

Sistem On-line ZZ

Tehnična navodila za pripravo programske opreme
za izvajalce zdravstvenih storitev za izvajanje
dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

Verzija	Datum	Avtor	Opis
1.0	2008	Triglav, Vzajemna, Adriatic-Slovenica	Osnutek dokumenta
1.1	30.01.09	Pahulje (AS)	Dodano poglavje 5

Reference/Zgodovina sprememb

KAZALO

<u>1</u>	<u>IDENTIFIKACIJA ZAVAROVANCA.....</u>	<u>3</u>
1.1	IDENTIFIKACIJA S ŠTEVILKO ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA	3
1.2	IDENTIFIKACIJA Z DRUGIM IDENTIFIKATORJEM.....	3
1.3	XML STRUKTURA NABORA PODATKOV OB IDENTIFIKACIJI OSEBE	4
<u>2</u>	<u>UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJA</u>	<u>5</u>
2.1	POVPRAŠEVANJE PO JAMSTVU	5
<u>3</u>	<u>FUNKCIJA F_BERI_DOPPZZ.....</u>	<u>5</u>
3.1	KLIC FUNKCIJE F_BERI_DOPPZZ.....	5
3.2	XML STRUKTURA NABORA VHODNIH PODATKOV	6
3.3	ODGOVOR FUNKCIJE F_BERI_DOPPZZ	7
3.3.1	ENODNEVNE STORITVE	7
3.3.2	STORITEV OPRAVLJENA V OBDOBJU	8
3.3.2.1	Pridobljen le en odgovor	8
3.3.2.2	Pridobljenih več odgovorov	8
3.4	XML STRUKTURA NABORA IZHODNIH PODATKOV	9
<u>4</u>	<u>OBRAČUN STORITEV</u>	<u>9</u>
<u>5</u>	<u>NAKNADNO PREVERJANJE ZAVAROVANJ.....</u>	<u>11</u>
<u>6</u>	<u>OBRAVNAVA NAPAK V SISTEMU.....</u>	<u>12</u>
6.1	XML STRUKTURA USPEŠNOSTI IZVEDBE ODGOVORA	12
<u>7</u>	<u>SPOROČILA</u>	<u>14</u>
7.1	STRUKTURA SPOROČILA.....	14
7.2	PRIMERI SPOROČILA.....	14
7.2.1	POTRJENO JAMSTVO.....	14
7.2.2	NEPOTRJENO JAMSTVO	15
7.2.3	NEPOTRJENO JAMSTVO – KARENCA	15
<u>8</u>	<u>ŠIFRANTI.....</u>	<u>15</u>
8.1	ŠIFRANT ZAVAROVALNIC	15
8.2	ŠIFRANT OBSTOJA KRITJA.....	15

1 IDENTIFIKACIJA ZAVAROVANCA

Izvajalec je pred preverjanjem zavarovanja dolžan opraviti identifikacijo zavarovanca in, v primeru dvoma v njegovo identiteto, dodatno preveriti še osebni dokument (osebna izkaznica, potni list ali drug osebni dokument).

1.1 Identifikacija s številko zdravstvenega zavarovanja

Identifikacija s številko zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: ZZZS številka), ki je zapisana na kartici zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: KZZ), novi osebni izkaznici ali začasnem potrdilu Zavoda, ki začasno nadomešča KZZ, je način identifikacije zavarovanca pri dopolnilnih zdravstvenih zavarovanjih.

Poslovno pravilo 1-1: Pri identifikaciji osebe z ZZZS številko, veljajo navodila Zavoda.

1.2 Identifikacija z drugim identifikatorjem

Možnost identifikacije brez ZZZS številke je alternativa v primerih, ko zavarovanec nima s seboj KZZ ali začasnega potrdila Zavoda.

