

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
Άρθρα 29 και 30 ΕΚΠΥ ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ 2106/2025, τ. Β')

Προς:	ΠΕΔΙ ΕΟΠΥΥ	Αριθμός πρωτοκόλλου	Ημερομηνία
	Τμήμα Παροχών Ασθενείας	(Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία)	/ /

Η αίτηση που υποβάλλεται ηλεκτρονικά έχει τη μορφή συνημμένου στο ηλεκτρονικό μήνυμα εγγράφου υπογεγραμμένου με εγκεκριμένη ψηφιακή υπογραφή ή με θεωρημένο γνήσιο υπογραφής μέσω των ηλεκτρονικών εφαρμογών “Ψηφιακή βεβαίωση εγγράφου” ή “Ψηφιακή βεβαίωση ιδιωτικού συμφωνητικού” της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης του δημοσίου (ΕΨΠ-gov.gr)

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

A. Στοιχεία λήπτη διασυννοριακής περίθαλψης

Ονοματεπώνυμο
(όπως αναγράφεται επί του Δελτίου
Ταυτότητας ή του Διαβατηρίου)

Ημερομηνία Γέννησης

/ /

ΑΜΚΑ

Διεύθυνση κατοικίας
(οδός, αριθμός, Τ.Κ., πόλη)

Α.Δ.Τ. /Αρ. Διαβατηρίου

Τηλέφωνα επικοινωνίας

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο

Ασφαλιστική σχέση

☐ Άμεσα ασφαλισμένος ☐ Έμμεσα ασφαλισμένος* ☐ Ανασφάλιστος
* απαιτείται η συμπλήρωση του σκέλους «B. Στοιχεία άμεσα ασφαλισμένου»

B. Στοιχεία άμεσα ασφαλισμένου/ης

(Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο λήπτης της διασυννοριακής περίθαλψης είναι ο/η έμμεσα ασφαλισμένος/η)

Ονοματεπώνυμο
(όπως αναγράφεται επί του Δελτίου
Ταυτότητας ή του Διαβατηρίου)

Ημερομηνία Γέννησης

/ /

ΑΜΚΑ

Α.Δ.Τ. /Αρ. Διαβατηρίου

Διεύθυνση κατοικίας
(οδός, αριθμός, Τ.Κ., πόλη)

Τηλέφωνα επικοινωνίας

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο

Άτομο με πιστοποιημένη
αναπηρία

☐ Άμεσα
ασφαλισμένος/η
☐ Έμμεσα
ασφαλισμένος/η

Αριθμός απόφασης ΚΕΠΑ _____
Χρονική ισχύς απόφασης ☐ / /
☐ Επ' αόριστον

2. ΕΙΔΟΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Ενημέρωση στον συνημμένο έντυπο (Συμπληρώστε με X την επιλογή σας)

I	ΕΝΤΟΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ
A.	Έγκριση και έκδοση ευρωπαϊκού εντύπου S2GR σε κράτος-μέλος ΕΕ/ΕΟΧ/Ελβετία/Ηνωμένο Βασίλειο
☐	Προηγούμενη έγκριση λόγω αδυναμίας αντιμετώπισης της πάθησης στην Ελλάδα (επισυνάψτε τα δικαιολογητικά 4.1, 4.14)
☐	Προηγούμενη έγκριση λόγω αδυναμίας αντιμετώπισης της πάθησης στην Ελλάδα εντός του ιατρικά αποδεκτού χρόνου (επισυνάψτε τα δικαιολογητικά 4.2, 4.13, 4.14)
☐	Προηγούμενη έγκριση για μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων (συμπεριλαμβάνεται και ο δυνητικός δότης) (επισυνάψτε τα δικαιολογητικά 4.9, 4.14, 4.16)
☐	Εκ των υστέρων έγκριση (επισυνάψτε τα δικαιολογητικά 4.3, 4.10)
☐	Παράταση εγκεκριμένης νοσηλείας (επισυνάψτε τα δικαιολογητικά 4.11)
Έχετε δικαίωμα να επιλέξετε συνδυαστικά A και B (σε περίπτωση απόρριψης της A περίπτωσης να εξεταστεί η B δυνατότητα).	
B.	Έγκριση για λήψη παροχών ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ σε κράτος-μέλος ΕΕ/ΕΟΧ** και κάλυψη δαπανών σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία ως κράτος ασφάλισης
☐	Προηγούμενη έγκριση περίθαλψης, που αφορά σε νοσοκομειακή περίθαλψη με μία τουλάχιστον διανυκτέρευση (δικαιολογητικά 4.5, 4.8 & 4.12 για αίτημα πρόσθετων εξόδων π.χ. εισιτήρια, διαμονή, διατροφή)
☐	Προηγούμενη έγκριση περίθαλψης, που αφορά σε ειδική θεραπεία/εξέταση/επέμβαση* με χρήση εξειδικευμένης και δαπανηρής ιατρικής υποδομής ή ιατρικού εξοπλισμού (κατάθεση ειδικών ιατρικών φακέλων κατά περίπτωση σύμφωνα με εθνική νομοθεσία & δικαιολογητικό 4.8)
Γ.	Έγκριση για παροχή περίθαλψης υπό ιδιωτικό καθεστώς σε κράτος-μέλος ΕΕ/ΕΟΧ/Ελβετίας λόγω κινδύνου για τη ζωή ή την εξέλιξη της ασθένειας
☐	Προηγούμενη έγκριση (επισυνάψτε τα δικαιολογητικά 4.3 και 4.15)
☐	Εκ των υστέρων έγκριση (επισυνάψτε τα δικαιολογητικά 4.3 και 4.6)
☐	Παράταση εγκεκριμένης νοσηλείας (επισυνάψτε τα δικαιολογητικά 4.11)

* Εμφύτευση συσκευών υποστήριξης καρδιάς (ΣΥΚ), τοποθέτηση απινιδωτών και τοποθέτηση ή αντικατάσταση ειδικού τύπου βηματοδοτών – απινιδωτών πρόληψης – ανάταξης κολπικών αρρυθμιών, τοποθέτηση εμφυτευόμενων συστημάτων (ηλεκτρικής διεγέρσεως νωτιαίου μυελού, εγκεφάλου και πνευμονογαστρικού νεύρου – νευρομυϊκής διεγέρσεως – προγραμματιζόμενης υπαρχονοειδούς χορήγησης κεκαθαυμένης μορφίνης και Baclofen – προσωρινά εμφυτεύματα για χαρτογράφηση εγκεφάλου, τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου και διαμερισματοποίηση στομάχου, γ-Knife, x-Knife και Cyberknife, εμφυτεύματα αποκατάστασης ακοής (π.χ. κοχλιακά εμφυτεύματα), ιατρικές πράξεις ποζτρονικής και αξονικής τομογραφίας PET/CT, ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή).

