



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



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



**Αίτηση προηγούμενης έγκρισης διασυνοριακής περίθαλψης σε κράτος-μέλος ΕΕ/ΕΟΧ  
(Οδηγία 2011/24/ΕΕ - άρθρο 33, ΕΚΠΥ ΦΕΚ 4898/2018, τ. Β')**

**Πληροφορίες για την/τον ασφαλισμένη/ο**

Η παρούσα αίτηση αφορά σε προηγούμενη έγκριση ΕΟΠΥΥ για περίθαλψη σε κράτος μέλος ΕΕ/ΕΟΧ στη βάση της Οδηγίας 24/2011/ΕΕ, στην περίπτωση που ο ασφαλισμένος θα ζητήσει επιστροφή δαπανών, τις οποίες έχει προ-πληρώσει, μετά την πραγματοποίηση της περίθαλψης, έως το ύψος του ποσού που θα κάλυπτε ο ΕΟΠΥΥ εάν η περίθαλψη είχε λάβει χώρα στην Ελλάδα. Προκειμένου να κατοχυρωθεί δικαίωμα επιστροφής δαπανών, απαιτείται προηγούμενη έγκριση ΕΟΠΥΥ για: α) νοσοκομειακή περίθαλψη με τουλάχιστον μία διανυκτέρευση και για β) περίθαλψη, που απαιτεί τη χρήση πολύ εξειδικευμένης και δαπανηρής ιατρικής υποδομής ή ιατρικού εξοπλισμού (<https://eu-healthcare.eopyy.gov.gr/wp-content/uploads/2021/04/pdf>).

Προς:	ΠΕ.ΔΙ. ΕΟΠΥΥ	Αρ. Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία
	Τμήμα Παροχών Ασθενείας		

*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*

**1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΗΣ/ΟΥ**

1.1	Όνοματεπώνυμο			
1.2	Ημ. Γέννησης			
1.3	Αρ. Δ.Τ/διαβατηρίου			
1.4	Διεύθυνση κατοικίας			
1.5	Τηλέφωνα επικοινωνίας	Οικίας		Κινητό
1.6	E-mail			
1.7	ΑΜΚΑ			
1.8	Ασφαλιστική σχέση (επιλογή √ ή Χ)	Άμεσος		
		Έμμεσος	Όνοματεπώνυμο άμεσα ασφαλισμένης/ου	
			ΑΜΚΑ άμεσα ασφαλισμένης/ου	
1.9	Άτομο με αναπηρία (επιλογή √ ή Χ)	Όχι		
		Ναι	Αρ. πρωτ. απόφασης ΚΕΠΑ	
			Χρονικό διάστημα ισχύος ανωτέρω απόφασης	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας

www.eopyy.gov.gr



## 2. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ποια είναι η διαγνωσμένη πάθηση;	
Χώρα παροχής περίθαλψης	
Επωνυμία νοσηλευτικού κέντρου εξωτερικού (στοιχεία επικοινωνίας: διεύθυνση, τηλέφωνα, email)	
Ημερομηνία προγραμματισμένης εισαγωγής στο νοσοκομείο του εξωτερικού	
Προϋπολογισμένο κόστος περίθαλψης στο εξωτερικό	

## 3. ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ (υποχρεωτικά όσα φέρουν \*)

3.1*	Γνωμάτευση/παραπεμπτικό για νοσηλεία ή ειδική θεραπεία/εξέταση/επέμβαση του θεράποντος ιατρού. Η σχετική γνωμάτευση/παραπεμπτικό θα πρέπει ν' αναφέρει: α) διάγνωση της πάθησης, κλινική κατάσταση με σύντομο ιστορικό, β) επαρκή αιτιολόγηση της ανάγκης αντιμετώπισης της κατάστασης του ασθενούς με την προτεινόμενη θεραπευτική ή χειρουργική περίθαλψη (αντιστοιχία με ICD 10) και, γ) τον ιατρικώς αποδεκτό χρόνο αντιμετώπισης του περιστατικού.
3.2*	Βεβαίωση του νοσοκομείου/παρόχου περίθαλψης του εξωτερικού, από την οποία θα προκύπτει η ημερομηνία εισαγωγής του ασθενούς, ο προκαταρκτικός προγραμματισμός για το είδος της θεραπείας, που θα ακολουθηθεί και η πιθανή διάρκεια αυτής.
3.3	Απόφαση πιστοποίησης αναπηρίας από επίσημο εθνικό φορέα πιστοποίησης αναπηρίας, προκειμένου για άτομα με μία ή περισσότερες αναπηρίες, που αιτούνται συμπληρωματικά έξοδα όπως έξοδα μετακίνησης και διαμονής
3.4	Άλλα στοιχεία (προσδιορίστε, εάν επιθυμείτε)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



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



#### 4. ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, οι οποίες προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του Ν. 1599/ 1986, δηλώνω ότι:

Η παρούσα αίτηση έχει συμπληρωθεί πλήρως και με ακρίβεια, συνοδεύεται από όλα τα απαιτητά δικαιολογητικά.

Δεν έχω υποβάλει αίτηση και δεν έχω λάβει αποζημίωση για τις ίδιες δαπάνες που αιτούμαι σε κανένα άλλο φορέα στην Ελλάδα ή στο κράτος περίθαλψης.

Σε περίπτωση που θα επέλθει κάποια αλλαγή στα στοιχεία που έχω δηλώσει/υποβάλει (επιστροφή ποσού, ακύρωση τιμολογίου, κλπ), δεσμεύομαι ότι θα ενημερώσω άμεσα τον ΕΟΠΥΥ για την αλλαγή αυτή.

Αποδέχομαι ότι ο ΕΟΠΥΥ συλλέγει, τηρεί, επεξεργάζεται, ανταλλάσσει πληροφορίες με φορείς του εξωτερικού και διαχειρίζεται τα προσωπικά μου δεδομένα, ευαίσθητα και μη, μόνο προκειμένου για την εκπλήρωση του σκοπού της αίτησής μου.

Η αίτηση η οποία δεν έχει συμπληρωθεί πλήρως και με ακρίβεια και δεν συνοδεύεται από τα, κατά περίπτωση, απαιτητά δικαιολογητικά, δύναται να καθυστερήσει τη διοικητική διεκπεραίωση του αιτήματός και/ή την έκδοση της σχετικής διοικητικής πράξης.

Υπογραφή ασφαλισμένου□

Ημερομηνία