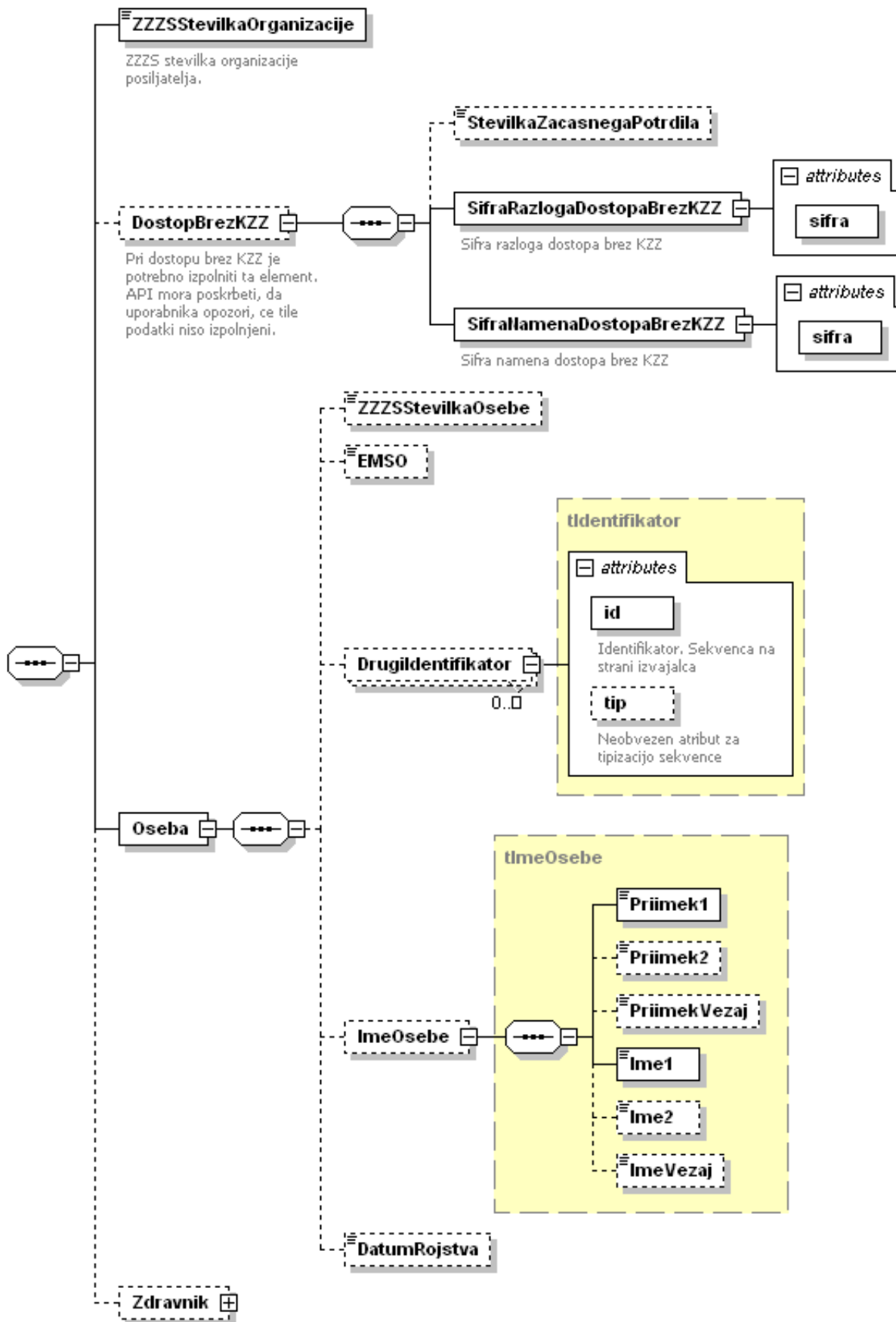
Nabor predvidenih drugih identifikatorjev je prikazan v tabeli 1.

Identifikator	Polje	Osebni dokument
EMŠO	EMSO	Osebna izkaznica
Ime+Priimek+datum rojstva	DrugiIdentifikator	Osebna izkaznica

Tabela 1: Drugi identifikatorji zavarovanca

Poslovno pravilo 1-2: Pri identifikaciji osebe brez ZZZS številko, veljajo navodila Zavoda.

1.3 XML struktura nabora podatkov ob identifikaciji osebe



Slika 1: XML struktura za identifikacijo zavarovanca

2 UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJA

2.1 Povpraševanje po jamstvu

Izvajalec pri povpraševanju po jamstvu v sistemu On-line ZZ opredeli:

- **identifikator osebe** (ZZZS številko, EMŠO, ...), ki je odvisen od načina identifikacije osebe,
- **datum začetka storitve** (obvezno polje *DatumZacetkaStoritve*),
- **datum konca storitve** (obvezno polje *DatumKoncaStoritve*),

Poslovno pravilo 2-1: Način in pogostost preverjanja veljavnosti dopolnilnega zavarovanja po dejavnostih pri vsakokratni obravnavi osebe, je v celoti opredeljen in podrejen poslovnim pravilom Zavoda pri preverjanju veljavnosti zdravstvenega zavarovanja.

3 FUNKCIJA F_BERI_DOPPZZ

Podatki o:

- izvajalcu zdravstvenih storitev (v nadaljevanju: IZS),
- zavarovancu,
- zdravniku in
- dostopu brez ZZZS številke

se nahajajo v ovojnici sporočila.

3.1 Klic funkcije F_beri_DopPZZ

Pri klicu funkcije F_beri_DopPZZ se lahko uporabi nabor podatkov, ki je prikazan v spodnji tabeli.

