

Αγορά Φαρμάκων

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση Παρόχων Υγειονομικής Περίθαλψης
2. Κατάσταση συνταγών (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Τιμολόγιο Αγοράς με σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη, καθώς και ορθή αναγραφή των στοιχείων του ασφαλιστικού μας φορέα (Επωνυμία: Υπουργείο Ναυτιλίας & Νησιωτικής Πολιτικής/ Αρχηγείο Λιμενικού Σώματος Ελληνικής Ακτοφυλακής, Διεύθυνση: Ακτή Βασιλειάδη Πύλη Ε1-Ε2, Τ.Κ. 185 10 Πειραιάς, Α.Φ.Μ:997881842, Δ.Ο.Υ: Ε' Πειραιά).
5. Εντολές όπου στο μπροστινό μέρος υπάρχει σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, ενώ στο πίσω μέρος τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «ο εκτελέσας την εντολή» από το φαρμακείο.
6. Κουπόνια Φαρμάκων επικολλημένα επί των εντολών

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Συμμετοχή

Τα φάρμακα χορηγούνται στους ασφαλισμένους με **συμμετοχή 25%** επί της διατιμημένης αξίας. Με συμμετοχή 10% επί της διατιμημένης αξίας του φαρμάκου ή με μηδενική συμμετοχή χορηγούνται φάρμακα για την αντιμετώπιση ή θεραπεία των χρόνιων παθήσεων, ως εξής:

**α) Δέκα (10%) συμμετοχή** για τους πάσχοντες από: Νόσο του Parkinson και δυστονίες, άποιο διαβήτη, χρόνια ρευματική βαλβιδοπάθεια και λοιπές βαλβιδοπάθειες, χρόνια πνευμονική καρδιοπάθεια και συγγενή καρδιοπάθεια, μυασθένεια, φυματίωση, κληρονομικό αγγειοίδημα, συγγενή ιχθύαση, νόσο του WILSON, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, επιληψία και λοιπές επιληπτικές καταστάσεις, αγγειοπάθεια BURGER, άνοια, νόσο Alzheimer και νόσο Charcot.

**β) Μηδενική (0%) συμμετοχή** για τους πάσχοντες από: νεοπλάσματα όλων των συστημάτων και λευχαιμιών, σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, ψυχώσεις (όσον αφορά τα αντιψυχωτικά φάρμακα και όχι τα αντικαταθλιπτικά), μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική και μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία, ομόζυγη μεσογειακή αναιμία, ενδιάμεση μεσογειακή αναιμία και ομόζυγη δρεπανοκυτταρική αναιμία, ιδιοπαθή αιμολυτική αναιμία- θρομβοπενική πορφύρα, νυχτερινή παροξυσμική αιμοσφαιρινουρία, αιμορροφιλία (αντιαιμορροφιλικοί παράγοντες), υποφουσιογενή νανισμό (αυξητική ορμόνη), κυστική ίνωση (κυστική ινώδη νόσο, ινοκυστική νόσο), χρόνια ηπατίτιδα Β και C, νόσο Wilson (ηπατοφακοειδή εκφύλιση), γλυκογονίαση γλυκογονίαση τύπου IB, νόσο Gaucher, έλλειψη ορνιθο-καρβαμυλο-τρανσφεράση, χρόνια νεφρική νόσο, στάδιο 3 και 4, νεφρική ανεπάρκεια, που

υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, νόσο Niemann–Pick τύπου C, υπερφαινουλαλιναιμία, σκλήρυνση κατά πλάκα.

Δεν καταβάλλουν συμμετοχή για όλα τα φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της κατάστασής τους, οι μεταμοσχευθέντες συμπαγών ή ρευστών οργάνων και ιστών, καθώς και οι παραπληγικοί και τετραπληγικοί.

Δεν καταβάλλουν συμμετοχή οι πάσχοντες από το σύνδρομο ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), για τα αντιρρετροϊκά φάρμακα.

Δεν καταβάλλεται συμμετοχή για φάρμακα που χορηγούνται κατά την περίοδο κύησης και λοχείας, καθώς και για τον υποχρεωτικό εμβολιασμό, βάσει του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμού, όπως ισχύει κάθε φορά.

## **2. Θεώρηση συνταγής**

α) Σε περίπτωση αγοράς φαρμάκων με χρηματική αξία ίση και άνω των εκατό πενήντα ευρώ (150 €) είναι απαραίτητη η θεώρηση της εντολής από ελεγκτή ιατρό εντός πέντε (05) εργάσιμων ημερών από τη συνταγογράφηση και η αναγραφή σε αυτή του Α.Μ.Κ.Α. του ιατρού και του ασθενούς.

