Instrukcja nr 1 - jak uzyskać dostęp do Portalu?

Dostęp do Portalu Obsługi Potencjału Śląskiego OW NFZ umożliwia link znajdujący się na stronie internetowej Śląskiego OW NFZ : <u>www.nfz-katowice.pl</u>

UWAGA ! Operacja logowania może być wykonana na dowolnym komputerze (nie musi to być komputer w aptece) pod warunkiem że jest na nim zainstalowana przeglądarka Internet Explorer lub inna oraz że jest do niego podpięta drukarka.

Po otwarciu strony internetowej klikamy w zakładkę "Portal Świadczeniodawcy".



Następnie na stronie "Świadczeniodawca. Portal Świadczeniodawcy" klikamy zakładkę : Zalogowanie do Portalu Świadczeniodawcy.

Odzie się leczyć Świadczeniodawca Portal świadczeniodawcy Odresy i telefony Ubezpieczony buczpieczonych • Rzecznik Praw Pacjenta • Podstawowa Opieka Zdrowotne • Rzecznik praw Pacjenta • Podstawowa Opieka Zdrowotne • Stornażdowia w Unii Europejskie • Stornażdowia w • Stornażdowia Świadczeniodawcy Informacja Śląskiego OW NFZ I Podstawcy Informacja Śląskiego OW NFZ I Podstawcy • Podstawowa Opieka Zdrowotne • Stornażdowia w Unii Europejskie • Stornażologia • Stornażologia Informacja Śląskiego OW NFZ I Podstawcy I Podstawcy	Odzie się leczyć Odzi		szukaj	
Wezpieczony Fortal swradczeniodawcy Informacja Siąskiego OW NFZ Komunikały dla ubezpieczonych Zalogowanie do Portalu Świadczeniodawcy Informacja Siąskiego OW NFZ Prezerzik Przw Pacjenta Zalogowanie do Portalu Świadczeniodawcy Informacja Siąskiego OW NFZ Prezerzik Przw Pacjenta Zalogowanie do Portalu Świadczeniodawcy Informacja Siąskiego OW NFZ V korst ubezpieczenia zdrowotnego Informacja Siąskiego OW NFZ Informacja Siąskiego OW NFZ Ochrona zdruwa w Unii Europejskiej Informacja Siąskiego OW NFZ Informacja Siąskiego OW NFZ Program profilaktyczne Informacja Siąskiego OW NFZ Informacja Siąskiego OW NFZ Program profilaktyczne Informacja Siąskiego OW NFZ Informacja Siąskiego OW NFZ Program profilaktyczne Siąskiego OW NFZ Informacja Siąskiego OW NFZ Program Ofertowanie 8.94.0324 z dokumentacją Informacja Siąskiego OW NFZ Informacja Siąskiego OW NFZ Program Ofertowanie 8.94.0324 z dokumentacją Bluro Działu Skarg I Wrniosków Bluro Działu Skarg I Wrniosków	Working 13, 2000 Portal swindczeniodawcy Informacja filaskego OW NFZ u boshina 3, 40-264 Hotowice tel (027/3519 100	(?) Gdzie się leczyć	Świadczeniodawca	Adresy i telefony
Podstawowa Opieka Zatowotna Podstawowa Opieka Zatowotna Zatowotna	Rzerznik Praw Pacjenta Podstawowa Opieka Załogowanie do Portalu Świadczeniodawcy Karta ubezpierzenia Zdrowatna Karta ubezpierzenia Zdrowatna Kortowotna Cohrona zdrowia w Unii Europejskie Program profilaktyczne Stomatologia Uzdrowiska Zagogzatrzenie Orbopedyczne Listy oczekujących Druki do pobrania Druki do pobrania Druki do pobrania Swiadczeń zdrowatnych na rok 2009 UWAGA świADCZENIODAWCY zainteresowani kontraktowaniem Stakubalne obwiązującą Toruki do pobrania	Komunikaly dla ubezpieczonych	Portal swiadczeniodawcy	Informacja Śląskiego OW NFZ ul. Kossufna 13, 40-644 Katowice tel: 032/73519 00 zobjącz na mapie
Karta ubezpieczenia zdrowałnego Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej Program Ofertowanie 8,94,0324 z dokumentacją Erdenia zdrowałnego Program Ofertowanie 8,94,0324 z dokumentacją Ews. 2,12,12,12,12,12,12,12,12,12,12,12,12,12	* Karta ubezpierzenia zdrowotnego Ilość plików: 6 [Archheum] Bluro Fzetznika Praw Pacjenta Śląskego OW NFZ * Ochrona zdrowiła W Unii Europejskiej temat dokumentu u kłoszuła 13, 40,844 kłotowice tel 1092/756 17 07 * Programy profilaktyczne 25-03,2009 Bluro Fzetznika Praw Pacjenta Śląskego OW NFZ * Stomatologia Program Ofertowanie 8,94,0324 z dokumentacją gobierz s (exe, 17419 kB) * Uzdrowiska	 Rzecznik Praw Pacjenta Podstawowa Opieka Zdrowotna 	> Zalogowanie do Portalu Świadczeniodawcy	ul. gen. Jankego 15a, 40-615 Katowice tel. 032/735 05 05 zobuoz na majple