Kardinalnost	Polje	Opis
Obv.	Podatki	
Obv.		DatumZacetkaStoritve
Obv.		DatumKoncaStoritve
0..1		Opombe

Tabela 2: Nabor podatkov pri klicu funkcije F_beri_DopPZZ

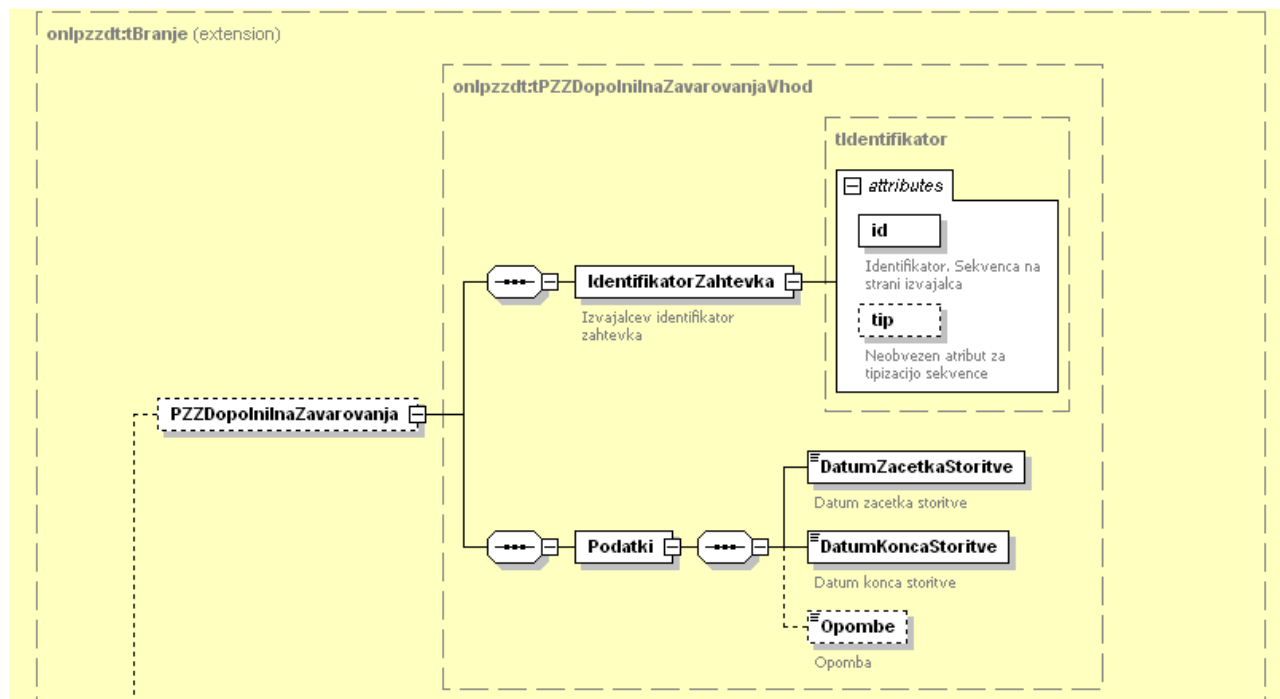
Poslovno pravilo 3-1: Vrednost polja *DatumZacetkaStoritve* je lahko največ do 60 dni v preteklost oz. do tekočega datuma.

Poslovno pravilo 3-2: Vrednost polja *DatumKoncaStoritve* je lahko največ do 60 dni v preteklost oz. največ do tekočega datuma in je večja ali enaka vrednosti polja *DatumZacetkaStoritve*.

Poslovno pravilo 3-3: Vrednosti polj *DatumZacetkaStoritve* in *DatumKoncaStoritve* morata biti podani znotraj istega koledarskega meseca. Če IZS vpraša za obdobje, ki je izven dovoljenega intervala povpraševanja, zavarovalnica odgovori po pravilih 3-1 in 3-2.

Poslovno pravilo 3-4: Vrednost polja *DatumZacetkaStoritve* je lahko manjša (npr. večdnevna storitev) ali enaka (enodnevna storitev) vrednosti polja *DatumKoncaStoritve*.

3.2 XML struktura nabora vhodnih podatkov



Slika 2: XML struktura nabora vhodnih podatkov pri klicu funkcije `F_beri_DopPZZ`

3.3 Odgovor funkcije F_beri_DopPZZ

Klic funkcije F_beri_DopPZZ sistema On-line ZZ v primeru povpraševanja po enodnevni storitvi ali storitvi, ki se opravlja v obdobju, lahko vrne enega ali več odgovorov.

Nabor podatkov posameznega odgovora je prikazan v spodnji tabeli.

Kardinalnost	Polje	Opis
Obv.	Id odgovora VT	Enolični identifikator odgovora vstopne točke
Obv.	ZZZSStevilkaOrganizacije	Prepisano iz glave
Obv.	DatumInCas	Sistemski parameter
Obv.	SifraObstojaKritja	»DA«, »NE«, »KARENCA«
0..*	ObdobjeKritja	
Obv.		DatumZacetkaKritja
Obv.		DatumKoncaKritja
0..1	SifraZavarovanja	ZZ11
0..1	NazivZavarovanja	Dopolnilno zdravstveno zavarovanje za doplačila
0..1	StevilkaPolice	
0..1	Opomba	
Obv.	SifraZavarovalnice	2 - AS, 3 - VZA, 4 - TZZ ¹

