



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας  
www.eopyy.gov.gr

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΕΞΟΔΩΝ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ  
ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΓΚΡΙΣΗ**

(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 περίθαλψης: .....

\* Στοιχεία απαιτητά για την επεξεργασία του αιτήματος

### Αιτούμαι

επιστροφής εξόδων διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης χωρίς προηγούμενη έγκριση (πρωτοβάθμια περίθαλψη, διασυννοριακή συνταγή) για λήψη περίθαλψης ..... (προσδιορίστε είδος περίθαλψης) 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 περίθαλψης (άρθρο 9 του ν.4213/13):

- \*\* Ιατρική βεβαίωση του θεράποντος ιατρού για τις ιατρικές πράξεις που πραγματοποιήθηκαν (όπου θα προκύπτει ο μη έκτακτος αλλά αναγκαίος χαρακτήρας της εν λόγω υγειονομικής περίθαλψης) ή και για την αναγκαιότητα χορήγησης συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής ή και την αναγκαιότητα άμεσης προμήθειας ειδών πρόσθετης περίθαλψης (ή συμπληρωματικών εξόδων, στα οποία ενδεχομένως έχουν υποβληθεί άτομα με μία ή περισσότερες αναπηρίες).
- \*\* Πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις φαρμακευτικής αγωγής, συνοδευόμενες από Ιατρική βεβαίωση για την αναγκαιότητα χορήγησής της.
- \*\* Πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις προμήθειας ειδών πρόσθετης περίθαλψης (ιατροτεχνολογικά βοηθήματα κ.λπ.), συνοδευόμενες από Ιατρική βεβαίωση για την αναγκαιότητα της άμεσης προμήθειάς τους.

**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