β) Σε περίπτωση επαναλαμβανόμενης συνταγής είναι απαραίτητη η θεώρηση της εντολής από ελεγκτή ιατρό εντός πέντε (05) εργάσιμων ημερών από τη συνταγογράφηση και η αναγραφή σε αυτή του Α.Μ.Κ.Α. του ιατρού και του ασθενούς.

γ) Σε περίπτωση μερικής εκτέλεσης της συνταγής είναι απαραίτητη η θεώρηση της εντολής από ελεγκτή ιατρό εντός πέντε (05) εργάσιμων ημερών από τη συνταγογράφηση.

## **3. Εκτέλεση συνταγής**

Η συνταγή των φαρμάκων πρέπει να εκτελείται εντός πέντε (05) εργάσιμων ημερών ή σε διάστημα οχτώ (08) εργάσιμων ημερών, σε περίπτωση μερικής εκτέλεσης της συνταγής και μόνο έπειτα από θεώρηση του ελεγκτή ιατρού. Στην περίπτωση μερικής εκτέλεσης, στο πίσω μέρος της συνταγής αναγράφονται τα φάρμακα που δεν παραδόθηκαν και τίθεται η χρονολογία και η υπογραφή του φαρμακοποιού και του ασφαλισμένου.

## **4. Χορηγούμενη ποσότητα**

Η χορηγούμενη ποσότητα φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων δεν μπορεί να υπερβαίνει το όριο των τριάντα (30) ημερών θεραπείας.

5. Η καταβολή από 01-01-2014 του ποσού του ενός (01) ευρώ ανά συνταγή που εκτελείται στα φαρμακεία, τυγχάνει εφαρμογής μόνο για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ και δεν ισχύει για τις συνταγές των ασφαλισμένων του Λιμενικού Σώματος.

6. Για όλες τις θεραπευτικές κατηγορίες της θεραπευτικής λίστας εφαρμόζεται η καθολική και υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία.

7. Στις περιπτώσεις αγοράς φαρμάκων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι απαραίτητη η συνυποβολή αντιγράφου προηγηθείσης γνωμάτευσης ΑΝ.Υ.Ε.

## 8. Επαναλαμβανόμενη συνταγή

Για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις<sup>1</sup> και ακολουθούν σταθερή θεραπευτική αγωγή, επιτρέπεται η χορήγηση επαναλαμβανόμενης συνταγής με αγωγή (θεωρημένη από τον αρμόδιο ελεγκτή ιατρό).

### α) έως δύο (02) μηνών.

Για τη συνταγή χρησιμοποιείται ένα φύλλο του συνταγολογίου με την ποσότητα των φαρμάκων που καλύπτει η θεραπευτική αγωγή των αντίστοιχων ημερών.

### β) έως έξι (06) μήνες.

Η συνταγογράφηση πραγματοποιείται στο βιβλιάριο υγειονομικής περίθαλψης, χρησιμοποιώντας έως έξι (06) συνεχόμενες εντολές του συνταγολογίου, καθεμιά από τις οποίες αριθμείται από τον θεράποντα ιατρό, ο οποίος και αναγράφει σε αυτές τις εκτιμώμενες ημερομηνίες έναρξης και λήξης της εκτέλεσής τους, καθώς και τις λέξεις «επαναλαμβανόμενη\_συνταγή τετράμηνης ή πεντάμηνης ή εξάμηνης θεραπείας», ανάλογα με το είδος της θεραπείας.

---

#### 1 Παρατίθεται ενδεικτικός κατάλογος χρονίων παθήσεων:

- Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
- Πνευμονική Ίνωση
- Πνευμονοκονίαση
- Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια
- Μεταμόσχευση Νεφρών και λοιπών οργάνων
- Νόσος του Paget
- Οστεοπόρωση (πλην της καλσιτονίνης και των σκευασμάτων των Διφωσφονικών αλάτων που αναγράφονται σε απλή αγωγή)
- Εκφυλιστική οστεοαρθροπάθεια
- Νοσήματα καλλυγάνου (Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος, Σκληροδερμία και άλλα)
- Χρόνιες αρθρίτιδες
- Βιταμινοανθεκτική ραχίτιδα
- Χρόνιες αναιμίες και διαταραχές πήξεως
- Λεύκη
- Έκζεμα (ατοπική δερματίτιδα)
- Ψωρίαση
- Ιχθύαση
- Parkinson και λοιπά εκφυλιστικά νοσήματα Νευρικού Συστήματος
- Επιληψία
- Σκληρόνωση κατά πλάκας
- Ψυχωσικές διαταραχές (Σχιζοφρένεια κ.λπ.)
- Μανιοκαταθλιπτική Ψύχωση (Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή)
- Χρόνια ή υποτροπιάζουσα κατάθλιψη
- Χρόνιες Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές (Άνοιες κ.λπ.)
- Σακχαρώδης Διαβήτης
- Υπερθυρεοειδισμός
- Υποθυρεοειδισμός
- Νόσος Addison
- Νόσος Cushing
- Αδενουποφυσιακή ανεπάρκεια
- Αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα
- Υπερχοληστεριναίμια
- Υπερλιπιδαιμία
- Αρτηριακή Υπέρταση
- Στεφανιαία νόσος
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Καρδιακές αρρυθμίες
- Συγγενείς καρδιοπάθειες
- Αγγειοπάθειες
- Νόσος Crohn
- Ελκώδης κολίτιδα
- Χρόνια Παγκρεατίτιδα
- Γλαύκωμα
- Παθήσεις αιθουσαίου συστήματος (Νόσος Meniere κ.λπ.)
- Νεοπλασίες όλων των συστημάτων
- Φυματίωση
- HIV λοίμωξη.