Tabela 3: Nabor podatkov iz odgovora funkcije F_beri_DopPZZ

Poslovno pravilo 3-5: V primeru, ko oseba nima sklenjenega dopolnilnega zavarovanja pri nobeni zavarovalnici, vstopna točka vrne prazno XML sporočilo v tistem delu odgovora, ki se nanaša na funkcijo Beri_DopPZZ. ISI naj takšne primere obravnava enako kot v primeru odgovora »NE« ali »KARENCA«. Mogoče bi bilo smiselno, da v takšnem primeru ISI sporoči posebno sporočilo tipa: »Oseba nima sklenjenega dopolnilnega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in je samoplačnik razlike do polne cene opravljenih storitev.«

3.3.1 ENODNEVNE STORITVE

Klic funkcije F_beri_DopPZZ sistema On-line ZZ v primeru povpraševanja po enodnevni storitvi, vedno vrne največ en zapis z veljavnim jamstvom (polje SifraObstojaKritja=DA). Ta zapis je podlaga za obračun opravljene storitve. Poslovna pravila na vstopni točki zagotavljajo, da funkcija v primeru več odgovorov vrača tudi informativne zapise o sklenjenih dopolnilnih PZZ, kjer ima zavarovana oseba neveljavno kritje (polje SifraObstojaKritja=NE) ali pri zavarovanju velja karenc (polje SifraObstojaKritja=KARENCA). Ti zapisi so v informacijo zdravstvenemu delavcu in zavarovani osebi, da zavarovanje sicer obstaja, a ni mogoče kriti doplačil iz tega naslova, ker niso poravnane obveznosti plačila premij ali je zavarovanje še v obdobju karence.

Pregled polj odgovora je naveden v tabeli 3.

V odvisnosti od vrednosti polja SifraObstojaKritja iz odgovora je potrebno uporabniku aplikacije prikazati eno izmed naslednji sporočil:

Vrednost polja SifraObstojaKritja je »DA«

1. Glej: 7.2.21 POTRJENO JAMSTVO

Poslovno pravilo 3-6: Zavarovalnica poravnava samo storitve v obdobju, za katerega je na podlagi vprašanja izvajalec iz sistema On-line ZZ pridobil odgovor v katerem je vrednost polja SifraObstojaKritja enaka »DA«.

¹ Glej 7.1

2. Vrednost polja *SifraObstojaKritja* je »NE«

Glej: 7.2.2 NEPOTRJENO JAMSTVO

Poslovno pravilo 3-7: Zavarovalnica storitev v obdobju, za katerega je na podlagi vprašanja izvajalec iz sistema On-line ZZ pridobil odgovor, v katerem je vrednost polja *SifraObstojaKritja* enaka »NE«, ne bo poravnala.

3. Vrednost polja *SifraObstojaKritja* je »KARENCA«

Glej: 7.2.3 NEPOTRJENO JAMSTVO – KARENCA

Poslovno pravilo 3-8: Zavarovalnica storitev v obdobju, za katerega je na podlagi vprašanja izvajalec iz sistema On-line ZZ pridobil odgovor, v katerem je vrednost polja *SifraObstojaKritja* enaka »KARENCA«, ne bo poravnala. Karenca ali čakalna doba je obdobje, ki se prične z dnem začetka veljavnosti zavarovalne pogodbe in v katerem zavarovanec še nima kritja torej ne more uveljavljati pravic iz zavarovanja.

3.3.2 STORITEV OPRAVLJENA V OBDOBJU

3.3.2.1 Pridobljen le en odgovor

V odvisnosti od vrednosti polja *SifraObstojaKritja* iz odgovora aplikacija v nadaljevanju implementira funkcionalnost opisano v razdelku Odgovor funkcije F_beri_DopPZZ.

3.3.2.2 Pridobljenih več odgovorov

1. Skupina primerljivih primerov

V primeru, ko gre za skupino primerljivih primerov (v nadaljevanju: SPP) in aplikacija pridobi več odgovorov, veljajo naslednja poslovna pravila:

Poslovno pravilo 3-9: Aplikacija izvajalca pošlje poizvedbo samo za dan sprejema, tako kot za OZZ in vrnjen podatek upošteva.

Poslovno pravilo 3-10: Vrednost polja *SifraObstojaKritja* izbranega odgovora velja za obdobje vpisano v poljih *DatumZacetkaStoritve* in *DatumKoncaStoritve* iz klica funkcije *F_beri_DopPZZ* oz. za celotno obdobje povpraševanja.

