

NFZ



ZINTEGROWANY INFORMATOR PACJENTA

krok po kroku...

Czym jest ZIP?

Zdrowotny Informator Pacjenta jest systemem skierowanym do wszystkich osób ubezpieczonych w Polsce. Dzięki niemu pacjenci mają możliwość wglądu on-line, z każdego komputera podłączonego do internetu, w historię udzielanych świadczeń.

Zapewnienie łatwego i powszechnego dostępu do informacji o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Udzielanie pacjentowi informacji o jego uprawnieniach do świadczeń

Wykaz wszystkich placówek mających umowę z NFZ

Udostępnienie powszechnego narzędzia do wykrywania nadużyć świadczeniodawców w procesie rozliczeń

Informowanie pacjenta o kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie udzielonych mu świadczeń

Co znajdziesz w portalu



Twój portal



Gdzie się leczyć?



Rejestr Usług Medycznych



Prawo do świadczeń



- Zasady udzielania świadczeń we wszystkich rodzajach
- Informacje o lekach refundowanych i zasadach refundacji
- Prawa pacjenta
- Zasady leczenia za granicą
- Twoje prawa do świadczeń
- Kolejki oczekujących
- Przydatne druki i formularze
- Podstawy prawne



Leczenia ambulatoryjne, stacjonarne
i w warunkach domowych



Nagła pomoc doraźna



Apteki



Zaopatrzenie w wyroby medyczne



Programy profilaktyczne



Programy lekowe i świadczenia
odrębnie kontraktowane



- Wykaz zrealizowanych świadczeń medycznych
- Koszty udzielonych świadczeń medycznych
- Zrealizowane recepty i koszty ich refundacji
- Wnioski do uzdrowiska
- Wnioski na zaopatrzenie ortopedyczne
- Twoje deklaracje POZ
- Kolejki oczekujących



Prawo do świadczeń

Tu sprawdzisz, czy na podstawie obecnie posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych masz prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Informacja aktualna w dniu, w którym dokonujesz sprawdzenia.

NFZ



Jak uzyskasz dostęp do ZIP



<https://zip.nfz.gov.pl>

Aby uzyskać dostęp do danych zdrowotnych w systemie ZIP musisz posiadać konto dostępowe do tego systemu.

W tym celu konieczne jest złożenie wniosku o dostęp do konta.

Wniosek możesz złożyć w systemie ZIP[★] – należy wyświetlić główną stronę systemu w przeglądarce internetowej, a następnie wybrać opcję logowania: **Zarejestruj**, która umożliwia wyświetlenie formularza rejestracyjnego

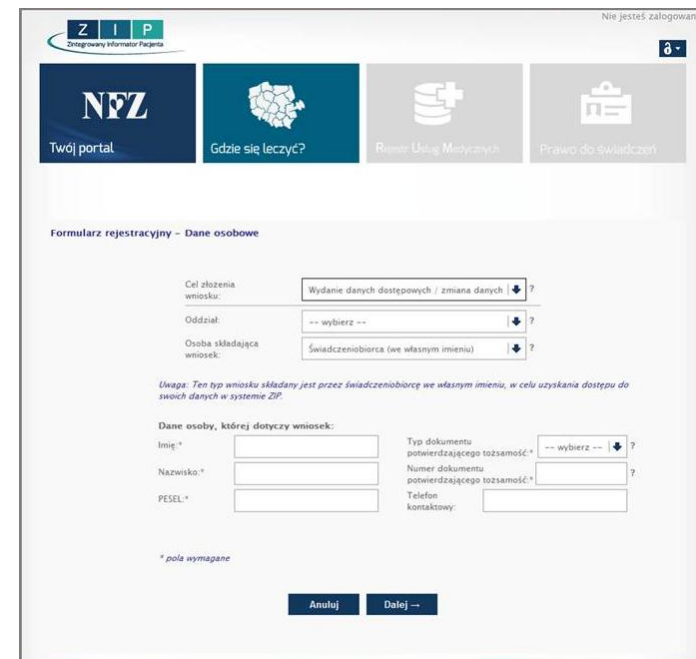


★ Wniosek można także wypełnić w oddziale lub delegaturach MOW NFZ

Operacja rejestracji w systemie podzielona została na kilka etapów, w których chcąc uzyskać dostęp do systemu będziesz musiał podać podstawowe informacje: **imię, nazwisko, adres zamieszkania** itp.

To jedyne miejsce w systemie, w którym podajesz swoje dane osobowe.

Dlatego też nawet w przypadku kradzieży login-u i hasła osoba nieupoważniona nie będzie mogła powiązać konta w systemie z osobą, dla której zostały wykonane świadczenia.



ZIP
Zintegrowany Informator Pacjenta

Nie jesteś zalogowany.

NFZ Twój portal

Gdzie się leczy?