Η κάθε εντολή εκτελείται χωριστά ανά μήνα από το φαρμακοποιό μέχρι και πέντε (05) μέρες νωρίτερα ή αργότερα από την αναγραφόμενη σε κάθε φύλλο ημερομηνία.

### **Αναλώσιμα Υγειονομικά Υλικά για την Αντιμετώπιση του Σακχαρώδους Διαβήτη**

#### **ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. Αίτηση Παρόχων Υγειονομικής Περίθαλψης
2. Κατάσταση συνταγών (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Τιμολόγιο Αγοράς με σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη, καθώς και ορθή αναγραφή των στοιχείων του ασφαλιστικού μας φορέα (*Επωνυμία: Υπουργείο Ναυτιλίας & Νησιωτικής Πολιτικής / Αρχηγείο Λιμενικού Σώματος Ελληνικής Ακτοφυλακής, Διεύθυνση: Ακτή Βασιλειάδη Πύλη Ε1-Ε2, Τ.Κ. 185 10 Πειραιάς, Α.Φ.Μ:997881842, Δ.Ο.Υ: Ε' Πειραιά*).
5. Εντολή Βιβλιαρίου Υγειονομικής Περίθαλψης (ΒΥΠ) συνταγογραφημένη και συμπληρωμένη ορθά από ιατρό αντίστοιχης ειδικότητας, στην οποία αναγράφεται το είδος, η ποσότητα των υλικών και το χρονικό διάστημα κάλυψης. Η εντολή θεωρείται από ελεγκτή ιατρό εντός τριών (03) εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία συνταγογράφησης. Δύναται δε, να αφορά και θεραπεία διμήνου, ή έως και εξαμήνου. Στην οπίσθια όψη της εντολής στο πεδίο «Ο εκτελέσας την εντολή» τίθεται σφραγίδα του Φαρμακείου και υπογραφή του Φαρμακοποιού που την εκτέλεσε.
6. Ιατρική γνωμάτευση θεράποντος ιατρού ισχύος έως ενός έτους, αντίγραφο της οποίας θα επισυνάπτεται υποχρεωτικά και θα συνοδεύει τη συνταγή. Στη γνωμάτευση θα αιτιολογείται η αναγκαιότητα χορήγησης του υλικού και θα αναγράφεται το είδος του διαβήτη, το είδος και ο αριθμός των απαιτούμενων ανά μήνα θεραπευτικών αναλωσίμων και η χρονική διάρκεια ισχύος.
7. Οι αυτοκόλλητες ταινίες γνησιότητας (bar-codes) επικολλημένες στο πίσω μέρος της εντολής.

#### **ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ**

1. Οι παραπάνω δαπάνες θα αποστέλλονται για έλεγχο ξεχωριστά στο ΥΠ.Ο.Υ.Ν.Τ/Α.ΛΣ-ΕΛ.ΑΚΤ/Υπηρεσία Υγειονομικού/Τμήμα 3ο με ξεχωριστό φάκελο και με ξεχωριστό διαβιβαστικό από τις δαπάνες φαρμάκων και με δικό τους τιμολόγιο οι οποίες θα καταλογίζονται σε βάρος του ΚΑΕ 0549 προϋπολογισμού Α.ΛΣ-ΕΛ.ΑΚΤ.
2. Οι εν ενεργεία στρατιωτικοί δεν καταβάλλουν συμμετοχή στις ανωτέρω δαπάνες. Τα έμμεσα μέλη καταβάλλουν 20% συμμετοχή στις περιπτώσεις διαβήτη τύπου II (σκαρφιστήρες, βελόνες, ταινίες μέτρησης κετονών), διαβήτη κύησης (ταινίες, σκαρφιστήρες, βελόνες), διαβήτη με διαιτητική αγωγή (ταινίες, σκαρφιστήρες), διαβήτη υπό θεραπευτική αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία (σκαρφιστήρες) πλην διαβήτη τύπου I.
3. Δεν καταβάλλουν συμμετοχή για το ανωτέρω Υγειονομικό Υλικό: Οι παραπληγικοί, οι τετραπληγικοί, οι νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία υποκατάστασης, ή έχουν υποβληθεί σε