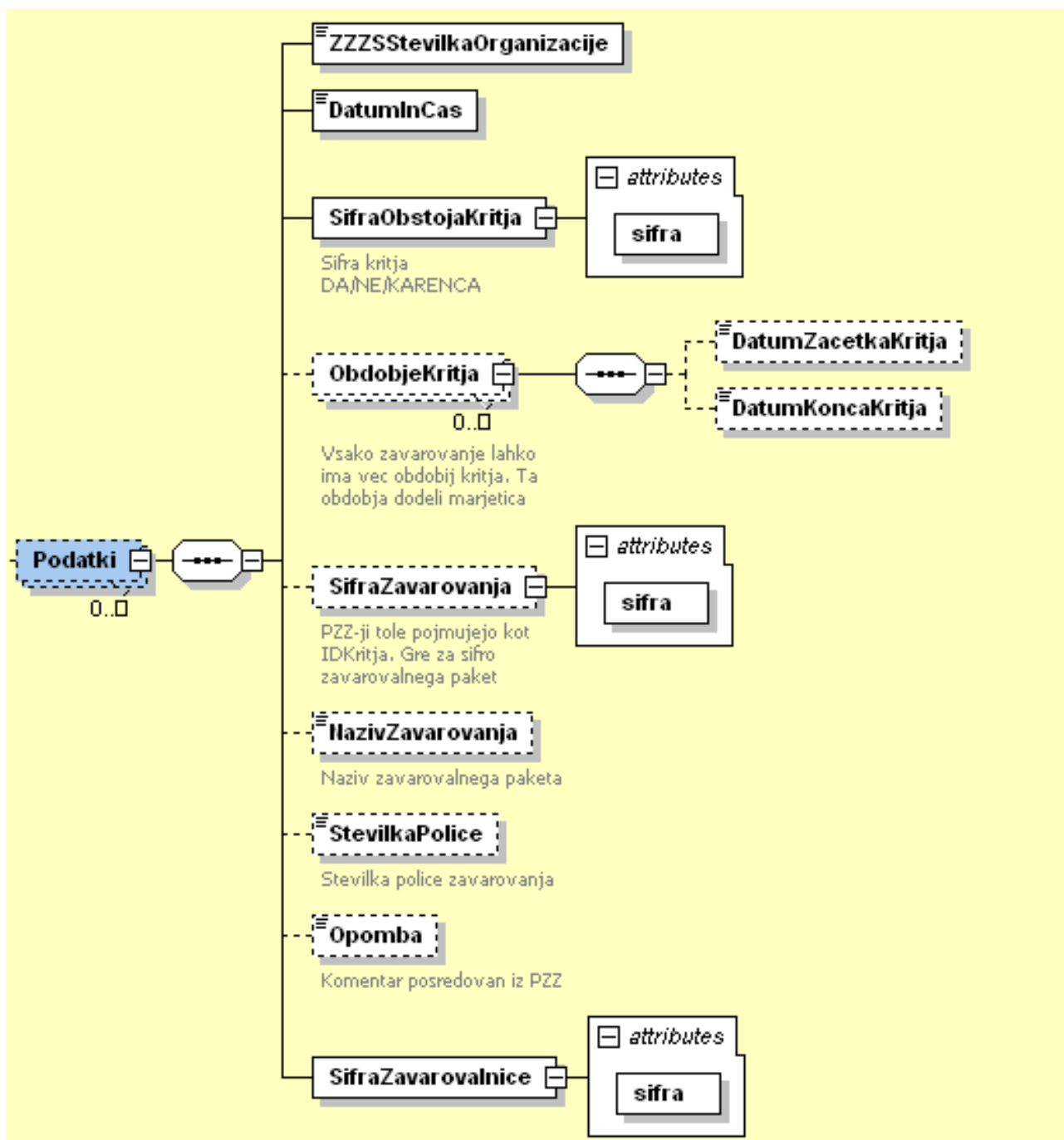
Aplikacija torej izbere le en odgovor in v odvisnosti od vrednosti polja *SifraObstojaKritja* izbranega odgovora v nadaljevanju implementira funkcionalnost opisano v razdelku Odgovor funkcije F_beri_DopPZZ.

2. Ostale storitve

V primeru, ko aplikacija pri storitvah, ki so opravljene v obdobju in niso SPP (npr. bolnišnično-oskrbni dan oziroma BOD ali glede na oznake izvajalcev - zdravilišč - različno: OSKRBN DAN, HOTEL...), pridobi več odgovorov, veljajo naslednja poslovna pravila:

Poslovno pravilo 3-11: Aplikacija za vsak posamezen odgovor, ki ga je pridobila kot rezultat klica funkcije F_beri_DopPZZ, v odvisnosti od vrednosti polja *SifraObstojaKritja*, implementira funkcionalnost opisano v razdelku Odgovor funkcije F_beri_DopPZZ.

3.4 XML struktura nabora izhodnih podatkov



Slika 3: XML struktura nabora izhodnih podatkov pri klicu funkcije F_beri_DopPZZ

4 OBRAČUN STORITEV

V specifikaciji kot prilogi računa, je potrebno pri vsaki posamezni storitvi, poleg ostalih podatkov, ki so za specifikacijo zahtevani, smiselno uporabiti vrednosti polj iz Tabele 3 kot so bile pri preverjanju jamstva posredovane s strani zavarovalnice in polj, ki so del ovojnice sporočila.

Poslovno pravilo 4-1: Pri storitvah, ki so opravljene v določenem časovnem obdobju, se storitev obračuna po podatkih, ki so bili pridobljeni pri preverjanju zavarovanja, oziroma po navodilih Zavoda.