** Κράτη – μέλη ΕΕ: Αυστρία, Βέλγιο, Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Τσεχία, Δανία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λετονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Ολλανδία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία. Κράτη – μέλη ΕΟΧ: ΕΕ + Νορβηγία, Λιχτενστάιν, Ισλανδία.

2. ΕΙΔΟΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ (Συνέχεια)

II	ΕΚΤΟΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ
Έγκριση για παροχή περίθαλψης σε τρίτη χώρα και Η.Β υπό ιδιωτικό καθεστώς, λόγω αδυναμίας αντιμετώπισης της πάθησης στην ΕΕ	
☐	Προηγούμενη έγκριση για προγραμματισμένη περίθαλψη (επισυνάψτε τα δικαιολογητικά 4.4 και 4.15)
☐	Εκ των υστέρων έγκριση περίθαλψης (επισυνάψτε τα δικαιολογητικά 4.4 και 4.10)
☐	Παράταση εγκεκριμένης νοσηλείας (επισυνάψτε τα δικαιολογητικά 4.11)
☐	Εκ των υστέρων έγκριση έκτακτης νοσηλείας λόγω βίαιου, αιφνίδιου και αναπότρεπτου συμβάντος (επισυνάψτε τα δικαιολογητικά 4.17)

III	ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΕΣ		
☐	Προκαταβολή σε νοσοκομείο εξωτερικού (συμπληρώστε ποσό) _____		
☐	Προκαταβολή πρόσθετων δαπανών (διαμονής, διατροφής, μετακινήσεων) ασθενούς και συνοδού		
IV	ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ		
☐	Έγκριση πρόσθετων δαπανών εγκεκριμένης νοσηλείας για υπηρεσίες υγείας που πραγματοποιήθηκαν εκτός νοσοκομείου (εργαστηριακές εξετάσεις, ιατρικές βεβαιώσεις, παραπεμπτικά, συνταγές, εξοφλητικές αποδείξεις)		
☐	<table border="0"> <tr> <td>Ειδικές δαπάνες</td> <td> ☐ Ιδιωτική Αεροδιακομιδή (επισυνάψτε βεβαίωση κόστους) ☐ Αεροδιακομιδή ΕΚΑΒ ☐ Συνοδός γιατρού ή/και νοσηλευτής εντός αεροσκάφους ☐ Χρήση οξυγόνου εντός αεροσκάφους ☐ Χρήση αναπηρικού αμαξιδίου εντός αεροσκάφους ☐ Χρήση φορείου εντός αεροσκάφους ☐ Μετακίνηση με ασθενοφόρο όχημα από και προς το νοσοκομείο του εξωτερικού </td> </tr> </table>	Ειδικές δαπάνες	☐ Ιδιωτική Αεροδιακομιδή (επισυνάψτε βεβαίωση κόστους) ☐ Αεροδιακομιδή ΕΚΑΒ ☐ Συνοδός γιατρού ή/και νοσηλευτής εντός αεροσκάφους ☐ Χρήση οξυγόνου εντός αεροσκάφους ☐ Χρήση αναπηρικού αμαξιδίου εντός αεροσκάφους ☐ Χρήση φορείου εντός αεροσκάφους ☐ Μετακίνηση με ασθενοφόρο όχημα από και προς το νοσοκομείο του εξωτερικού
Ειδικές δαπάνες	☐ Ιδιωτική Αεροδιακομιδή (επισυνάψτε βεβαίωση κόστους) ☐ Αεροδιακομιδή ΕΚΑΒ ☐ Συνοδός γιατρού ή/και νοσηλευτής εντός αεροσκάφους ☐ Χρήση οξυγόνου εντός αεροσκάφους ☐ Χρήση αναπηρικού αμαξιδίου εντός αεροσκάφους ☐ Χρήση φορείου εντός αεροσκάφους ☐ Μετακίνηση με ασθενοφόρο όχημα από και προς το νοσοκομείο του εξωτερικού		
☐	Έγκριση συμμετοχής σε κλινική μελέτη/ερευνητικό πρωτόκολλο (επισυνάψτε τα δικαιολογητικά 4.7)		

3. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Χώρα παροχής περίθαλψης	
Επωνυμία νοσηλευτικού κέντρου	
Ανειλημμένη ημερομηνία εισαγωγής ασθενούς (Δικαιολογητικό 4.13)	____/____/____
Έχει ληφθεί στο παρελθόν έγκριση για προγραμματισμένη περίθαλψη στο εξωτερικό με δαπάνες του ΕΟΠΥΥ ή άλλου φορέα κοινωνικής ασφάλισης;	☐ Ναι ☐ Όχι Εάν ναι, αναφέρετε το έτος τελευταίας έγκρισης _____

4. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (Σημειώστε με X τα δικαιολογητικά τα οποία επισυνάπτονται στην αίτηση)	
☐	1. Γνωμάτευση Συντονιστή Διευθυντή Κλινικής δημόσιου Νοσοκομείου ή Καθηγητή Α' βαθμίδας, διευθυντή Πανεπιστημιακής Κλινικής ή Στρατιωτικού Νοσοκομείου της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας ή Ιδιωτικής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής για καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, στην οποία θα περιγράφεται με λεπτομέρεια το είδος της πάθησης ή της βλάβης και θα πιστοποιείται αιτιολογημένα το ανέφικτο της αντιμετώπισής της στην Ελλάδα
☐	2. Γνωμάτευση Συντονιστή Διευθυντή Κλινικής δημόσιου Νοσοκομείου ή Καθηγητή Α' βαθμίδας, διευθυντή Πανεπιστημιακής Κλινικής ή Στρατιωτικού Νοσοκομείου της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας ή Ιδιωτικής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής για καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, στην οποία θα περιγράφεται με λεπτομέρεια το είδος της πάθησης ή της βλάβης και θα πιστοποιείται αιτιολογημένα αδυναμία αντιμετώπισης της πάθησης στην Ελλάδα μέσα στον ιατρικώς αποδεκτό χρόνο.
☐	3. Γνωμάτευση Συντονιστή Διευθυντή Κλινικής δημόσιου Νοσοκομείου ή Καθηγητή Α' βαθμίδας, διευθυντή Πανεπιστημιακής Κλινικής ή Στρατιωτικού Νοσοκομείου της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας ή Ιδιωτικής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής για καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, στην οποία θα περιγράφεται με λεπτομέρεια το είδος της πάθησης ή της βλάβης και θα πιστοποιείται αιτιολογημένα η ανάγκη άμεσης και επείγουσας αντιμετώπισης της πάθησης διότι τυχόν καθυστέρηση παρουσιάζει κίνδυνο για την κατάσταση της υγείας ή τη ζωή του ασθενούς.
☐	4. Γνωμάτευση Συντονιστή Διευθυντή Κλινικής δημόσιου Νοσοκομείου ή Καθηγητή Α' βαθμίδας, διευθυντή Πανεπιστημιακής Κλινικής ή Στρατιωτικού Νοσοκομείου της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας ή Ιδιωτικής Καρδιοχειρουργικής Κλινικής για καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, στην οποία θα περιγράφεται με λεπτομέρεια το είδος της πάθησης ή της βλάβης και θα πιστοποιείται αιτιολογημένα η αδυναμία αντιμετώπισης του περιστατικού στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση.
☐	5. Γνωμάτευση/παραπεμπτικό για νοσηλεία ή ειδική θεραπεία/εξέταση/επέμβαση του θεράποντος ιατρού. Η σχετική γνωμάτευση/παραπεμπτικό θα πρέπει να αναφέρει: α) Τη διάγνωση της πάθησης, κλινική κατάσταση με σύντομο ιστορικό, β) επαρκή αιτιολόγηση της ανάγκης αντιμετώπισης της κατάστασης του ασθενούς με την προτεινόμενη θεραπευτική ή διαγνωστική ή χειρουργική περίθαλψη (αντιστοιχία με ICD 10) και, γ) τον ιατρικώς αποδεκτό χρόνο αντιμετώπισης του περιστατικού.
☐	6. Ιατρική έκθεση του νοσηλευτικού κέντρου του εξωτερικού, στην οποία θα περιγράφεται αναλυτικά η πάθηση και θα αιτιολογείται η αναγκαιότητα άμεσης και επιβεβλημένης νοσηλείας, και η χρονική διάρκεια και το κόστος αυτής.
☐	7. α. Τεκμηριωμένη ιατρική γνωμάτευση από δημόσιο νοσοκομείο, προκειμένου για συμμετοχή σε ερευνητικά πρωτόκολλα σε ειδικές περιπτώσεις και όπου έχουν εξαντληθεί τα θεραπευτικά μέσα για τη νόσο του ασθενή και β. Βεβαίωση ότι η δαπάνη νοσηλείας, φαρμακευτικής θεραπείας και διαμονής τους όπου απαιτείται, βαρύνουν την εταιρεία και το ιατρικό κέντρο όπου διενεργείται η μελέτη.
☐	8. 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.
☐	9. Γνωμάτευση Διευθυντή του αρμόδιου κατά περίπτωση Μεταμοσχευτικού Κέντρου της χώρας, στην οποία να αιτιολογείται πλήρως και αναλυτικά, ότι η αιτούμενη μεταμόσχευση δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί στην Ελλάδα ή στον κρίσιμο για την περίπτωση του ασθενούς χρόνο.
☐	10. Ιατρική έκθεση του νοσηλευτικού κέντρου του εξωτερικού, στην οποία θα περιγράφεται αναλυτικά η πάθηση και το ιστορικό νοσηλείας και θα αιτιολογείται η ανάγκη της κατεπείγουσας αντιμετώπισης του περιστατικού.
☐	11. Ιατρική έκθεση του νοσηλευτικού κέντρου του εξωτερικού, στην οποία θα περιγράφεται αναλυτικά η πάθηση και το ιστορικό νοσηλείας και θα αιτιολογείται η ανάγκη παράτασης εγκεκριμένης προγραμματισμένης νοσηλείας.
☐	12. 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.

4. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (Συνέχεια)	
	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.
☐	14. Μεταφρασμένο έγγραφο/βεβαίωση του Νοσοκομείου του εξωτερικού, από το οποίο θα προκύπτει η ακριβής ημερομηνία εισαγωγής του ασθενούς, ο προκαταρκτικός προγραμματισμός για το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί και η πιθανή διάρκεια αυτής, η αποδοχή ή μη του ευρωπαϊκού εντύπου E112/S2 καθώς και ο προσδιορισμός των εξόδων εντός ή πιθανών εξόδων εκτός εντύπου E112/S2.
☐	15. Μεταφρασμένο έγγραφο/βεβαίωση του Νοσοκομείου του εξωτερικού, από το οποίο θα προκύπτει η ακριβής ημερομηνία εισαγωγής του ασθενούς, ο προκαταρκτικός προγραμματισμός για το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί και η πιθανή διάρκεια αυτής και ο προϋπολογισμός των εξόδων νοσηλείας που απαιτεί το Νοσοκομείο, εφόσον η νοσηλεία πραγματοποιηθεί σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο εντός ΕΕ ή σε ιδιωτική πτέρυγα Δημόσιου Νοσοκομείου εντός ΕΕ.
☐	16. Βεβαίωση με τη σύμφωνη γνώμη του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ) για την αιτούμενη μεταμόσχευση
☐	17. Μεταφρασμένο έγγραφο/βεβαίωση του νοσοκομείου του εξωτερικού, από το οποίο θα προκύπτει η ακριβής ημερομηνία εισαγωγής του ασθενούς, η ακολουθούμενη θεραπεία, και η ανάγκη άμεσης και επείγουσας αντιμετώπισης της πάθησης διότι τυχόν καθυστέρηση παρουσιάζει κίνδυνο για την κατάσταση της υγείας ή τη ζωή του ασθενούς λόγω βίαιου, αιφνίδιου και αναπότρεπτου συμβάντος.
☐	18. Επισύναψη συμπληρωματικών στοιχείων (<i>προαιρετικά</i>)
☐	19.
☐	20.
☐	21.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Με ατομική μου ευθύνη δηλώνω ότι:

- α. Έλαβα γνώση των επισυναπτόμενων στην αίτησή μου χρήσιμων πληροφοριών.
- β. Η παρούσα αίτηση έχει συμπληρωθεί πλήρως και με ακρίβεια, και συνοδεύεται από όλα τα απαιτητά δικαιολογητικά.
- γ. Ενημερώθηκα ότι 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 μου και/ή την έκδοση της σχετικής διοικητικής πράξης.
- δ. Ενημερώθηκα ότι για την επεξεργασία του αιτήματός, την εξέτασή του από το υγειονομικό όργανο και την έκδοση της απόφασης απαιτείται χρονικό διάστημα είκοσι (20) εργάσιμων ημερών πριν την παροχή της περίθαλψης, εκτός και αν για το περιστατικό πιστοποιείται ιατρική ανάγκη επείγουσας αντιμετώπισης λόγω κινδύνου ζωής του/της ασθενούς.
- ε. Ενημερώθηκα ότι η κατάθεση της παρούσας αίτησης δεν συνεπάγεται συγκατάθεση του ΕΟΠΥΥ για την εισαγωγή του/της ασθενούς σε νοσοκομείο στο εξωτερικό σε ανειλημμένη ημερομηνία ή έγκριση για την ανάληψη των αιτούμενων δαπανών, και ότι ο ΕΟΠΥΥ ουδεμία ευθύνη φέρει για τυχόν εισαγωγή του/της ασθενούς στο νοσοκομείο χωρίς την έγκριση του Οργανισμού.
- στ. Ενημερώθηκα ότι ο ΕΟΠΥΥ ή το υγειονομικό Όργανο δύναται να ζητήσει συμπληρωματικά δικαιολογητικά, προκειμένου να διεκπεραιωθεί το αίτημα.
- ζ. Έχω ενημερωθεί πλήρως για τους όρους της επεξεργασίας των προσωπικών μου ιατρικών δεδομένων τα οποία περιλαμβάνονται στο φάκελο αιτήματός μου αποκλειστικά και μόνο για την αξιολόγηση του αιτήματός μου από τον ΕΟΠΥΥ, κατά τις επιταγές του Κανονισμού ΕΕ (2016/679) και ότι ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση παρέχω την συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων. Δηλώνω ότι γνωρίζω ότι δικαιούμαι οποτεδήποτε να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεσή μου ή να γνωστοποιήσω οποιαδήποτε αλλαγή στα προσωπικά μου δεδομένα ή να ασκήσω οποιοδήποτε άλλο από τα δικαιώματα που μου παρέχει ο Κανονισμός ΕΕ (2016/679).

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

(Κατ' άρθρα 13 & 7 Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (Ε.Ε.) 2016/679 (ΓΚΠΔ))

1. Υπεύθυνος Επεξεργασίας: Τα προσωπικά σας δεδομένα συλλέγονται και επεξεργάζονται από τον ΕΟΠΥΥ (Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, με έδρα την οδό Αποστόλου Παύλου 12, Μαρούσι Αττική, Τ.Κ. 151 23, www.eopyy.gov.gr, τηλ. 210 8110500).
2. Σκοπός Επεξεργασίας: Τα προσωπικά σας δεδομένα συλλέγονται αποκλειστικά για την διαχείριση του αιτήματός σας κατόπιν αιτήσεώς σας και δεν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για άλλους λόγους.
3. Ποια προσωπικά σας δεδομένα συλλέγουμε: Για τις ανάγκες της διαχείρισης του αιτήματός σας ο Οργανισμός συλλέγει τα απολύτως απαραίτητα κατά περίπτωση προσωπικά δεδομένα (δικά σας ή των έμμεσων μελών που ασφαρίζετε), όπως όνομα, επώνυμο, ηλεκτρονική Διεύθυνση, τηλέφωνο επικοινωνίας, ΑΜΚΑ, κ.ά. Τα προσωπικά σας δεδομένα που επεξεργαζόμαστε είναι τα ελάχιστα απαιτούμενα προκειμένου να εξυπηρετήσουμε το αίτημά σας.
4. Νομική Βάση Επεξεργασίας των δεδομένων: Επεξεργαζόμαστε προσωπικά σας δεδομένα, μόνο εφόσον μας έχετε παράσχει μέσω της παρούσας αιτήσεώς σας συγκεκριμένη, ρητή και ελεύθερη συναίνεση για τον συγκεκριμένο σκοπό (άρθρο 6 παρ. 1 εδ. α' (ΓΚΠΔ)).
5. Χρονικό διάστημα αποθήκευσης των δεδομένων σας: Η Υπηρεσία μας διατηρεί τα στοιχεία σας για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται για την ολοκλήρωση της εξυπηρέτησης του αιτήματός σας. Η Υπηρεσία μας διατηρεί τα στοιχεία σας για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται νομικά από την οριζόμενη Νομοθεσία τήρησης αυτών.
6. Αποδέκτες: Τα προσωπικά σας δεδομένα ενδέχεται να διαβιβαστούν σε εξωτερικά μέρη στα πλαίσια της διαχείρισης του αιτήματός σας.
7. Τα δικαιώματά σας: Τα δικαιώματά σας, που μπορείτε να υποβάλετε στον Οργανισμό μας για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων, είναι: α) υποβολή αιτήματος για ενημέρωση, πρόσβαση, διόρθωση ή διαγραφή των προσωπικών σας δεδομένων ή περιορισμό της επεξεργασίας τους, β) εναντίωση στην επεξεργασία τους, γ) φορητότητα των δεδομένων σας, δ) δικαίωμα ανάκλησης της συγκατάθεσης.

Για οποιοδήποτε θέμα αφορά στην επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να επικοινωνήσετε απευθείας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (DPO) του Οργανισμού μας, εταιρεία «Πρωτοθμένα Συστήματα Εξυπηρέτησης Ε.Π.Ε.» στο e-mail dpo@eopyy.gov.gr, τηλ. 2106216997.

Για οποιαδήποτε παράβαση αφορά την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων, έχετε το δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλ.: +30-210 6475600, www.dpa.gr.

Για την πλήρη ενημέρωσή σας αναφορικά με την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων από τον Οργανισμό μας παρακαλούμε ανατρέξετε στο <https://www.eopyy.gov.gr/ConditionsOfUse>.

Σε συνέχεια των ως άνω, δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί πλήρως για τους όρους της επεξεργασίας των προσωπικών μου δεδομένων κατά τις επιταγές του Κανονισμού ΕΕ (2016/679) και ότι ελεύθερα, ρητά και με πλήρη επίγνωση παρέχω την συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων. Τέλος, δηλώνω ότι γνωρίζω ότι δικαιούμαι οποτεδήποτε να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεσή μου ή να γνωστοποιήσω οποιαδήποτε αλλαγή στα προσωπικά μου δεδομένα ή να ασκήσω οποιοδήποτε άλλο από τα δικαιώματα που μου παρέχει ο Κανονισμός ΕΕ (2016/679).