Rezerwa Usług Medycznych

Prawo do świadczeń

Formularz rejestracyjny - Dane osobowe

Cel złożenia wniosku: ?

Oddział: ?

Osoba składająca wniosek: ?

Uwaga: Ten typ wniosku składany jest przez świadczeniobiorcę we własnym imieniu, w celu uzyskania dostępu do swoich danych w systemie ZIP.

Dane osoby, której dotyczy wniosek:

Imię*

Nazwisko*

PESEL*

Typ dokumentu potwierdzającego tożsamość* ?

Numer dokumentu potwierdzającego tożsamość*

Telefon kontaktowy:

* pola wymagane



Po zakończeniu rejestracji należy wydrukować potwierdzenie złożenia wniosku i **osobiście dostarczyć do oddziału lub delegatur MOW NFZ.**

- Kraków, ul. Batorego 24
- Delegatura w Nowym Targu, ul. Jana Kazimierza 22
- Delegatura w Nowym Sączu, ul. Jagiellońska 52
- Delegatura w Tarnowie, Al. Solidarności 5-9

NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia
Wielkopolski Oddział Wziewodatt i Pomatt

Wniosek nr 137 o wydattanie danych dostttpowych do systemu

UZGAGA: Wypełniony wniosek natety dostttczytt osobtt do Wielkopolskiego CW NFZ. Na podstawie niniejszego wniosku oraz po sprawdzeniu dokumentu potwierdzającego tożsamość wydattane zostaną dane dostttpowe do systemu.

PRZED ROZPOCZTTCEM WYPEŁNIANIA WNIOSKU PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z ZAŁTTCZONYMI DO WNIOSKU OBJAŚNIENIAM.

ODDZIAŁ:

OW NFZ W POZNANU

A. WYBÓR SPOSOBU ZŁOŻENIA WNIOSKU:

1. Wniosek składa się:
 Świadczeniobiorca OW NFZ (we własnym imieniu)
 Rodzic/opiekun prawnej/opiekun prawnej/opiekun prawnej udzielający pełnomocnictwa

B. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:

2. Imię i nazwisko osoby składającej wniosek: 3. Nazwa i adres siedziby wnioskodawcy: 4. PESEL osoby składającej wniosek:

C. DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/KURATORA/PEŁNOMOCCNIKA (należy wypełnić jeżeli wniosek jest składany przez rodzica/opiekuna prawnej/opiekunika w imieniu dziecka/osoby podlegającej/osoby udzielającej pełnomocnictwa):

5. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnej/opiekunika: 6. Nazwa i adres siedziby rodzica/opiekuna prawnej/opiekunika: 7. PESEL rodzica/opiekuna prawnej/opiekunika:

8. Imię i nazwisko dziecka: 9. Data urodzenia dziecka: 10. Adres zamieszkania dziecka:

Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnej/opiekunem prawnej dziecka i upoważniam do reprezentowania dziecka osobę składającą wniosek.

Inny dokument potwierdzający prawo do sprawowania opieki lub reprezentowania danej osoby

D. DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY TOŻSAMOŚĆ OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK:

11. Tytuł dokumentu potwierdzającego tożsamość (dokładnie jak na zdjęciu): 12. Numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: 13. Tytuł konkretnego (zamieszkałego) stażysty z numerem kierunkowym:

E. ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:

14. Miasto: 15. Kod pocztowy: 16. Ulica: 17. Numer domu: 18. Numer lokalu:

F. ADRES DO KORESPONDENCJI Z OSOBĄ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK (należy wypełnić jeżeli adres do korespondencji różni się od adresu zamieszkania):

19. Miasto: 20. Kod pocztowy: 21. Ulica: 22. Numer domu: 23. Numer lokalu:

Zgodny z adresem zamieszkania (pola 14 do 23 nie wymagają wypełnienia) Inny (po zaznaczeniu tej opcji należy wypełnić pola 19 do 23)

G. OŚWIADCZENIE I PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK:

Niniejszym oświadczam, że wszystkie podane przez mnie dane są zgodne z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że konsekwencją błędnego wypełnienia wniosku poniesi osobę wnioskującą.
 Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych w celu identyfikacji użytkownika i trakcie procedury zmiany hasła dostttpowego do systemu ZIP za pomocą poczty elektronicznej.

24. Miejsce i data złożenia wniosku: 25. Tytuł i podpis osoby składającej wniosek:

I. WYPEŁNIA WIAKOPOLSKI OW NFZ:

Tożsamość osoby wnioskującej oraz prawdziwość danych przedłożonych w niniejszym wniosku potwierdzona na podstawie okazanego przez osobę wnioskującą dowodu osobistego/paszportu seria _____ nr _____ wydanego przez _____ Na podstawie niniejszego wniosku potwierdzona prawdziwość osoby wnioskującej do Wielkopolskiego OW NFZ i wydattane dane dostttpowe do systemu.