Poslovno pravilo 4-2: Veljavnost zdravstvenega zavarovanja se preverja v skladu s poslovnimi pravili Zavoda.

Pri obračunu se dodatno upošteva naslednja poslovna pravila:

Poslovno pravilo 4-3: Vrednost polja *SifraObstojaKritja* velja za obdobje vpisano v poljih *DatumZacetkaKritja* in *DatumKoncaKritja*. Izjema so le SPP-ji in Psihiatrične storitve, pri katerih velja, da jamstvo ob začetku izvajanja storitve velja za celotno obdobje obravnave.

Poslovno pravilo 4-4: Zavarovalnica poravnava samo storitve v obdobju, za katerega je na podlagi vprašanja izvajalec iz sistema On-line ZZ pridobil odgovor v katerem je vrednost polja *SifraObstojaKritja* enaka »DA«.

Poslovno pravilo 4-5: Zavarovalnica storitev v obdobju, za katerega je na podlagi vprašanja izvajalec iz sistema On-line ZZ pridobil odgovor, v katerem je vrednost polja *SifraObstojaKritja* enaka »NE«, ne bo poravnala.

Poslovno pravilo 4-6: Zavarovalnica storitev v obdobju, za katerega je na podlagi vprašanja izvajalec iz sistema On-line ZZ pridobil odgovor, v katerem je vrednost polja *SifraObstojaKritja* enaka »KARENCA²«, ne bo poravnala.

Poslovno pravilo 4-7: V informacijski podpori na strani izvajalcev je potrebno zagotoviti, da so podatki o jamstvu, ki so veljali pred uvedbo On-line ZZ sistema, ustrezno shranjeni in se pod določenimi pogoji lahko tudi uporabijo.

Primer: Zavarovalnice za PZZ v On-line ZZ omogočajo preverjanja jamstva do največ 60 dni za nazaj. V primeru spremembe obračuna storitev za več kot 60 za nazaj (stornacije, zavrnite,...), podatkov o jamstvu ne bo mogoče pridobiti iz sistema On-line ZZ. V takšnih primerih je potrebno pri obračunu storitev upoštevati podatke o jamstvu, ki so na dan opravljanja storitve bili prebrani iz KZZ in zapisani v lokalno bazo informacijske podpore izvajalca.

² *Karenca ali čakalna doba je obdobje, ki se prične z dnem začetka veljavnosti zavarovalne pogodbe in v katerem zavarovanec še nima kritja torej ne more uveljavljati pravic iz zavarovanja*

5 NAKNADNO PREVERJANJE ZAVAROVANJ

V določenih primerih zavarovanj ni mogoče preveriti na predpisan način z uporabo KZZ:

- v primeru dela na terenu (preverjanje preko mobilne naprave) - preverjanje z mobilno napravo
- v primeru nedelovanja informacijskega sistema (IZS, VT Zavoda ali Zavarovalnice) - preverjanje izven sistema ONLINE brez uporabe aplikacije ISI (telefon, email, faks,...)

V obeh primerih mora IZS v času obravnave zavarovanca pridobiti informacijo o jamstvu. Ročni vnos v aplikacijo ni dovoljen, zato mora izvajalec pred izvedbo obračuna zdravstvene storitve v sistemu ONLINE (uporaba aplikacije ISI) naknadno preveriti zavarovanje za nazaj, brez prisotnosti KZZ.

Aplikacija pri IZS mora omogočati prikaz seznama za naknadno preverjanje brez uporabe KZZ: na seznam naj bodo uvrščene vse pretekle obravnave, ki jih v času izvajanja storitve ni bilo mogoče preveriti z aplikacijo ISI (zgoraj omenjena primera mobilnega preverjanja ali obstoja napak). Odgovorni osebi pri izvajalcu naj se omogoči izvedbo posamičnega ali skupinskega preverjanja po omenjenem seznamu brez prisotnosti KZZ. Aplikacija ISI mora med vhodne podatke vključiti šifro razloga dostopa brez uporabe KZZ za naknadno preverjanje (glej šifrant "*Navodilo za izvajalce ob uvedbi nove kartice zdravstvenega zavarovanja in sistema On-line zdravstvenega zavarovanja*" na spletni strani ZZZS).

V primeru nedelovanja informacijskega sistema IZS ravna na naslednji način:

1. če je možno počakati do odprave napake in naknadno preveriti zavarovanje,
2. v nasprotnem primeru Izvajalec kontaktira Zavarovalnico (telefonski klic, e-pošta, fax):
3. zavarovalnica opravi identifikacijo na podlagi ZZZS številke IZS in uporabnika,
4. zavarovalnica preveri status jamstva na podlagi ZZZS številke zavarovanca, storitve oziroma avtorizacijskega dokumenta/naročilnice,
5. Na podlagi povpraševanja Zavarovalnica:
 - potrdi jamstvo - obračun storitve za tega zavarovanca se prestavi na čas, ko bo sistem vnovič pričel delovati,
 - ne potrdi jamstva – zavarovanec se obravnava kot samoplačnik.