Υπογραφή

Ημερομηνία

Χρήσιμες πληροφορίες για τη συμπλήρωση της αίτησης

Διασυννοιακή υγειονομική περίθαλψη εντός ΕΕ/ΕΟΧ/ Ελβετίας

A. Σε δημόσιο ή ιδιωτικό συμβεβλημένο με το δημόσιο σύστημα υγείας πάροχο υπηρεσιών υγείας

1. Με χρήση ενωσιακού εντύπου S2 κατόπιν προηγούμενης έγκρισης ΕΟΠΥΥ - Κανονισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΚ) 883/2004 και 987/2009

Ο ασφαλισμένος ΕΟΠΥΥ έχει τη δυνατότητα να ταξιδέψει σε οποιαδήποτε χώρα της ΕΕ/ΕΟΧ¹ ή στην Ελβετία, με σκοπό την πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, η οποία αναφέρεται ως προγραμματισμένη περίθαλψη (άρθρο 20 του Κανονισμού (ΕΚ) 883/2004) κατόπιν έγκρισης υγειονομικού οργάνου. Η περίθαλψη θεωρείται προγραμματισμένη ακόμα και όταν σκοπίμως συνδυάζεται με διακοπές εφόσον η περίθαλψη θα μπορούσε να ληφθεί πριν ή να αναβληθεί για μετά τις διακοπές.

Με την έγκριση ΕΟΠΥΥ και την έκδοση του ενωσιακού εντύπου S2, ο ασφαλισμένος λαμβάνει περίθαλψη στο εξωτερικό σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία της χώρας περίθαλψης. Ο ΕΟΠΥΥ θα αναλάβει την αποζημίωση των σχετικών δαπανών. Αμοιβές ιατρών που δεν καλύπτονται από τα έντυπα S2, καθώς και τυχόν συμμετοχή του ασθενή, που προβλέπεται από την εσωτερική νομοθεσία της χώρας περίθαλψης, δεν αποδίδονται από τον ΕΟΠΥΥ.

2. Για χώρες εντός ΕΕ/ΕΟΧ στο πλαίσιο της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ (ν. 4213/13)

Για τις περιπτώσεις νοσηλείας ή εξειδικευμένων/ειδικών θεραπειών, εκτός των υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης και μεταμοσχεύσεων, που περιλαμβάνονται στις παροχές ΕΚΠΥ, ο ΕΟΠΥΥ δύναται να χορηγήσει προηγούμενη έγκριση για παροχή της περίθαλψης σε κράτος-μέλος ΕΕ/ΕΟΧ, ιδιαίτερα όταν η περίθαλψη δεν μπορεί να παρασχεθεί στην Ελλάδα εντός ιατρικώς αποδεκτού χρόνου. Ο ασφαλισμένος πληρώνει το κόστος της εγκεκριμένης περίθαλψης στο εξωτερικό και στη συνέχεια αιτείται την επιστροφή των εξόδων από τον ΕΟΠΥΥ όταν επιστρέψει. Το ύψος της αποζημίωσης θα είναι ίσο με το κόστος της περίθαλψης εάν αυτή είχε ληφθεί στην Ελλάδα.

Η Οδηγία 2011/24/ΕΕ δεν εφαρμόζεται για περίθαλψη στην Ελβετία.

B. Περίθαλψη σε χώρα εντός ΕΕ/ΕΟΧ/Ελβετία σε αμινώς ιδιωτικό πάροχο υγειονομικής περίθαλψης χωρίς αποδοχή εντύπου S2

Ο ΕΟΠΥΥ δύναται να εγκρίνει προγραμματισμένη περίθαλψη σε ιδιωτικό πάροχο σε κράτος-μέλος της ΕΕ/ ΕΟΧ και Ελβετία σε δύο περιπτώσεις:

1. Κατ' εφαρμογή του άρθρου 29 παρ. 3γ του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ)

- ▶ Σε κράτος-μέλος της ΕΕ/ΕΟΧ και την Ελβετία.
- ▶ Μόνο για περιστατικά τα οποία χρήζουν αναγκαίας και επείγουσας αντιμετώπισης με τυχόν καθυστέρηση να εγκυμονεί κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του/της ασθενούς, και η διαχείριση των περιστατικών είναι δυνατή μόνο σε εξειδικευμένα κέντρα του εξωτερικού τα οποία δεν αποδέχονται το ενωσιακό έντυπο (S2).
- ▶ Ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει τις δαπάνες περίθαλψης σύμφωνα με τα προσκομιζόμενα τιμολόγια της νοσηλείας και με συμμετοχή του ασφαλισμένου σε ποσοστό 20% ανεξαρτήτως παθήσεως και 10% στην περίπτωση νοσηλείας παιδιών έως και δεκαέξι (16) ετών επί των τιμολογίων.

2. Κατ' εφαρμογή του άρθρου 30 (Οδηγία 2011/24/ΕΕ, ν.4213/13) του ΕΚΠΥ

- ▶ Σε κράτος-μέλος της ΕΕ/ΕΟΧ. Η Οδηγία δεν εφαρμόζεται στην Ελβετία.
- ▶ Μόνο για περιπτώσεις νοσηλείας ή εξειδικευμένων/ειδικών θεραπειών, που περιλαμβάνονται στις παροχές ΕΚΠΥ εξαιρουμένων των υπηρεσιών μακροχρόνιας περίθαλψης και μεταμοσχεύσεων. Οι λοιπές παροχές ΕΚΠΥ δεν απαιτούν προηγούμενη έγκριση ΕΟΠΥΥ.
- ▶ Ο ασφαλισμένος πληρώνει για την εγκεκριμένη περίθαλψη και εν συνεχεία αποζημιώνεται έως το ύψος του ποσού που θα είχε καλύψει ο ΕΟΠΥΥ, εάν η περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο ελληνικό έδαφος, χωρίς το ποσό κάλυψης των δαπανών να υπερβαίνει τα πραγματικά έξοδα της περίθαλψης που έλαβε ο ασφαλισμένος.

