



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΕΞΟΔΩΝ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ  
ΚΑΤΟΠΙΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ**

*(άρθρο 33, ΕΚΠΥ ΦΕΚ 4898/2018, τ. Β')*

Προς:	ΠΕ.ΔΙ. ΕΟΠΥΥ .....	Αρ. Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία
	Τμήμα Παροχών Ασθενείας		
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:**

Όνοματεπώνυμο ασφαλισμένου\*: .....

Ημ. Γέννησης\*: .....

Α.Δ.Τ./Αρ. Διαβατηρίου\*: .....

Ασφαλιστική σχέση\*:  Άμεσος με ΑΜΚΑ .....

Έμμεσος, .....

*(συμπληρώστε το ονομ/μο του έμμεσου μέλους )*

ΑΜΚΑ έμμεσου μέλους: .....

Φορέας Κοιν. Ασφάλισης\*: .....

Α.Μ. Βιβλιαρίου Υγείας εν ισχύ\*: .....

Άτομο με αναπηρία:

Αρ. Πρωτ. απόφασης ΚΕΠΑ:.....

Διάστημα ισχύος ανωτέρω απόφασης:.....

Διεύθυνση κατοικίας\*: .....

Τηλέφωνο επικοινωνίας\*: .....

E-mail\*: .....

Κράτος-μέλος θεραπείας: .....

Αιτούμενη Περιθαλψη: .....

Στοιχεία παρόχου περιθαλψής: .....

\* Στοιχεία απαιτητά για την επεξεργασία του αιτήματος.

## Αιτούμαι

επιστροφής εξόδων διασυννοριακής υγειονομικής περιθαλψής κατόπιν προηγούμενης έγκρισης για λήψη περιθαλψής..... (προσδιορίστε είδος περιθαλψής) στ...  
..... (προσδιορίστε κράτος-μέλος θεραπείας) και καταθέτω τα κάτωθι δικαιολογητικά, όπως αυτά ορίζονται στην ΥΑ με αριθ. Υ9α/76908/05-09-2014 περί διοικητικών διαδικασιών για τη χρήση διασυννοριακής υγειονομικής περιθαλψής:

- \*\* Πλήρες Ιστορικό νοσηλείας, όπου θα καταγράφεται ενδεχόμενη διακοπή/συνέχεια της νοσηλείας.
- \*\* Βεβαίωση του Νοσηλευτικού Ιδρύματος, από την οποία να προκύπτει το νομικό καθεστώς λειτουργίας του (κρατικό/ιδιωτικό ή κοινωφελές).
- \*\* Πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις νοσηλείας.
- \*\* Πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις φαρμακευτικής αγωγής, συνοδευόμενες από Ιατρική βεβαίωση για την αναγκαιότητα χορήγησής της.
- \*\* Πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις προμήθειας ειδών πρόσθετης περιθαλψής (ιατροτεχνολογικά βοηθήματα κ.λπ.), συνοδευόμενες από Ιατρική βεβαίωση για την αναγκαιότητα της άμεσης προμήθειάς τους.
- \*\* Για άτομα με μία ή περισσότερες αναπηρίες:
- \*\* α) πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις μετάβασης και επιστροφής του ασθενούς (και κατά περίπτωση του συνοδού), της οικονομικής θέσης του μεταφορικού μέσου που χρησιμοποιείται. Σε περίπτωση χρήσης αεροπορικών εισιτηρίων, συνοδευτικά, θα πρέπει να υποβάλλονται τα ηλεκτρονικά εισιτήρια ή τα αποκόμματα αυτών και οι κάρτες επιβίβασης.
- \*\* β) πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις διαμονής.
- \*\* γ) συμπληρωματικά έξοδα με αντίστοιχες πρωτότυπες αποδείξεις τα οποία θα εξετάζονται κατά περίπτωση.

**Όλα τα δικαιολογητικά θεωρημένα από το Ελληνικό Προξενείο και επίσημα μεταφρασμένα. Τα προσκομιζόμενα παραστατικά (αποδείξεις – τιμολόγια) είναι νομίμως εκδοθέντα – πρωτότυπα και αναγράφουν αριθμό, ημερομηνία έκδοσης, καθώς επίσης ανάλυση όλων των χορηγούμενων ιατρικών πράξεων, φαρμάκων ή ειδών.**

**\*\* Με ευθύνη της Υπηρεσίας συμπληρώνονται με τη χρήση συμβόλων ☑ ή ☒ τα ανωτέρω δικαιολογητικά που επισυνάπτονται στην αίτηση.**

**Αίτηση, η οποία δεν έχει συμπληρωθεί πλήρως και δεν συνοδεύεται από τα απαιτητά δικαιολογητικά δεν προωθείται προς επεξεργασία.**

**Η Υπηρεσία δύναται να ζητά από τον ασφαλισμένο συμπληρωματικά δικαιολογητικά, προκειμένου να διευκολυνθεί στο έργο της έγκυρης και έγκαιρης αποζημίωσης των δαπανών για τις χορηγηθείσες ιατρικές ή λοιπές πράξεις.**

Ημερομηνία κατάθεσης

Υπογραφή ασφαλισμένου