN

9. Refundacja		Limity (ceny/ilość)	Problemy walidacji	Odbierający	Oświadczenie o posiadaniu ubezpieczenia
Cena:	2,45 zł	Limit ceny - wg MZ:	1,000000 zł	Odplatność:	U3 - 30%
Ilość:	1	Limit ilości - wg MZ:	90,00		
Refundacja:	0,00 zł	Dopłata pacjenta:	2,45 zł	Brutto:	2,45 zł

10. Podsumowanie zrealizowanych środków dla dokumentu nr:					
Ilość:	181	Refundacja:	189,00 zł	Dopłata pac.:	335,45 zł
Brutto:					524,45 zł
w tym z pozycji pakietu P101PM					
Ilość:	181	Refundacja:	189,00 zł	Dopłata pac.:	335,45 zł
Brutto:					524,45 zł



Po zapisaniu wydania następuje wysyłka realizacji do NFZ

Potwierdzenie realizacji zlecenia eZWM

Zlecenie
Numer zlecenia: 1-2-... PESEL: ... Nazwisko: ...
Data pobrania: 2020-04-20 Kod przedmiotu: P.099.K Od miesiąca: 2020-04 Liczba miesięcy: 1

Wydane towary

Kod przedmiotu	Nazwa handlowa	Model	Umiejscowienie	Liczba szt.	Cena jedn.	Kwota refundacji	Kwota dopłaty
P.099.K	CONVEEN PREP CHUSTE	620420		1	6,51 zł	6,51 zł	0,00 zł
P.102.00	APARAT DO LECZENIA O	HC 604		1	2 100,00 zł	1 890,00 zł	210,00 zł

Odbiór towaru
Data wydania: 2020-04-20 Nazwisko odbierającego: ... PESEL: ...
Refundacja: 1 896,51 zł
Dopłata: 210,00 zł

Wyślij Anuluj

WAŻNE!!!! Należy sprawdzić, czy zgadza się kwota refundacji oraz dopłaty.
Na tym etapie jest możliwość jeszcze poprawy danych.

4. Po wystaniu realizacji, możliwe jest wydrukowanie drugiej części zlecenia (stron 4-5).
Powtórne wydrukowanie stron (4-5) jest również możliwe po kliknięciu na przycisk - eZWM PDF II.

Wyświetlono realizację

Wybierz druk, aby wygenerować dane
zobacz przypisanie weryfikacji poprawności
pobierz stronę 4-5 załącznika...

Id usługi	Adres eZWM	Status realizacji w NFZ	PeSEL	Nazwisko i imię	Udział NFZ	Data msk. usługi	Nr dok. usmewn.	Lb. parafk.	Jedn. chorobow.	Id umowy	Id raportu	Stanowisko	Opis	Stwierdzenie
17098	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17098	17098	17098	17098	17098
17099	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17099	17099	17099	17099	17099
17100	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17100	17100	17100	17100	17100
17101	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17101	17101	17101	17101	17101
17102	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17102	17102	17102	17102	17102
17103	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17103	17103	17103	17103	17103
17104	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17104	17104	17104	17104	17104
17105	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17105	17105	17105	17105	17105
17106	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17106	17106	17106	17106	17106
17107	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17107	17107	17107	17107	17107
17108	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17108	17108	17108	17108	17108
17109	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17109	17109	17109	17109	17109
17110	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17110	17110	17110	17110	17110
17111	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17111	17111	17111	17111	17111
17112	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17112	17112	17112	17112	17112
17113	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17113	17113	17113	17113	17113
17114	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17114	17114	17114	17114	17114
17115	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17115	17115	17115	17115	17115
17116	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17116	17116	17116	17116	17116
17117	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17117	17117	17117	17117	17117
17118	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17118	17118	17118	17118	17118
17119	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17119	17119	17119	17119	17119
17120	2020-01-07	1-2-240908204	8002	1033	17120	17120	17120	17120	17120

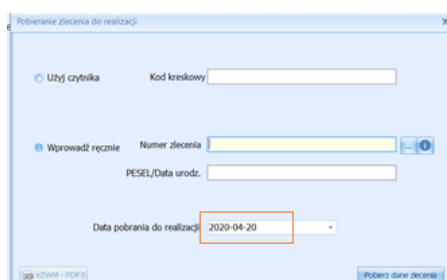
Sumaryczny podsumowanie:

Wzrost	Ciężar ciała	Ciężar ciała	Wzrost	Wzrost	Wzrost
160,00	60,00	60,00	160,00	160,00	160,00

Produkt handlu: 8888796 WYKONANIE USŁUGI...
Kod choroby: P.099
Brodz choroby: 0

II. Realizacja poprzez witrynę eZWM, rozliczenie w GlobalMed

Jeśli zrealizowałeś zlecenie na witrynie NFZ jako datę pobrania do realizacji wprowadź datę pobrania wniosku na stronie NFZ.