Διασυννοιακή υγειονομική περίθαλψη εκτός ΕΕ/ΕΟΧ/Ελβετίας (Λοιπές χώρες)

Η προγραμματισμένη νοσηλεία σε χώρα εκτός ΕΕ/ΕΟΧ και Ελβετίας, δύναται να εγκριθεί:

- ▶ Μόνο στην περίπτωση που το συγκεκριμένο περιστατικό δεν αντιμετωπίζεται σε χώρα της ΕΕ/ΕΟΧ/Ελβετία.
- ▶ Εάν το περιστατικό αντιμετωπίζεται μεν σε χώρα της ΕΕ/ΕΟΧ/Ελβετία αλλά ο ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευθεί σε άλλη ευρωπαϊκή ή μη χώρα, τότε ο Οργανισμός καλύπτει το 20% του συνόλου των δαπανών νοσηλείας, μετάβασης/επιστροφής και διαμονής-διατροφής ασθενούς ή και συνοδού, κατόπιν νομίμως υποβληθέντων παραστατικών.
- ▶ Δαπάνες νοσηλείας ασφαλισμένων σε ιδιωτικά θεραπευτήρια εκτός ΕΕ/ΕΟΧ/Ελβετίας αποδίδονται σύμφωνα με τα προσκομιζόμενα τιμολόγια της νοσηλείας και με συμμετοχή του ασφαλισμένου σε ποσοστό 10%, ανεξαρτήτως παθήσεως και ηλικίας.
- ▶ Ειδικότερα, για τις λοιπές χώρες εκτός ΕΕ/ΕΟΧ/Ελβετίας ο ΕΟΠΥΥ δύναται να εγκρίνει εκ των υστέρων έκτακτη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια (νοσοκομειακή) περίθαλψη ασφαλισμένου λόγω βίαιου, αιφνιδιαστικού και αναπότρεπτου συμβάντος.

Να γνωρίζετε ότι:

- ▶ Αίτημα για παροχή προγραμματισμένης περίθαλψης εντός και εκτός ΕΕ μπορεί να εξεταστεί και εγκριθεί εκ των υστέρων εφόσον πληρούνται οι σχετικές προϋποθέσεις.
- ▶ Συμμετοχή ασθενούς/δικαιούχου για εγκεκριμένη παροχή περίθαλψης στο εξωτερικό:
 - Προγραμματισμένη περίθαλψη σε ιδιωτικό πάροχο εντός ΕΕ: Ποσοστό 20%
 - Προγραμματισμένη περίθαλψη παιδιού έως 16 ετών συμπληρωμένα σε ιδιωτικό πάροχο εντός ΕΕ: Ποσοστό 10%
 - Προγραμματισμένη περίθαλψη εκτός ΕΕ: Ποσοστό 10%

¹ Κράτη-μέλη ΕΕ: Αυστρία, Βέλγιο, Βουλγαρία, Κροατία, Κύπρος, Τσεχία, Δανία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ιταλία, Λετονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Ολλανδία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβενία, Σλοβενία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία / Ηνωμένο Βασίλειο (μεταβατικό στάδιο έως 31/12/2020).
Κράτη-μέλη ΕΟΧ: ΕΕ+Νορβηγία, Λιχτενστάιν, Ισλανδία

- Έκτακτη περίθαλψη εκτός ΕΕ: Ποσοστό 10%
 - Αμοιβές γιατρού κατ' επιλογή του ασθενούς για προγραμματισμένη περίθαλψη εντός ΕΕ σε νοσηλευτικό ίδρυμα το οποίο αποδέχεται το ενωσιακό έντυπο S2 δεν αποδίδονται από τον ΕΟΠΥΥ
 - Δαπάνες συμμετοχής του ασθενούς προβλεπόμενες από την εθνική νομοθεσία του κράτους – μέλους ΕΕ παροχής της περίθαλψης δεν αποδίδονται από τον ΕΟΠΥΥ
- ▶ Δαπάνες περίθαλψης για μεταμόσχευση καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ και για τον δυνητικό δότη.
- ▶ Δαπάνες περίθαλψης για προμεταμοσχευτικό έλεγχο, μεταμόσχευση και μετα-μεταμοσχευτικούς ελέγχους καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε ποσοστό 100%.
- ▶ Το αίτημα πρέπει να υποβάλλονται τουλάχιστον 20 εργάσιμες ημέρες προ της ημέρας λήψης της περίθαλψης προκειμένου να τεθεί υπόψη του αρμόδιου υγειονομικού οργάνου ΕΟΠΥΥ, το οποίο γνωμοδοτεί για κάθε αίτημα υγειονομικής περίθαλψης εκτός Ελλάδας λαμβάνοντας υπόψη και τον αναγκαίο χρόνο διοικητικής διαχείρισης των αιτημάτων.
- ▶ Στην περίπτωση που ασφαλισμένος καταθέτει αίτημα σε ασφυκτικές προθεσμίες (π.χ. ιατρικό ραντεβού σε νοσοκομείο του εξωτερικού εντός λίγων ημερών από την κατάθεση του αιτήματος) λόγω άμεσης και επείγουσας ανάγκης αντιμετώπισης της πάθησής του, η διοικητική διαδικασία έγκρισης δύναται να επισπευσθεί κατά το δυνατόν.
- ▶ Η κατάθεση αιτήματος δεν συνεπάγεται συγκατάθεση του ΕΟΠΥΥ για την εισαγωγή ασθενή σε νοσοκομείο του εξωτερικού σε ανειλημμένη ημερομηνία ή έγκριση για την ανάληψη των σχετικών δαπανών.
- ▶ 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.
- ▶ Η Υπηρεσία ή το υγειονομικό όργανο δύναται να ζητήσει συμπληρωματικά δικαιολογητικά προκειμένου να διευκολυνθεί στο έργο της ιατρικής κρίσης και της έγκρισης/αποζημίωσης των δαπανών για τις χορηγηθείσας ιατρικές ή λοιπές πράξεις.
- ▶ Ατομικά αιτήματα αποζημίωσης παροχών ΕΟΠΥΥ παραγράφονται, εφόσον δεν υποβληθούν στην αρμόδια Διεύθυνση ΕΟΠΥΥ με την προσκόμιση των απαιτούμενων δικαιολογητικών εντός εξαμήνου από την έκδοση του φορολογικού παραστατικού, εκτός ειδικών περιπτώσεων ανωτέρας βίας ή υπαιτιότητας του Οργανισμού.
- ▶ Η αίτηση που υποβάλλεται ηλεκτρονικά έχει τη μορφή συνημμένου στο ηλεκτρονικό μήνυμα εγγράφου υπογεγραμμένου με εγκεκριμένη ψηφιακή υπογραφή ή με θεωρημένο γνήσιο υπογραφής μέσω των ηλεκτρονικών εφαρμογών "Ψηφιακή Βεβαίωση εγγράφου" ή "Ψηφιακή βεβαίωση ιδιωτικού συμφωνητικού" της Ενιαίας Ψηφιακής Πύλης του δημοσίου (ΕΨΠ-gov.gr)

Για περισσότερες πληροφορίες και βοήθεια, μπορείτε να απευθύνεστε σε:

- Στις Περιφερειακές Διευθύνσεις (ΠΕΔΙ) ΕΟΠΥΥ <https://eopyy.gov.gr/sites/ALL>
- Στη Διεύθυνση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων ΕΟΠΥΥ
 - Τμήμα Προγραμματισμένης Περίθαλψης σε ΕΕ και σε Λοιπές χώρες (d12.t4@eopyy.gov.gr Τηλ.: 2108110928-29-30-31)
 - Εθνικό Σημείο Επαφής Διασυνοριακής Περίθαλψης (d12.t5@eopyy.gov.gr Τηλ.: 2108110935-36)
- <https://eu-healthcare.eopyy.gov.gr>

Πρόσβαση σε προγραμματισμένη περίθαλψη στο εξωτερικό Κατάλογος ελέγχου

ΙΟΥΝΙΟΣ 2024



Ως κάτοικος της ΕΕ, της Ισλανδίας, του Λιχτενστάιν ή της Νορβηγίας (ΕΕ/ΕΟΧ) με κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης, έχετε το δικαίωμα πρόσβασης σε ιατρική περίθαλψη σε οποιαδήποτε άλλη χώρα της ΕΕ/ΕΟΧ. Η χώρα ασφάλισής σας θα καλύψει ένα μέρος ή το σύνολο των ιατρικών εξόδων σας.

Αυτός ο εύχρηστος κατάλογος ελέγχου θα σας βοηθήσει να αποφασίσετε και να προετοιμαστείτε για το ταξίδι σας.

Απευθυνθείτε στο εθνικό σημείο επαφής της χώρας σας, προκειμένου να ενημερωθείτε για τα δικαιώματά σας ως ασθενείς και να μάθετε ό,τι χρειάζεται σχετικά με τα απαιτούμενα έγγραφα και τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθηθούν.

Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στις [Συχνές ερωτήσεις](#) για τους εξερχόμενους ασθενείς. Μπορείτε να βρείτε [εδώ](#) πληροφορίες σχετικά με τους κανόνες συντονισμού των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, ειδικά όσον αφορά το Ηνωμένο Βασίλειο.

ΠΡΙΝ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΤΕ ΝΑ ΛΑΒΕΤΕ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ...



1. Απευθυνθείτε στα εθνικά σημεία επαφής της χώρας σας, τα οποία θα σας βοηθήσουν να κατανοήσετε τους κανόνες της ΕΕ που διέπουν την πρόσβαση σε περίθαλψη στο εξωτερικό και να επιλέξετε την καταλληλότερη θεραπεία για την περίπτωση σας.

- ▶ Οι κανονισμοί περί κοινωνικής ασφάλισης (ΕΚ) αριθ. 883/2004 και 987/2009 διέπουν την πρόσβαση σε δημόσιους ή συμβεβλημένους ιδιωτικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης τόσο για προγραμματισμένη όσο και για έκτακτη περίθαλψη στο εξωτερικό. Βάσει αυτών των Κανονισμών, μπορείτε να λάβετε περίθαλψη σε χώρα του εξωτερικού επί ίσοις όροις με τους/τις ασφαλισμένους/ους αυτής της χώρας (δωρεάν, σε ορισμένες χώρες). Αν οι τελευταίοι πρέπει να πληρώσουν για την περίθαλψη, θα ζητηθεί και από εσάς να καταβάλετε το αντίστοιχο ποσό, και στη συνέχεια να λάβετε επιστροφή των εξόδων σας σύμφωνα με τους κανόνες και τους τιμοκαταλόγους που ισχύουν στη χώρα παροχής της περίθαλψης. Για την πρόσβαση σε προγραμματισμένη περίθαλψη, απαιτείται προέγκριση (έντυπο S2) από τον εθνικό ασφαλιστικό φορέα της χώρας ασφάλισής σας. Η πρόσβαση σε έκτακτη, αναγκαία περίθαλψη είναι δυνατή με τη χρήση της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (ΕΚΑΑ).
- ▶ Η Οδηγία 2011/24/ΕΕ διευρύνει τις επιλογές περίθαλψης στο εξωτερικό καθιστώντας δυνατή την πρόσβαση σε οποιονδήποτε ιδιωτικό ή δημόσιο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, συνήθως θα πρέπει να προκαταβάλετε το σύνολο των εξόδων, και στη συνέχεια να καταθέσετε αίτηση επιστροφής των εξόδων, με βάση την κλίμακα αποζημιώσεων και τις διαδικασίες επιστροφής εξόδων της χώρας ασφάλισής σας, εφόσον δικαιούστε τις σχετικές υπηρεσίες υγείας στη χώρα σας. Αποφύγετε τα απρόβλεπτα έξοδα — ρωτήστε το εθνικό σημείο επαφής της χώρας σας σχετικά με τις διαδικασίες επιστροφής εξόδων.



2. Κατανοήστε τη θεραπεία.

- ▶ Λεπτομέρειες ιατρικής διαχείρισης/διαδικασίας
- ▶ Αναμενόμενα αποτελέσματα
- ▶ Ενδεχόμενοι κίνδυνοι
- ▶ Εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές, αν υπάρχουν



3. Κατανοήστε τις απαιτήσεις που σχετίζονται με την παραπομπή, τα κόστη και την επιστροφή εξόδων.

Θα πρέπει να συνυπολογίσετε τα προβλεπόμενα έξοδα, όπως αυτά που σχετίζονται με τη μετάφραση, τη συνέχιση της θεραπείας, τη μετακίνηση και τη διαμονή, τον επαναπατρισμό ή τη μεταφορά, τη θεραπεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο.



4. Επιβεβαιώστε τις βασικές πληροφορίες του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης στο εξωτερικό.

- ▶ Διαθέτει έγκυρη άδεια άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος;
- ▶ Είναι εξουσιοδοτημένος να παρέχει υπηρεσίες οι οποίες καλύπτονται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης;
- ▶ Ποια πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας τηρεί;



5. Μη διστάζετε να ρωτάτε για όσες απορίες έχετε!

Ασκήστε **το δικαίωμά σας στη συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης**: Συγκεντρώστε όλες τις πληροφορίες που χρειάζεστε, ώστε να λάβετε την καλύτερη δυνατή απόφαση για εσάς ή για το αγαπημένο σας πρόσωπο.



ΠΡΙΝ ΜΕΤΑΒΕΙΤΕ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ...



1. Ελέγξτε τις απαιτήσεις προέγκρισης.

- ▶ Απαιτείται προέγκριση (πάντοτε δυνάμει των Κανονισμών περί κοινωνικής ασφάλισης, ενίοτε και βάσει της Οδηγίας);
- ▶ Ποια είναι η διαδικασία για την υποβολή αίτησης έγκρισης;
- ▶ Ποιος είναι ο εκτιμώμενος χρόνος απάντησης;



2. Κατανοήστε τις διαδικασίες επιστροφής εξόδων.