Ochrona zdrovia w Unii Europejskiej temat dokumentu i konsulna 13, 40-344 Katowice tel 032/735 17 07 Programy profilaktyczne <u>25.03.2009</u> Stomatologia Program Ofertowanie 8,94,0324 z dokumentacją <u>pobierz s</u> El Urzbaytska	Ochrona zdrovia w Unii Europejskiej Program profilaktyczne Stomatologia Uzdrowiska Zaopartzenie Orbpedyczne UWAGA ŚWIADCZENIODAWCY zainteresowani kontraktowaniem UWAGA ŚWIADCZENIODAWCY zainteresowani kontraktowaniem UWAGA śWIADCZENIODAWCY zainteresowani kontraktowaniem UWAGA śWIADCZENIODAWCY zainteresowani kontraktowaniem OTAK Store 20, 756 05 82, 756 05 8	 Karta ubezpieczenia zdrowotnego 	ilość plików: 6 [Archiwum]	Biuro Rzecznika Praw Pacjenta Ślaskiego OW NEZ
Program profilaktyczne Program Ofertowanie 8,94,0324 z dokumentacją Europ Zzała Strubier Program Ofertowanie 8,94,0324 z dokumentacją Europ Zzała Strubier Europ Zzała Strubi	Europhical Strand Program y profiladyczne Stomatologia Stomatologia Uzdrowiska Uzdrowiska Zaojadrzenie Orbopedyczne Listy oczekujących UWAGA ŚWIADCZENIODAWCY zainteresowani kontraktowaniem Druki do pobrania Druki do pobrania	Ochrona zdrowia w Unii Europeiskiej	temat dokumentu	ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice
Stomatologia Program Ofertowanie 8,94,0324 z dokumentacją pobierz.» Bluro Działu Skarg i Wniosków Świadczeniobiorców	Stomatologia Program Ofertowanie 8.94.0324 z dokumentacją <u>poblerz s</u> Uzdrowiska Zadowiska Zagopatzenie Ortopedyczne Listy oczekujących UWAGA ŚWIADCZENIODAWCY zainteresowani kontraktowaniem Siwładczeń żdrowotnych na rok 2009 (uzgodnienia umów weilejetnich oraz Siwładczeń żdrowotnych na rok 2009 (uzgodnienia umów weilejetnich to raz postępowania konkurstowe) - informujenzy ze aktualnie obowjązującą Informatia dotwiaza kłane	Programy profilaktyczne	25.03.2009	Tel: 032/735 17 07
Slaskiego OA/NEZ	Zaopatzenie Ortopedyczne 25.03.2009 Listy oczekujących UWAGA ŚWADCZENIODAWCY zainteresowani kontraktowaniem Listy oczekujących UWAGA ŚWADCZENIODAWCY zainteresowani kontraktowaniem zosto so za obstacza z	 Stomatologia Uzdrowiska 	Program Ofertowanie 8.94.0324 z dokumentacją pobierz » [exe, 17419 kB]	Biuro Działu Skarg i Wniosków Świadczeniobiorców Ślaskiego OW NEZ
Zaopatrzenie Ortopedyczne 25.03.2009 ul.gen.Jankego 15a, 40-615 Katowice	Listy oczekujących UWAGA ŚWIADCZENIODAWCY zainteresowani kontraktowaniem tel (032/736 to 50, 736 06 53, 736 06 13 Swiadczeń zdrowotnych na rok 2009 (uzgodnienia umów władcienich oraz postępowania konkurstwoł- informujem,ż ze aktualnie obowiązującą Informacia dobrzeca kladnie	* Zaopatrzenie Ortopedyczne	25.03.2009	ul. gen. Jankego 15a, 40-615 Katowice
Listy oczekujących UWAGA ŚWIADCZENIODAWCY zainteresowani kontraktowaniem Swiadczeń zdrowotnych na rok 2009 (uzgodnienia umów wieloletnich oraz postępowania konkursowe) - informujerny, że aktualnie obowiązującą wersia oprogramowania niczbednego ob oczycotowania olików ofertowych Informacja dotycząca Karty	wersją oprogramowania niezbędnego do przygotowania plików ofertowych	 Listy oczekujących Druki do pobrania 	UWAGA ŚWIADCZENIODAWCY zainteresowani kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych na rok 2009 (uzgodnienia umów wieloletnich oraz postępowania konkursowe) - informujerny, że aktualnie obowiązującą wersją oprogramowania nieżbędnego do przygotowania plików ofertowych	tel: 032/735 05 90, 735 05 63, 735 05 13 735 05 16, 735 05 82, 735 05 45 Informacja dotycząca Karty