μεταμόσχευση νεφρού, οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας, αυτοί που κάνουν χρήση αντλίας συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης, καθώς και οι υποβληθέντες σε μεταμόσχευση συμπαγών, ή ρευστών οργάνων και οι HIV θετικοί ασθενείς. Οι χρόνια πάσχοντες, για τη δαπάνη αγοράς των παρακάτω ειδών αναλώσιμου υγειονομικού υλικού: συρίγγων ινσουλίνης μιας χρήσης, βελονών φυσιγγοσυρίγγων, βελονών χορήγησης ινσουλίνης, και αναλωσίμων των συσκευών χορηγήσεως ινσουλίνης. Οι ινσουλινοθεραπευόμενοι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και οι πάσχοντες από σύνδρομο διαβήτη που ακολουθούν θεραπευτική αγωγή με χάπια για τη δαπάνη αγοράς ταινιών μέτρησης σακχάρου αίματος.

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. Αίτηση Παρόχων Υγειονομικής Περίθαλψης
2. Συγκεντρωτική -Αναλυτική Κατάσταση Ιατρικών Επισκέψεων και Πράξεων ανά μήνα και κατ' αύξουσα ημερομηνία (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών με σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη, καθώς και ορθή αναγραφή των στοιχείων του ασφαλιστικού μας φορέα (*Επωνυμία: Υπουργείο Ναυτιλίας & Νησιωτικής Πολιτικής / Αρχηγείο Λιμενικού Σώματος Ελληνικής Ακτοφυλακής, Διεύθυνση: Ακτή Βασιλειάδη Πύλη Ε1-Ε2, Τ.Κ. 185 10, Πειραιάς, Α.Φ.Μ: 997881842, Δ.Ο.Υ: Ε' Πειραιά*).
5. Εντολές όπου στο μπροστινό μέρος υπάρχει διάγνωση, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού

2

Στην έννοια της ιατρικής επίσκεψης περιλαμβάνεται η κλινική εξέταση ασθενούς από ιατρό δηλαδή το σύνολο των καθιερωμένων από την κλινική διαγνωστική διαδικασιών και χειρισμών, που σκοπό έχουν την αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς και τον κατ' αρχήν προσδιορισμό της νόσου. Ειδικότερα περιλαμβάνει πλήρη λήψη ιστορικού, αντικειμενική εξέταση κατά συστήματα με εφαρμογή των καθιερωμένων ανά ιατρική ειδικότητα ειδικών διαγνωστικών χειρισμών, εντολή εκτέλεσης παρακλινικών εξετάσεων για την τεκμηρίωση της διάγνωσης, εφόσον κριθεί απαραίτητο και τέλος τη συνταγογράφηση της συνιστώμενης θεραπείας.

Για τις παρακάτω ιατρικές ειδικότητες στην έννοια της ιατρικής επίσκεψης περιλαμβάνονται επί πλέον οι ακόλουθες αναφερόμενες διαγνωστικές τεχνικές:

**Αγγειοχειρουργική εξέταση**

Επιπλέον της κλινικής εξέτασης αδρός έλεγχος αιματικής ροής σε αρτηρίες και φλέβες άνω και κάτω άκρων με απλή συσκευή υπερήχων (Doppler).

**Γαστρεντερολογική εξέταση**

Επιπλέον της κλινικής εξέτασης, δακτυλική εξέταση ορθού.

**Γυναικολογική εξέταση**

Επιπλέον της κλινικής εξέτασης, η κολποσκόπηση.

**Δερματολογική εξέταση**

Επιπλέον της κλινικής εξέτασης με λυχνίας wood, επισκόπηση με δερματοσκόπιο.

**Καρδιολογική εξέταση**

Επιπλέον της κλινικής εξέτασης, το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ).

**Ορθοπεδική εξέταση**

Επιπλέον της κλινικής στατικοκινητικός έλεγχος επιμέρους περιοχών του μυοσκελετικού συστήματος, test μυϊκής ισχύος διαφόρων μυών και μυϊκών ομάδων, test αισθητικότητας, εκτίμηση τενοντίων αντανακλαστικών, ειδικοί διαγνωστικοί χειρισμοί διαφόρων αρθρώσεων (Lachman, Mc Murray, Appley κ.α.), νευρολογική εκτίμηση.

