



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



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

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΓΚΡΙΣΗ ΧΡΗΣΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
(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

προηγούμενης έγκρισης διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης για λήψη περίθαλψης..... (προσδιορίστε είδος περίθαλψης) στ... .. (προσδιορίστε κράτος-μέλος θεραπείας) και καταθέτω τα κάτωθι δικαιολογητικά, προκειμένου να εξεταστεί το αίτημά μου κατ' εφαρμογή α) του ν. 4213/13 (Οδηγία 2011/24/ΕΕ) και β) του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ 4898/Β'/2018):

** Γνωμάτευση ιατρού Δ/ντή Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου ή Στρατιωτικού Νοσοκομείου ή Πανεπιστημιακής Κλινικής ή Δ/ντή Ιδιωτικής Κλινικής της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας. Στη σχετική γνωμάτευση θα πρέπει να περιγράφεται με λεπτομέρεια το είδος της πάθησης με σύντομο ιστορικό και θα αιτιολογείται επαρκώς η ανάγκη αντιμετώπισης της κατάστασης του ασθενούς με την προτεινόμενη θεραπεία, η οποία εμπίπτει στις διατάξεις του άρθρου 8 παρ. 1 του Ν. 4213/13.

** Βεβαίωση από δύο τουλάχιστον νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας σε περίπτωση που η προτεινόμενη υγειονομική περίθαλψη δεν μπορεί να παρασχεθεί σε ελληνικό έδαφος εντός προθεσμίας ιατρικώς αποδεκτής με βάση αντικειμενική ιατρική αξιολόγηση της ιατρικής κατάστασης του ασθενούς, του ιστορικού και της πιθανής εξέλιξης της ασθένειάς του, της έντασης του πόνου που δοκιμάζει ή/και της φύσης της αναπηρίας τους τη στιγμή που υπέβαλε ή υπέβαλε εκ νέου αίτηση έγκρισης.

** Απόφαση πιστοποίησης αναπηρίας ΚΕΠΑ (εάν υπάρχει)

** Άλλα στοιχεία (προσδιορίστε, εάν επιθυμείτε)

**** 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