Po otwarciu okna "Portalu Świadczeniodawcy" klikamy w zakładkę "Aktywacja Świadczeniodawcy".

		2
ogov	vanie	
Rejest	racja świadczeniodawcy 🕨 Aktywa	cja świadczeniodawcy 🕨 Pomoc
	Kod świadzaniodawa u	
2	Kod świadczeniodawcy: Użytkownik:	
2	Kod świadczeniodawcy: Użytkownik: Hasło:	zapomniałem hasła
2	Kod świadczeniodawcy: Użytkownik: Hasło: Zalogowanie do Portalu Świadczenio postanowieniami Ustawy z dnia 29.	zapomniałem hasła dawcy oznacza zobowiązanie do przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie 18.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 926, ze zm.)

Po kliknięciu otrzymujemy okno : "Formularz Aktywacyjny"

https://ps.nfz-katowice.pl/CLO_WS/FormularzSwiadczeniodawca.as	spx?st=0				
	_	Zatwierdž [Zamknij]			
	w s (Śląski	Formularz Aktywacyjny Świadczeniodawcy/Apteki systemie informatycznym NFZ i Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)			
Pieczęć świadczeniodawcy		1			
1. Dane identyfikacyjne Świadczeniodawcy/Apteki (zwanego dalej Użytkownikiem): Kod: Wczytaj dane Nazwa: NIP:					
REGON: Forma organizacyjna: Adres Kod pocztowy: Adres Poczta: Miejscowość: Kod tervtorialny gminy:	siedziby	L3			
Ulica, nr domu, nr lokalu: Dane ko	ontaktowe				
Faks:					
 Działając w imieniu Użytkownika określonego powyżej w punkce Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia (Śląski Oddział Wojewó Jednocześnie oświadczam, ze informacje zawarte w niniejszym Fo faktycznym. 	ie 1A-C, wnosz ódzki Narodowe irmularzu Rejes	zę o dopuszczenie tego Użytkownika do korzystania z rego Funduszu Zdrowia), zwanego dalej "Portalem". stracyjnym są zgodne z aktualnym stanem prawnym i			
3. Działając w imieniu Użytkownika oświadczam, że: a) Użytkownik ponosi odpowiedzialność za prawidłowość korzys wszelkie osoby, którym Użytkownik udostępnił dane pozwalające i b) Użytkownik zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych c) Użytkownik ponosi odpowiedzialność za skutki zagubienia, Użytkownik w Portalu.	stania z Portalu na korzystania z h konta Użytkow kradzieży lub	lu przez osoby działające w imieniu Użytkownika oraz z Portalu. wnika w Portalu i nieudostępniania ich osobom trzecim. o udostępnienia nieuprawnionej osobie danych konta			