Zavarovalnica bo odgovor, ki ga je posredovala izvajalcu v času obravnave evidentirala in upoštevala pri naknadnih preverjanjih zavarovanja za nazaj. Če je v času obravnave zavarovalnica podelila jamstvo, potem bo IZS takšen odgovor prejel tudi pri naknadnem preverjanju za nazaj ne glede na morebitno spremembo statusa jamstva.

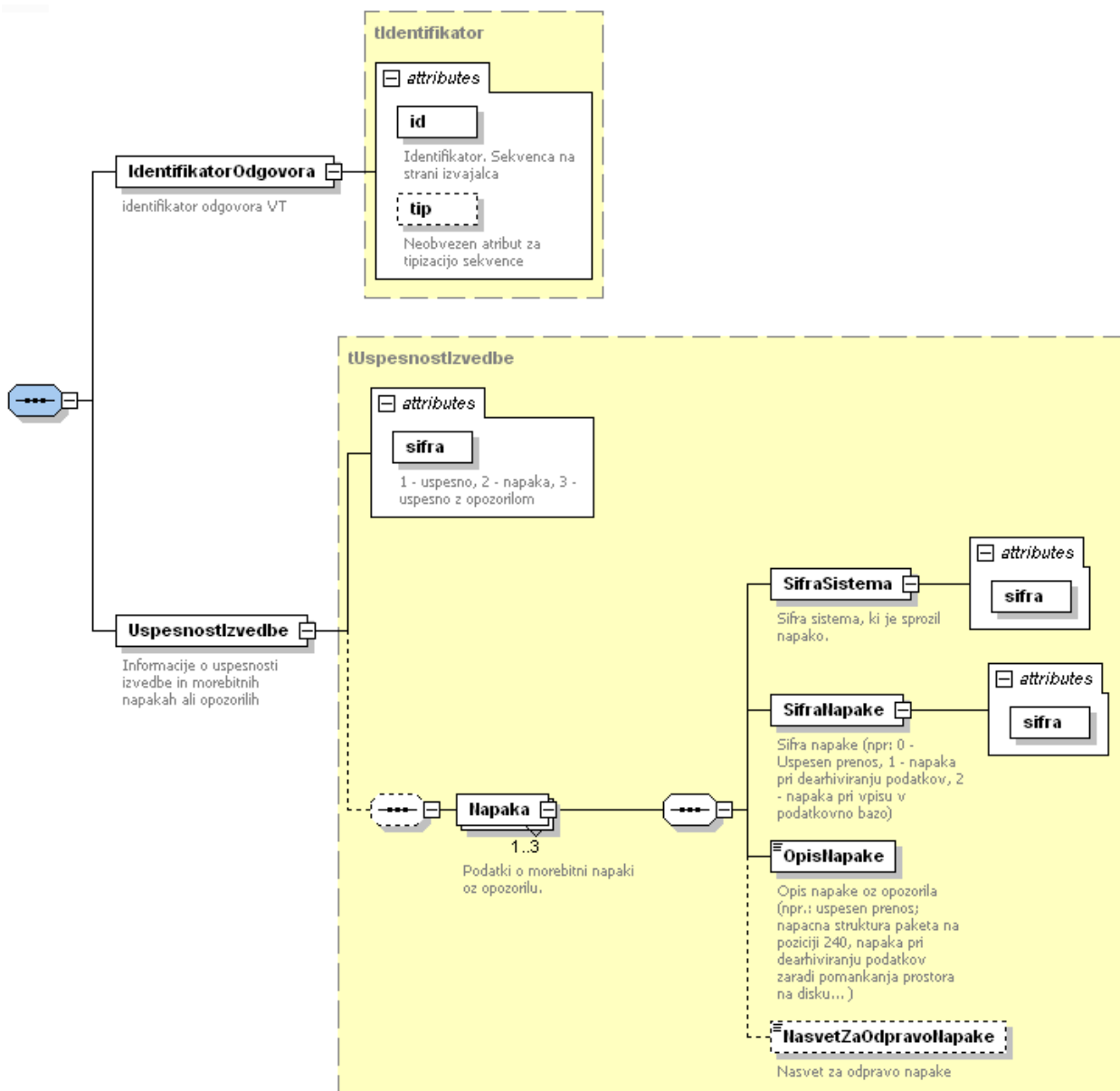
6 OBRAVNAVA NAPAK V SISTEMU

Pri uporabi sistema ON LINE lahko pride do dveh vrst napak:

1. napake tehnične narave
2. napake zaradi neizpolnjevanja poslovnih pogojev

Zaledni sistemi zavarovalnice v primeru nastanka različnih tehničnih napak izvajalcu sporoča le eno splošno obvestilo o nastanku tehnične napake. Izvajalec je dolžan v primeru obvestila o tehnični napaki obvestiti zavarovalnico in sporočiti enolični identifikator odgovora, ki bo strokovnemu osebju zavarovalnice vodilo pri identifikaciji in odpravljanju vzrokov napake.