**Ουρολογική εξέταση**

Επιπλέον της κλινικής εξέτασης, δακτυλική εξέταση προστάτου.

**Οφθαλμολογική εξέταση**

- α. Λήψη οπτικής οξύτητας
- β. Εξέταση στη σχισμοειδή λυχνία
- γ. Βυθοσκόπηση
- δ. Τονομέτρηση

**Πνευμονολογική εξέταση**

Επιπλέον της κλινικής εξέτασης, η σπειρομέτρηση και η καμπύλη ροής όγκου.

**Ωτορινολαρυγγολογική εξέταση**

- α. Εξέταση στοματικής κοιλότητας και φάρυγγος
- β. Πρόσθια ρινοσκόπηση
- γ. Οπίσθια ρινοσκόπηση
- δ. Ωτοσκόπηση
- ε. Έμμεση λαρυγγοσκόπηση
- στ. Εκτίμηση ακοής δια τονοδωτών και ομιλίας
- ζ. Ψηλάφηση ανατομικών δομών κεφαλής και τραχήλου.

### **ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ**

1. Η αποζημίωση των ιατρικών επισκέψεων από το ταμείο μας γίνεται βάσει των διατάξεων του Π.Δ. 127/2005 (ΦΕΚ 182 Α'/22-07-2005)
2. Σε περίπτωση τριών (03) και άνω επισκέψεων στον ίδιο ιατρό, εντός ιδίου μηνός, είναι απαραίτητη η θεώρηση της εντολής από ελεγκτή ιατρό εντός τριών (03) εργάσιμων ημερών από τη συνταγογράφηση με εξαίρεση την ειδικότητα του παιδίατρο, όπου απαιτείται θεώρηση από τέσσερις (04) επισκέψεις και άνω.
3. Σε μηνιαία βάση το σύνολο των κατ' οίκον επισκέψεων δεν μπορεί να υπερβαίνει το 10% του συνόλου των επισκέψεων στα ιατρεία.
4. Το σύνολο των δεύτερων επισκέψεων δεν θα υπερβαίνει το 30% επί του συνολικού αριθμού των πρώτων επισκέψεων.

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. Αίτηση Παρόχων Υγειονομικής Περίθαλψης
2. Συγκεντρωτική -Αναλυτική Κατάσταση Ιατρικών Επισκέψεων και Πράξεων (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών με σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη, καθώς και ορθή αναγραφή των στοιχείων του ασφαλιστικού μας φορέα (*Επωνυμία: Υπουργείο Ναυτιλίας & Νησιωτικής Πολιτικής / Αρχηγείο Λιμενικού Σώματος Ελληνικής Ακτοφυλακής, Διεύθυνση: Ακτή Βασιλειάδη Πύλη Ε1-Ε2, Τ.Κ. 185 10, Πειραιάς, Α.Φ.Μ: 997881842, Δ.Ο.Υ: Ε' Πειραιά*).
5. Εντολές όπου στο μπροστινό μέρος υπάρχει σφραγίδα, Α.Μ.Κ.Α. & υπογραφή του θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από τον ελεγκτή Ιατρό με ημερομηνία εντός τριών (03) εργάσιμων ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στο πίσω μέρος υπάρχει σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «ο εκτελέσας την εντολή» από τον ιατρό ή το κέντρο όπου πραγματοποιήθηκαν οι ιατρικές πράξεις.

**ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ**

1. Η κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων από το ταμείο μας γίνεται βάσει του κρατικού τιμολογίου.
2. Οι άμεσα ασφαλισμένοι δεν υποχρεούνται σε συμμετοχή στις δαπάνες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (0%), ενώ οι έμμεσα ασφαλισμένοι μετέχουν με ποσοστό 20%.
3. Οι παρακλινικές εξετάσεις εκτελούνται εντός μηνός από τη συνταγογράφηση.



### ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση Παρόχων Υγειονομικής Περίθαλψης
2. Συγκεντρωτική -Αναλυτική Κατάσταση Ιατρικών Επισκέψεων και Πράξεων ανά μήνα και κατ' αύξουσα ημερομηνία (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών με σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη, καθώς και ορθή αναγραφή των στοιχείων του ασφαλιστικού μας φορέα (*Επωνυμία: Υπουργείο Ναυτιλίας & Νησιωτικής Πολιτικής Αρχηγείο Λιμενικού Σώματος Ελληνικής Ακτοφυλακής, Διεύθυνση: Ακτή Βασιλειάδη Πύλη Ε1-Ε2, Τ.Κ. 185 10, Πειραιάς, Α.Φ.Μ: 997881842, Δ.Ο.Υ: Ε' Πειραιά*).
5. Εντολές όπου στο μπροστινό μέρος υπάρχει σφραγίδα, Α.Μ.Κ.Α. & υπογραφή του θεράποντος Ιατρού, συνταγογραφημένες στο πρώτο δεκαήμερο εκάστου μήνα, θεώρηση από τον ελεγκτή Ιατρό με ημερομηνία εντός τριών (03) εργάσιμων ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στο πίσω μέρος υπάρχει σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «ο εκτελέσας την εντολή» από τον αντίστοιχο ιατρό ή θεραπευτή καθώς και το κέντρο όπου πραγματοποιήθηκαν οι λογοθεραπείες. Σφραγίδα υπογραφή του αντίστοιχου ιατρού ή θεραπευτή τίθεται επίσης στο Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών.
6. Φωτοαντίγραφα γνωματεύσεων ΑΝ.Υ.Ε.

### ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Οι ψυχοθεραπείες (ομαδική- ατομική, θεραπεία συμπεριφοράς, συμβουλευτική γονέων) αποζημιώνονται με το ανώτατο ποσό των δεκαπέντε ευρώ ανά συνεδρία μόνο στην περίπτωση που αυτές εκτελούνται από παιδοψυχιάτρους, ψυχιάτρους και νευρολόγους.
2. Οι ψυχοθεραπείες που διενεργούνται από ψυχολόγους καθώς επίσης και οι θεραπείες ειδικής αγωγής (εργοθεραπεία, ειδική διαπαιδαγώγηση) που εκτελούνται από τους αντίστοιχους θεραπευτές, αποζημιώνονται βάσει του ισχύοντος κάθε φορά κρατικού τιμολογίου.

<sup>3</sup> Α. Σε αμιγή περιστατικά κινητικών προβλημάτων φυσικοθεραπείες 10 συνεδρίες το μήνα και η αποζημίωση ανά συνεδρία ορίζεται σε δέκα πέντε (15) €.

Β. Σε σοβαρά, αμιγή νοητικά, ψυχιατρικά και ψυχολογικά προβλήματα καθώς και σε παιδιά με Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή-Αυτισμός, εγκρίνεται λογοθεραπεία – εργοθεραπεία – ειδική διαπαιδαγώγηση έως δέκα πέντε (15) συνεδρίες ανά είδος το μήνα, καθώς και ομαδική ή ατομική ψυχοθεραπεία- ή θεραπεία συμπεριφοράς έως (8) συνεδρίες ανά είδος το μήνα και συμβουλευτική γονέων μέχρι τ έσσερις (4) συνεδρίες το μήνα. Μέγιστο συνολικά αποδιδόμενο ποσό για τις παραπάνω περιπτώσεις ορίζονται τα τετρακόσια σαράντα (440 €) το μήνα.

Γ. Επίσης για τις παρακάτω παιδοψυχιατρικές διαταραχές, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), διαταραχές της άρθρωσης, βαρηκοΐα,τραυλισμό εγκρίνονται **έως τέσσερα (4) είδη πράξεων θεραπείας** (λογοθεραπείας, εργοθεραπείας, ειδικής διαπαιδαγώγησης έως δέκα πέντε (15) συνεδρίες ανά είδος το μήνα, ψυχοθεραπείας, θεραπεία συμπεριφοράς έως (8) συνεδρίες το μήνα και συμβουλευτική γονέων έως (4) συνεδρίες το μήνα), με μέγιστο συνολικά αποδιδόμενο ποσό τα διακόσια πενήντα 250 € το μήνα.

Δ. Σε μικτά περιστατικά κινητικών και νοητικών, καθώς και νευρολογικών προβλημάτων (εγκεφαλική παράλυση, σπαστική τετραπληγία, παραπληγία) όπως ορίζεται ανωτέρω (περιπτώσεις Α και Β) με μέγιστο συνολικά αποδιδόμενο ποσό τα πεντακόσια ενενήντα (590 €).

