



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*:

Διεύθυνση κατοικίας*:

Τηλέφωνο επικοινωνίας*:

E-mail*:

Κράτος-μέλος θεραπείας:

Αιτούμενη Περιθαλψη:

Στοιχεία παρόχου περίθαλψης:

.....
* Στοιχεία απαιτητά για την επεξεργασία του αιτήματος

Αιτούμαι

την επιστροφή εξόδων διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης χωρίς προηγούμενη έγκριση (πρωτοβάθμια περίθαλψη, διασυννοριακή συνταγή, ιατροτεχνολογικό προϊόν) για λήψη περίθαλψης (προσδιορίστε είδος περίθαλψης), στ...
..... (προσδιορίστε κράτος-μέλος θεραπείας) και καταθέτω τα κάτωθι δικαιολογητικά, όπως αυτά ορίζονται στην αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. οικ.21309 (ΦΕΚ τ.Β' 2334/12-04-2023) περί διοικητικών διαδικασιών για τη χρήση διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης (άρθρο 9 του ν.4213/13):

* * Ιατρική βεβαίωση/γνωμάτευση με διάγνωση του θεράποντος ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας με την πάθηση του ασθενή, νομίμως ασκούντος το ιατρικό επάγγελμα σε χώρα ΕΕ/ΕΟΧ για τις ιατρικές πράξεις που πραγματοποιήθηκαν ή/και για τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή/και την προμήθεια ιατροτεχνολογικών ειδών ειδών πρόσθετης περίθαλψης. Η ιατρική βεβαίωση με τη διάγνωση θα πρέπει να φέρει τα στοιχεία ταυτότητας του ασθενή (ονοματεπώνυμο και ημερομηνία γέννησης), ημερομηνία έκδοσης προηγούμενης της εκτέλεσης/αγοράς των ιατρικών πράξεων/εξετάσεων/φαρμάκων/ιατροτεχνολογικών ειδών και στοιχεία επαγγελματία υγείας, που εκδίδει την βεβαίωση (ονοματεπώνυμο, επαγγελματικός τίτλος, στοιχεία επικοινωνίας -διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, αριθμός τηλεφώνου, επαγγελματική διεύθυνση, υπογραφή – ηλεκτρονική ή ψηφιακή).

* * Πρωτότυπα αναλυτικά εξοφλητικά παραστατικά δαπανών των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Τα προσκομιζόμενα παραστατικά δαπανών (αποδείξεις-τιμολόγια) θα πρέπει να είναι νομίμως εκδοθέντα-πρωτότυπα και να αναγράφουν οπωσδήποτε την εκδούσα αρχή με στοιχεία επικοινωνίας, αριθμό παραστατικού και ημερομηνία έκδοσης, καθώς επίσης ανάλυση όλων των χορηγούμενων ιατρικών πράξεων, φαρμάκων ή ιατροτεχνολογικών προϊόντων.

Ο ασφαλισμένος καταθέτει όλα τα απαιτητά δικαιολογητικά μεταφρασμένα. Σε διαφορετική περίπτωση, η αρμόδια διοικητική υπηρεσία του οικείου φορέα παροχών ασθενείας σε είδος αναλαμβάνει τη μετάφρασή τους με τη χρήση και αξιοποίηση εργαλείων ΤΠΕ της δημόσιας διοίκησης καθώς και λοιπές ενέργειες για την πιστοποίηση του φορέα έκδοσης των παραστατικών δαπανών και των επαγγελματικών προσόντων εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας, όπου χρειάζεται.

**** 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 καθώς και να υποδεικνύει στον πολίτη όπως μεριμνά για την ορθή συμπλήρωση ειδικών (προκαθορισμένων) εντύπων, προκειμένου να διευκολυνθεί στο έργο της έγκυρης και έγκαιρης επιστροφής των εξόδων διασυννοριακής περίθαλψης για τις χορηγηθείσες ιατρικές ή λοιπές πράξεις

Ημερομηνία κατάθεσης

Υπογραφή ασφαλισμένου

.....

.....