6.1 XML struktura uspešnosti izvedbe odgovora



slika 4: XML struktura za sporočanje uspešnosti izvedbe

Zaledni sistem zavarovalnice Izvajalcu ob vsaki transakciji sporoča status uspešnosti izvedbe, ki vsebuje informacije o morebitnih napakah ali opozorilih. Šifre uspešnosti izvedbe so naslednje:

1-uspešno

2-neuspešno

3-uspešno z opozorilom

Zavarovalnice sporočajo naslednje informacije o morebitni napaki ali opozorilu:

- šifra sistema
- šifra napake
- opis napake
- nasvet za odpravo napake

7 SPOROČILA

7.1 Struktura sporočila

<p style="text-align: center;">ZAVAROVANA OSEBA IMA</p> <p style="text-align: center;">[<i>Status jamstva</i>]</p> <p style="text-align: center;">iz naslova [<i>Šifra zavarovanja</i>] [<i>Naziv zavarovanja</i>]</p> <p style="text-align: center;">[<i>Zavarovalnica</i>]</p> <p style="text-align: center;">[<i>Obveznost plačila</i>]</p> <p style="text-align: center;">STROŠKOV DOPLAČIL ZDRAVSTVENIH STORITEV</p> <p style="text-align: center;">za obdobje</p> <p style="text-align: center;">[<i>Obdobje od</i>]-[<i>Obdobje do</i>]</p> <p style="text-align: center;">OPOMBA: [Opomba]</p>
--

Polje iz odgovora	Podatek za izpis	Vrednost za izpis
<i>SifraZavarovalnice</i>	Zavarovalnica	Vrednost za izpis iz 8.1 Šifrant zavarovalnic
<i>DatumZacetkaKritja</i>	Obdobje od	Vrednost polja iz odgovora
<i>DatumKoncaKritja</i>	Obdobje do	Vrednost polja iz odgovora
<i>SifraZavarovanja</i>	Šifra zavarovanja	Vrednost polja iz odgovora
<i>NazivZavarovanja</i>	Naziv zavarovanja	Vrednost polja iz odgovora
<i>SifraObstojaKritja</i>	Status jamstva	Status jamstva iz 8.2 Šifrant obstoja kritja
<i>SifraObstojaKritja</i>	Obveznost plačila	Obveznost plačila iz 8.2 Šifrant obstoja kritja
<i>Opomba</i>	Opomba	Vrednost polja iz odgovora

Tabela 4: Podatki za pripravo sporočila

7.2 Primeri sporočila

7.2.1 POTRJENO JAMSTVO

<p style="text-align: center;">JAMSTVO ZA ZAVAROVANO OSEBO</p> <p style="text-align: center;"><i>JE POTRJENO</i></p> <p style="text-align: center;">iz naslova <i>ZZ11 Dopolnilno zdravstveno zavarovanje</i></p> <p style="text-align: center;"><i>TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>JE PLAČNIK</i></p> <p style="text-align: center;">STROŠKOV DOPLAČIL ZDRAVSTVENIH STORITEV</p> <p style="text-align: center;">za obdobje</p> <p style="text-align: center;">01.07.2008 - 05.07.2008</p> <p style="text-align: center;">OPOMBA : prazno</p>
--

7.2.2 NEPOTRJENO JAMSTVO

JAMSTVO ZA ZAVAROVANO OSEBO

NI POTRJENO

iz naslova *ZZ11 Dopolnilno zdravstveno zavarovanje*

TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.

NI PLAČNIK

STROŠKOV DOPLAČIL ZDRAVSTVENIH STORITEV

za obdobje

01.07.2008 - 05.07.2008

OPOMBA : Za morebitna dodatna pojasnila kontaktirajte PZZ

7.2.3 NEPOTRJENO JAMSTVO – KARENCA

JAMSTVO ZA ZAVAROVANO OSEBO

NI POTRJENO - KARENCA

iz naslova *ZZ11 Dopolnilno zdravstveno zavarovanje*

TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.

NI PLAČNIK

STROŠKOV DOPLAČIL ZDRAVSTVENIH STORITEV

za obdobje

01.07.2008 - 05.07.2008

OPOMBA : Pravice iz zavarovanja so v mirovanju zaradi čakalne dobe

8 ŠIFRANTI

8.1 Šifrant zavarovalnic

Polje SifraZavarovalnice	Vrednost za izpis
2	AdriaticSlovenica zavarovalna družba, d.d.
3	Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.
4	TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.

Tabela 5: Šifrant zavarovalnic (privzeto iz šifranta ZZS: 08. Nosilci prostovoljnega zavarovanja)

8.2 Šifrant obstoja kritja

Polje SifraObstojKritja	Status jamstva	Obveznost plačila
DA	POTRJENO JAMSTVO	JE PLAČNIK
NE	NEPOTRJENO JAMSTVO	NI PLAČNIK
KARENCA	NEPOTRJENO JAMSTVO - KARENCA	NI PLAČNIK

Tabela 6: Šifrant obstoja kritij