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1. Αίτηση Παρόχων Υγειονομικής Περίθαλψης
2. Συγκεντρωτική -Αναλυτική Κατάσταση Ιατρικών Επισκέψεων και Πράξεων ανά μήνα και κατ' αύξουσα ημερομηνία (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών με σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη, καθώς και ορθή αναγραφή των στοιχείων του ασφαλιστικού μας φορέα (*Επωνυμία: Υπουργείο Ναυτιλίας & Νησιωτικής Πολιτικής / Αρχηγείο Λιμενικού Σώματος Ελληνικής Ακτοφυλακής, Διεύθυνση: Ακτή Βασιλειάδη Πύλη Ε1-Ε2, Τ.Κ. 185 10, Πειραιάς, Α.Φ.Μ: 997881842, Δ.Ο.Υ: Ε' Πειραιά*).
5. Εντολές όπου στο μπροστινό μέρος υπάρχει σφραγίδα, υπογραφή και Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από τον ελεγκτή ιατρό με ημερομηνία εντός τριών (03) εργάσιμων ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στο πίσω μέρος της εντολής τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στο «εκτελέσας την εντολή» από τον φυσίατρο, φυσικοθεραπευτή ή το κέντρο όπου πραγματοποιήθηκαν οι φυσικοθεραπείες.
6. Υπεύθυνες Δηλώσεις των ασφαλισμένων, στις οποίες θα αναγράφεται ότι είναι η πρώτη ή η δεύτερη φορά που εκτελούν συνεδρίες φυσικοθεραπείας κατά το τρέχον έτος

**ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ**

1. Δικαιολογούνται έως δέκα (10) συνεδρίες δύο φορές το χρόνο και η αποζημίωση ανά συνεδρία, ορίζεται σε δέκα πέντε (15) ευρώ.
2. Σε ασφαλισμένους που έχουν υποστεί πρόσφατα (εντός τριμήνου από την εμφάνιση του προβλήματος) αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και δεν έχουν νοσηλευθεί σε κλινική αποκατάστασης και δεν έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα αποκατάστασης ως εξωτερικοί ασθενείς δύναται να χορηγούνται δώδεκα (12) συνεδρίες φυσικοθεραπείας το μήνα και μέχρι έξι (6) μήνες μετά από Γνωμάτευση ΑΝ.Υ.Ε.
3. Σε σοβαρά κινητικά προβλήματα απότοκα πρόσφατων (εντός τριμήνου από την εμφάνιση του προβλήματος) κακώσεων νωτιαίου μυελού και κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, σκλήρυνση κατά πλάκας, πολυριζονευρίτιδα GUILLAIN BARRE, σοβαρών νόσων του Κ.Ν.Σ. που δεν έχουν νοσηλευθεί σε κλινική αποκατάστασης και δεν έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα αποκατάστασης ως εξωτερικοί ασθενείς, δύναται να χορηγούνται δώδεκα (12) συνεδρίες φυσικοθεραπείας το μήνα και μέχρι έξι (6) μήνες μετά από Γνωμάτευση ΑΝ.Υ.Ε.
4. Σε πολυκαταγματίες ασφαλισμένους και σε όσους έχουν υποστεί πρόσφατα (εντός τριμήνου από την εμφάνιση του προβλήματος) σοβαρά κατάγματα, συγκάμψεις και έκτοπη οστεοποίηση, δεν έχουν νοσηλευθεί σε κλινική αποκατάστασης και δεν παρακολούθησαν πρόγραμμα αποκατάστασης ως

εξωτερικοί ασθενείς χορηγούνται δώδεκα (12) συνεδρίες το μήνα, και μέχρι δύο (2) μήνες μετά από Γνωμάτευση ΑΝ.Υ.Ε.

5. Σε ασφαλισμένους που έχουν υποστεί πρόσφατο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, δυσκαταποσία επί εδάφους τραχειοστομίας, ή πάσχουν από Νόσο Parkinson, που δεν έχουν νοσηλευθεί σε κλινική αποκατάστασης και δεν έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα αποκατάστασης ως εξωτερικοί ασθενείς χορηγούνται οκτώ (8) συνεδρίες λογοθεραπείας μηνιαία και για χρονικό διάστημα μέχρι τρεις (3) μήνες το ανώτερο.
6. Σε ασφαλισμένους που έχουν υποστεί πρόσφατα κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, βλάβες νωτιαίου μυελού ή πάσχουν από Νόσο Parkinson ή σκλήρυνση κατά πλάκας, δεν έχουν νοσηλευθεί σε κλινική Νοσοκομείου ή Κ.Α.Α. ή Φ.Ι.ΑΠ. και δεν έχουν παρακολουθήσει πρόγραμμα αποκατάστασης ως εξωτερικοί ασθενείς , χορηγούνται οκτώ (8) συνεδρίες εργοθεραπείας μηνιαία και για χρονικό διάστημα μέχρι (3) μήνες το ανώτερο.
7. Στην περίπτωση εκτέλεσης φυσικοθεραπευτικών πράξεων από φυσίατρο η αποζημίωση γίνεται ανά πράξη, σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο.