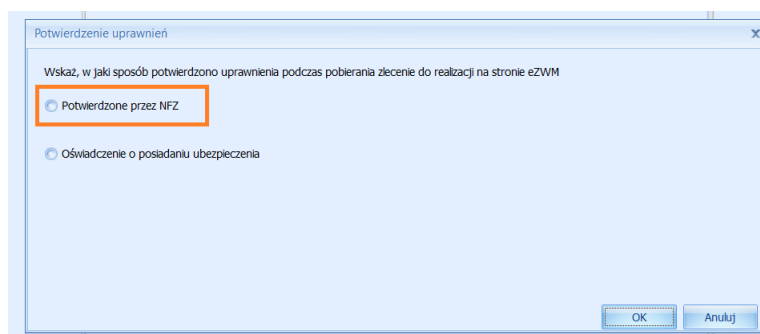


Przy wprowadzaniu zlecenia do programu GlobalMed ważne jest, żeby wprowadzone dane były identyczne dane jak w zrealizowanym zleceniu eZWM. Jeśli zostało wprowadzone oświadczenie, inne uprawnienie, takie dane należy również zamieścić wprowadzając zlecenie.

Lp.	Nr zlecenia Okres realizacji Status realizacji	Data pobrania Data wydania Data wycofania Id instalacji [?]	Status weryfikacji Wynik weryfikacji	Świadczeniobiorca	Zlecony wyrób OW finansujący	Operacje
1.	Nr: [redacted] Okres: 2020-05 przez 1 m-c Status: Zrealizowane Realizacja własna	Pobr.: 2020-05-13 Wyd.: 2020-05-13 Wycof.: - Id: AP-ZZ	Status: - Wynik: -	Typ id.: PESEL id.: [redacted] Im. i nazw.: [redacted] Data ur.: [redacted]	Wyr.: P.101.PM	pobierz ponownie I część II część III i IV część pobierz pdf
2.	Nr: [redacted]	Pobr.: 2020-05-13	Status: -	Typ id.: PESEL		pobierz pdf

Jeśli zweryfikowano elektronicznie potwierdzenie ubezpieczenia pacjenta j/n w Global odznaczamy informacje o potwierdzeniu uprawnień przez NFZ

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 nacięta 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 270.00	III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania 70



Jeśli zaznaczyliśmy, że zweryfikowaliśmy uprawnienie pacjenta na podstawie jego oświadczenia - j/n, należy w programie GlobalMed również wskazać oświadczenie jako potwierdzenie do prawa do świadczeń.

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 type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input checked="" 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 180.00	III.C.7 Wysokość procentowego udziału NFZ w limicie finansowania 70

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

Potwierdzenie uprawnień

Wskaż, w jaki sposób potwierdzono uprawnienia podczas pobierania zlecenie do realizacji na stronie eZWM

Potwierdzone przez NFZ

Oświadczenie o posiadaniu ubezpieczenia

OK Anuluj

Należy wskazać tytuł uprawnienia oraz odznaczyć informacje z o osobie składającej oświadczenie

Potwierdzenie uprawnień

Wskaż, w jaki sposób potwierdzono uprawnienia podczas pobierania zlecenie do realizacji na stronie eZWM

Potwierdzone przez NFZ

Oświadczenie o posiadaniu ubezpieczenia

Tytuł uprawnienia:

Składa:

Kod	KodOpis
U	U - Ubezpieczeni
BU	BU - Osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń zgodnie z art. 67 ust. 4 ustawy
CH	CH - Osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń zgodnie z art. 67 ust. 6 ustawy
EM	EM - Osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń zgodnie z art. 67 ust. 7 ustawy
IA	IA - Osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy
IAU	IAU - Osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy
IB	IB - Osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy
IBU	IBU - Osoby, którym przysługują uprawnienia do świadczeń zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy

Tytuł uprawnienia: U - Ubezpieczeni

Składa: Świadczeniobiorca Przedstawiciel ustawyowy Opiekun prawny Opiekun faktyczny Pełnomocnik

OK Anuluj



Informacja ta zostanie odznaczona w zleceniu na zakładce „Oświadczenie o posiadanym ubezpieczeniu”

9. Refundacja	Limity (ceny/ilość)	Problemy walidacji	Odbierający	Oświadczenie o posiadanym ubezpieczeniu	Dostawa przez kuriera
Tytuł uprawnień: U - Ubezpieczeni					
Oświadczenie o posiadanym ubezpieczeniu składa:					
<input checked="" type="radio"/> Świadczeniobiorca					
<input type="radio"/> Przedstawiciel ustawowy					
<input type="radio"/> Opiekun prawny					
<input type="radio"/> Opiekun faktyczny					
<input type="radio"/> Pełni					