 Działając w imieniu Użytkownika wnoszę, aby niżej wymieniona Administrator Użytkownika i wnoszę o dopuszczenie jej/go do osoby wskazanej w zdaniu poprzedzającym wraz z numerem tek 	a pani została zarejestrowana/wymieniony pan został zarejestrowany jako przetwarzania danych w Portalu. Podaję poniżej: nazwisko, imię i PESEL zfonu kontaktowego z tą osobą oraz adres poczty elektronicznej.
Nazwisko:	
Imię:	
PESEL:	
Telefon kontaktowy:	
E-mail:	
Identyfikator:	Generuj
Pytanie (odzyskiwanie hasła):	
Odpowiedź (odzyskiwanie hasła):	
Hasło:	
Potwórz hasło:	
Podpis administratora:	
 Wymagane załączniki: wypełniona, wydrukowana w dwóch egzemplarzach i podpisa Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuje zapisy. Begulami 	na Umowa na korzystanie z systemu informatycznego OW NFZ
Wpisz tekst widoczny na obrazku o 4. V.	lo pola tekstowego umieszczonego poniżej
30.09.2009 Data	Podpis osób upoważnionych do reprezentowania świadczeniodawcy
	4214732426184

W polu "Kod" wpisujemy kod świadczeniodawcy np. 123/400444 i klikamy "Wczytaj dane" W punkcie 4 należy wprowadzić dane osoby która będzie pełnić obowiązki administratora Portalu – może to być np. kierownik apteki lub osoba, która będzie przesyłać dane przez Portal.

W polu "Identyfikator" podajemy nazwę użytkownika która będzie wymagana do logowania w polu "Użytkownik". Jeśli nie wiemy jaki identyfikator sobie przypisać można skorzystać z opcji "Generuj" – system sam wygeneruje nazwę użytkownika.

W pola: "Pytanie", "Odpowiedź" wpisujemy dane do odzyskania hasła: w przypadku kiedy operator zapomni hasła, może skorzystać z opcji "zapomniałem hasła" wtedy zostanie poproszony o podanie odpowiedzi na pytanie, które wcześniej wpisaliśmy w te pola np.:

Pytanie (odzyskiwanie hasła) : Jakie jest imię mojego psa?

Odpowiedź (odzyskiwanie hasła) : Aramis

W polu "Hasło" należy podać hasło którego będzie używał administrator. Hasło powinno składać się z 4 liter (bez polskich znaków typu ś, ć,ł, itd.) oraz 4 cyfr.

Punkt 5 zawiera informacje, jakie dokumenty należy przedłożyć do podpisania umowy. Należy ustawić kursor myszy na wytłuszczonym polu "Umowa" co pozwoli nam po kliknięciu otworzyć, a następnie wydrukować umowę upoważniającą do korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia . **Umowę drukujemy w 2 egzemplarzach**.

UWAGA ! Umowa musi być podpisana przez osobę uprawnioną do reprezentowania przedsiębiorcy będącego właścicielem apteki !

W punkcie 6 należy ustawić kursor myszy na wytłuszczonym polu "Regulamin", co pozwoli nam na otwarcie, a następnie wydrukowanie Regulaminu. Należy odhaczyć okienko potwierdzające, że apteka zapoznała się i akceptuje Regulamin korzystania z Portalu. Następnie wpisujemy tekst widoczny na obrazku do pola poniżej.

UWAGA ! Rozróżniana jest wielkość liter!!!

W przypadku wykrycia przez system błędu, zostanie wyświetlona stosowna informacja oraz czerwona * (gwiazdka) przy polu w którym występuje błąd.

Po wypełnieniu formularza i kliknięciu w "Zatwierdź" na podany adres e-mail zostanie wysłana informacja zawierająca w treści link do formularza. Po kliknięciu na link i otwarciu się formularza należy skorzystać z przycisku Drukuj.

Formularz drukujemy w 1 egzemplarzu.

UWAGA ! Formularz musi być podpisany przez osobę uprawnioną do reprezentowania przedsiębiorcy będącego właścicielem apteki oraz przez administratora wskazanego w formularzu !

DOKUMENTY WYDRUKOWANE.

Wydrukowane dokumenty: 2 egzemplarze Umowy i Formularz Aktywacyjny po podpisaniu należy niezwłocznie dostarczyć do siedziby Śląskiego OW NFZ w Katowicach.

Dokumenty mogą być dostarczone osobiście do Kancelarii Ogólnej, pocztą lub poprzez delegatury.

Wszelkich informacji związanych z funkcjonowaniem Portalu dla aptekarzy będą udzielać osoby:

1.	Włodzimierz Daniłowicz	tel. 32 735 19 24
2.	Małgorzata Wojnar	tel. 32 735 17 09
3.	Iwona Tokarz	tel. 32 735 18 48
4.	Marcin Absalon	tel. 32 735 17 83
5.	Marek Bukowski	tel. 32 735 18 62
6.	Daniel Sadowski	tel. 32 735 17 96