## Υποβολή Δικαιολογητικών από Οδοντίατρος

### ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αίτηση Παρόχων Υγειονομικής Περίθαλψης
2. Συγκεντρωτική -Αναλυτική Κατάσταση Ιατρικών Επισκέψεων και Πράξεων ανά μήνα και κατ' αύξουσα ημερομηνία (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών με σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη, καθώς και ορθή αναγραφή των στοιχείων του ασφαλιστικού μας φορέα (*Επωνυμία: Υπουργείο Ναυτιλίας & Νησιωτικής Πολιτικής / Αρχηγείο Λιμενικού Σώματος Ελληνικής Ακτοφυλακής, Διεύθυνση: Ακτή Βασιλειάδη Πύλη Ε1-Ε2, Τ.Κ. 185 10, Πειραιάς, Α.Φ.Μ: 997881842, Δ.Ο.Υ: Ε' Πειραιά*).
5. Εντολές ΒΥΠ όπου στο μπροστινό μέρος υπάρχει σφραγίδα, υπογραφή και Α.Μ.Κ.Α. οδοντίατρο, θεωρημένες εντός τριών (03) εργάσιμων ημερών από τη συνταγογράφηση για την έναρξη και λήξη των εργασιών από ελεγκτή οδοντίατρο, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στο «εκτελέσας την εντολή» από τον θεράποντα οδοντίατρο.

### ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Ο ελεγκτής οδοντίατρος εγκρίνει στην πίσω όψη της εντολής την έναρξη των εργασιών με σφραγίδα που γράφει την φράση «Εγκρίνεται η έναρξη των εργασιών που γράφονται στην πρόσθια όψη». Μετά την εκτέλεση των εργασιών που εγκρίθηκαν, ο δικαιούχος προσέρχεται για την τελική έγκριση στον ελεγκτή οδοντίατρο, ο οποίος εγκρίνει αναγράφοντας απαραίτητα στην πρόσθια όψη της εντολής και στην στήλη «ΕΓΚΡΙΣΗ» απέναντι από κάθε εργασία τον αριθμό των εργασιών που εκτελέστηκαν. Στη συνέχεια σφραγίζει και υπογράφει στην ένδειξη «Ο ΕΛΕΓΚΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ». Στην πίσω όψη της εντολής βεβαιώνει την εκτέλεση των εργασιών που αναγράφονται στην πρόσθια όψη, σφραγίζει και υπογράφει.
2. Ο έλεγχος εντολών οδοντιατρικής περίθαλψης, στην περίπτωση απουσίας ελεγκτή οδοντίατρο, δύναται να διενεργηθεί και από ελεγκτή ιατρό. Ο έλεγχος των εντολών γίνεται με τον ως άνω αναγραφόμενο τρόπο, με μόνη διαφοροποίηση τη μή υποχρέωση αναγραφής του αριθμού των εκτελεσθεισών εργασιών στην πρόσθια όψη στη στήλη «ΕΓΚΡΙΣΗ».
3. **Συμμετοχές:**
  - α) Οι **άμεσα ασφαλισμένοι** συμμετέχουν με ποσοστό 0% στις δαπάνες οδοντοθεραπευτικής περίθαλψης και 25% στις δαπάνες οδοντοπροσθετικής και ορθοδοντικής περίθαλψης
  - β) Οι **έμμεσα ασφαλισμένοι** συμμετέχουν με ποσοστό 20% στις δαπάνες οδοντοθεραπευτικής περίθαλψης και 50% στις δαπάνες οδοντοπροσθετικής και ορθοδοντικής περίθαλψης.

## **ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ**

1. Η επισύναψη φωτοαντιγράφου σελίδας βιβλιάριου ή βεβαίωσης τράπεζας, στα οποία θα αναγράφονται η επωνυμία και ο αριθμός IBAN του δικαιούχου απαιτείται κάθε φορά που υποβάλλονται δικαιολογητικά υγειονομικής περίθαλψης.
2. Σε περίπτωση επανυποβολής δικαιολογητικών που έχουν επιστραφεί λόγω παραλείψεων στους δικαιούχους από την Υπηρεσία Υγειονομικού τα δικαιολογητικά θα υποβάλλονται με **νέα αίτηση και νέα εις τριπλούν κατάσταση** υπογεγραμμένα από το δικαιούχο.
3. Αναφορικά με τη συνταγογράφηση των εντολών ΒΥΠ διευκρινίζεται ότι αυτή πραγματοποιείται από τον θεράποντα ιατρό μόνο στα ατομικά ΒΥΠ στελεχών Λ.Σ-ΕΛ.ΑΚΤ και των μελών οικογενειακών τους και όχι μέσω ηλεκτρονικού παραπεμπτικού συνταγής καθότι ο φορέας μας δεν υπάγεται σε διαδικασίες ηλεκτρονικής συνταγογράφησης εντολών.
4. Οποιαδήποτε απαίτηση κατά του Δημοσίου παραγράφεται μετά την πενταετία.