26. Miejsce i data: 27. Tytuł i podpis osoby przyjmującej wniosek i wydattującej dane dostttpowe do systemu ZIP:

28. Wzrost/rodzaj okularów w przypadku zgłaszającego zmianę danych:

OŚWIADCZENIE RODZICA
Oświadczam, że niniejszy wniosek o wydattanie danych dostttpowych do systemu ZIP przez rodzica w imieniu dziecka (zgodnie z opcją wybraną w polu nr B):

Ja, niżej podpisany/a _____, legitymujący/a się dowodem osobistym/paszportem seria _____ numer _____, numer PESEL _____, oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym - rodzicem dla _____, zamieszkałym/ą w _____, numer PESEL _____.

Niniejsze oświadczanie składam w celu wydattania przez Wielkopolski OW NFZ danych dostttpowych do systemu.

Miejsce i data złożenia wniosku: Tytuł i podpis osoby składającej wniosek:

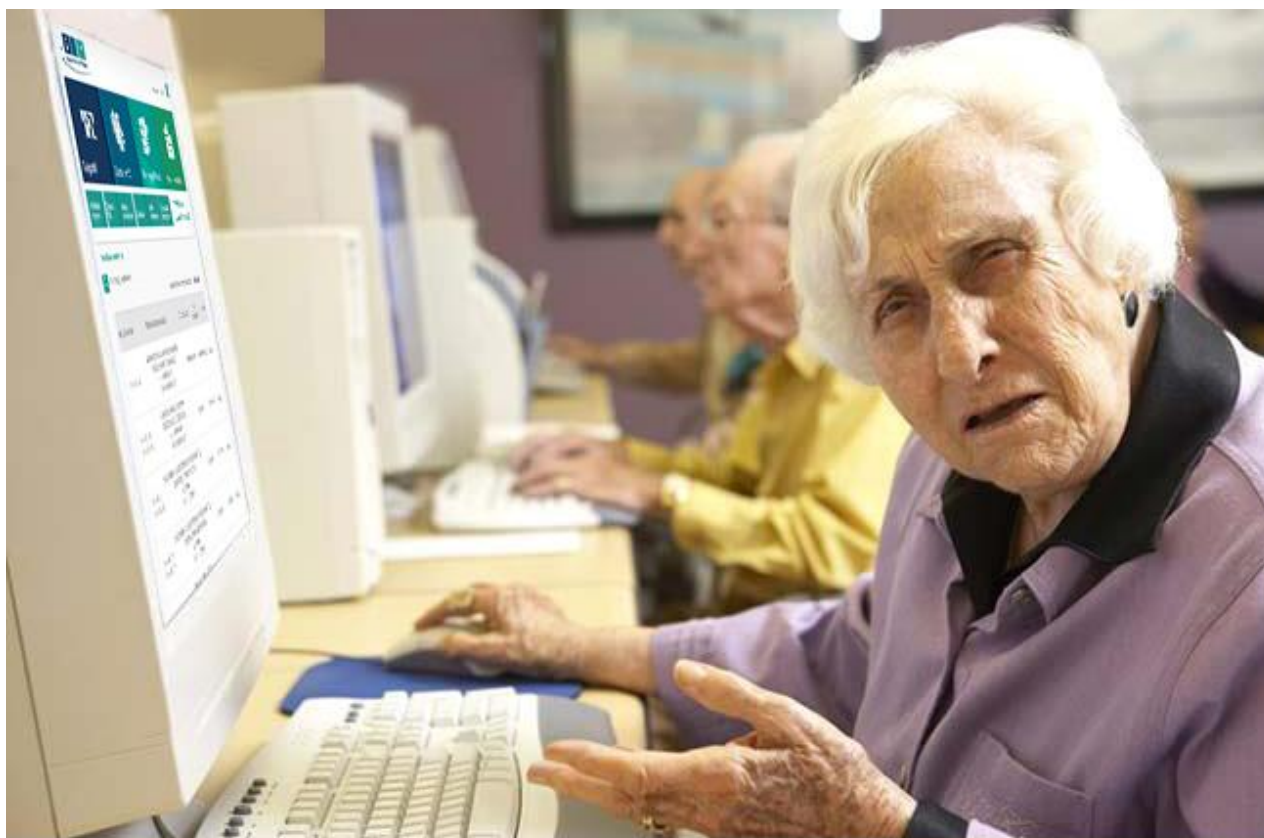
Na miejscu otrzymasz kopertę z dostępem do swojego konta. Będzie w niej login i tymczasowe hasło, które zmienisz przy pierwszym logowaniu

Chcąc ułatwić Ci rejestrację w systemie ZIP,
nasi pracownicy odwiedzą Twoje miejsce pracy

Z przygotowanym wcześniej wnioskiem rejestracja trwa

7 minut

NFZ



A TY? MASZ JUŻ DOSTĘP DO ZIP?

NFZ



zapraszamy