Μάθετε πού υποβάλλονται οι αιτήσεις, ποια δικαιολογητικά απαιτούνται, ποια είναι η προθεσμία για να υποβάλετε την αίτηση επιστροφής εξόδων.



3. Κατανοήστε τα δικαιώματά σας όσον αφορά την προσφυγή ή την υποβολή καταγγελίας.

- ▶ Προσφύγετε κατά των αποφάσεων προέγκρισης και επιστροφής εξόδων.
- ▶ Υποβάλετε **καταγγελία στο κράτος περίθαλψης και ζητήστε επανόρθωση** αν υποστείτε βλάβη ως συνέπεια της περίθαλψης, που λάβατε στο εξωτερικό



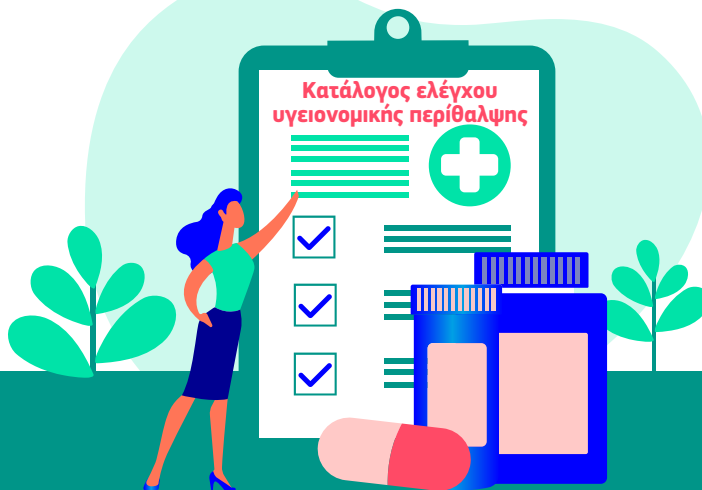
4. Προσκομίστε τον ιατρικό φάκελο στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης στο εξωτερικό.

Ο πάροχος υγειονομικής περίθαλψης στο εξωτερικό πρέπει να γνωρίζει το ιατρικό ιστορικό σας πριν σας χορηγήσει οποιαδήποτε περίθαλψη. Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε από τον γιατρό/πάροχο υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα ασφάλισής σας να σας προσκομίσει τον ιατρικό φάκελό σας.



5. Φροντίστε να εξασφαλίσετε υπηρεσίες διερμνείας και μετάφρασης των δικαιολογητικών.

Συνήθως, βαρύνεστε εσείς με την κάλυψη αυτών των εξόδων. Ελέγξτε αν πρέπει να μεταφράσετε τον ιατρικό φάκελο για τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης που θα σας χορηγήσει την περίθαλψη.



ΠΡΙΝ ΕΠΙΣΤΡΕΨΕΤΕ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΣΑΣ...



1. Βεβαιωθείτε ότι έχετε πρόσβαση σε όλα τα σχετικά έγγραφα τεκμηρίωσης.

- ▶ **Περίθαλψη:** διάγνωση, λεπτομέρειες περίθαλψης όπως χορηγούμενα φάρμακα/αναισθησία, αποτελέσματα εξετάσεων και ιατρικές γνωματεύσεις, συνταγές, συνέχιση θεραπειάς κ.α.
- ▶ **Επιστροφή εξόδων:** αποδείξεις/τιμολόγια και όλα τα άλλα παραστατικά όπου καταγράφονται αναλυτικά τα έξοδα, μαζί με τα έγγραφα τεκμηρίωσης που αφορούν στην περίθαλψη όταν έχετε πληρώσει και πρόκειται να αιτηθείτε επιστροφή δαπανών.



2. Οργανώστε τη συνέχιση της περίθαλψης.

- ▶ Διαβιβάστε τον ιατρικό φάκελό σας στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα σας.
- ▶ Μεριμνήστε ώστε να μεταφραστούν τα έγγραφα, εάν είναι αναγκαίο.
- ▶ Βεβαιωθείτε ότι η συνταγή σας περιλαμβάνει τις ελάχιστες απαιτούμενες πληροφορίες σύμφωνα με ό,τι ισχύει για τις διασυνοριακές συνταγές.

Για πληροφορίες στην Ελλάδα, επικοινωνείτε με το Εθνικό Σημείο Επαφής

Τηλέφωνο: 210 8110935-6

Email: ncp_gr@eopyy.gov.gr

Website: <https://eu-healthcare.eopyy.gov.gr>

Για πληροφορίες στην Κύπρο, επικοινωνείτε με το Εθνικό Σημείο Επαφής

Τηλέφωνο: 0035 722 605 4007

Email: ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy

Website: <https://www.moh.gov.cy/moh/cbh/cbh.nsf/>

ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ



[Your Europe:](#)
[Υγεία](#)



[Ευρωπαϊκή](#)
[κάρτα ασφάλισης](#)
[ασθένειας](#)



[Εγχειρίδιο για](#)
[ασθενείς σχετικά](#)
[με την πρόσβαση](#)
[σε υγειονομική](#)
[περίθαλψη σε](#)
[οποιαδήποτε χώρα](#)
[της ΕΕ/ΕΟΧ](#)



[Εθνικά](#)
[σημεία επαφής](#)



ΑΠΟΦΥΓΕΤΕ ΑΥΤΑ ΤΑ ΔΕΚΑ
ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΛΑΘΗ
ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ
ΣΕ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ!

© Ευρωπαϊκή Ένωση, 2023

Η περαιτέρω χρήση του παρόντος εγγράφου επιτρέπεται, υπό τον όρο ότι αναφέρεται η πηγή και επισημαίνονται τυχόν αλλαγές (βάσει της άδειας Creative Commons Attribution 4.0 International). Για οποιαδήποτε χρήση ή αναπαραγωγή στοιχείων που δεν ανήκουν στην ΕΕ, ενδέχεται να απαιτείται άδεια απευθείας από τους κατόχους των σχετικών δικαιωμάτων.

Τα δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας (©) όλων των εικόνων ανήκουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά. Σχέδιο εγγράφου καταρτισμένο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στο πλαίσιο του προγράμματος EU4Health για το 2023 (Ειδική Σύμβαση 2023 P3 01). Η αναπαραγωγή υπόκειται σε περιορισμούς. Το τελικό έγγραφο πρόκειται να καταχωριστεί και να δημοσιευτεί το 2025.