

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ**  
**ΔΑΠΑΝΩΝ**  
**ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΩΝ**



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

1. ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ .....	3
1.1 ΦΑΡΜΑΚΑ .....	3
1.2 ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ .....	4
2. ΙΑΤΡΟΙ .....	5
2.1 ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ .....	5
2.2 ΠΡΑΞΕΙΣ .....	6
3. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ .....	7
4. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ .....	8
5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ– ΚΛΙΝΙΚΕΣ .....	9
6. ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ .....	10
7. ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ .....	11
8. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ – ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ .....	12
9. ΚΕΝΤΡΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ – ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ .....	13

### Σημείωση :

- Στις δαπάνες Εσωτερικού γίνεται πάντα χρήση του Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN) και χρησιμοποιείται είτε χειρόγραφη εντολή ABN, είτε ηλεκτρονική συνταγή.
- Σε περίπτωση που το ABN είναι υπό έκδοση γίνεται χρήση ιατρικής γνωμάτευσης – συνταγής (**Υπόδειγμα 14**) που ενέχει θέση εντολής ABN με απαραίτητη προϋπόθεση τη θεώρηση από ελεγκτή ιατρό σε κάθε περίπτωση.
- Όταν το κανονικό της δαπάνης δεν προκύπτει άμεσα από τα υποβαλλόμενα και προβλεπόμενα δικαιολογητικά, η ΓΕΑ/ΔΥΓ/ΥΥΕ δύναται να ζητήσει την προσκόμιση επιπλέον δικαιολογητικών κατά περίπτωση.
- Το Διαβιβαστικό – Αίτηση (**Υπόδειγμα 1**) του λογαριασμού του Συμβεβλημένου θα υποβάλλεται κατευθείαν στην Υπηρεσία Υγειονομικού Ελέγχου της Διεύθυνσης Υγειονομικού του ΓΕΑ (ΓΕΑ/ΔΥΓ/ΥΥΕ) (Κανελλοπούλου 3, ΤΚ.11525, Αθήνα, Αττική, Τηλ: 210 746 4536-4546)

## **1. ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ**

### **1.1 ΦΑΡΜΑΚΑ**

α. Απαιτείται θεώρηση της εντολής Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN) όταν το συνολικό κόστος της υπερβαίνει τα 150€ ή/και σε συνταγές δίμηνης διάρκειας σε χρόνιες παθήσεις. Τα όρια θεώρησης των εντολών καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις της ΓΕΑ/ΔΥΓ.

β. Επιτρέπεται η συνταγογράφηση έως και τριών διαφορετικών δραστικών ουσιών ανά εντολή ABN και να μην υπερβαίνει τις 30 ημέρες θεραπεία.

γ. Καταγραφή χορηγούμενης ποσότητας και ολογράφως, δοσολογία χορήγησης, επικόλληση κουπονιών, ημερομηνία, σφραγίδα και υπογραφή φαρμακείου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή», υπογραφή του περιθαλαπτόμενου.

δ. Η ημερομηνία συνταγογράφησης από την ημερομηνία εκτέλεσης από το φαρμακοποιό να μην υπερβαίνει τις πέντε (5) εργάσιμες ημέρες

ε. Η συνταγογράφηση σε εν ενεργεία στρατιωτικούς (μπλε εντολή) από ιδιώτη ιατρό επιτρέπεται μόνο σε έλλειψη στρατιωτικού ιατρού και ιατρού δημόσιου νοσοκομείου στην περιοχή. Όταν συμβαίνει αυτό, να πιστοποιείται με βεβαίωση από την Υγειονομική Υπηρεσία της Μονάδας ή με σχετικό παραπτεμπτικό ή με θεώρηση από ελεγκτή ιατρό.

στ. **Πιστή εφαρμογή της ισχύουσας φαρμακευτικής νομοθεσίας**

ζ. Μέχρι τέλους του τρέχοντος μήνα αποστέλλεται ο λογαριασμός του προηγούμενου μήνα. Οι συνταγές να είναι αριθμημένες και τοποθετημένες κατά χρονολογική σειρά εκτέλεσης.

η. Αν ο λογαριασμός είναι μέχρι **1.500€**, ή άλλου ποσού που θα καθορίζεται από τη ΓΕΑ/ΔΥΓ, θα μπορεί να καλύπτει περίοδο μεγαλύτερη από ένα (1) μήνα, αλλά οπωσδήποτε μικρότερη των έξι (6) μηνών. Σ' αυτή τη περίπτωση θα υποβάλλονται καταστάσεις ανά μήνα.

θ. Η υποβολή του λογαριασμού θα αφορά συγκεκριμένη χρονική περίοδο και δεν θα επιτρέπεται η εκ νέου υποβολή εντολών της ίδιας περιόδου. Εξαιρείται η περίπτωση επιστραφέντων εντολών που επαναυποβάλλονται για επανέλεγχο.

ι. Οι λογαριασμοί των συμβεβλημένων με το ΥΠΕΘΑ Φαρμακείων υποβάλλονται στην Υπηρεσία είτε μέσω των Φαρμακευτικών Συλλόγων (Διανεμητικός Λογαριασμός), είτε απ' ευθείας από τους Φαρμακοποιούς

ια. Η αποζημίωση ορίζεται με βάση τους νόμους και τις διατάξεις όπως ισχύουν κάθε φορά.

Ακολουθεί καταχώρηση των εντολών ABN (συνταγών φαρμάκων) ως εξής (**Υπόδειγμα 2**):

Αρίθμηση Α/Α

Ημερομηνία Εκτέλεσης Συνταγής

Αριθμός Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN)

Αριθμός Συνταγής

Αξία Συνταγής βάσει Ασφαλιστικής Τιμής Φαρμάκων ανά Ποσοστό Συμμετοχής

Επιβάρυνση Ταμείου

Συνολικό Αιτούμενου

**Η Αναλυτική κατάσταση θα αποστέλλεται και ηλεκτρονικά στη διεύθυνση [yye.dyg6.hafgs@haf.gr](mailto:yye.dyg6.hafgs@haf.gr) σε αρχείο excel ως το συνημμένο Υπόδειγμα (λήψη του αρχείου, ηλεκτρονική συμπλήρωσή του, όχι μετατροπή σε αρχείο pdf ή άλλο μη επεξεργάσιμο)**

Συμπλήρωση των κάτωθι:

Περίοδος Υποβολής : Από ..... Έως .....

Αριθμός και Αξία Τιμολογίου

## **1.2 ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

α. Απαιτείται θεώρηση της εντολής Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας. Τα όρια θεώρησης των εντολών καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις της ΓΕΑ/ΔΥΓ.

β. Επιτρέπεται η συνταγογράφηση για μήνα, δίμηνο έως και εξάμηνο. Η συνταγογράφηση γίνεται στις αρχές του μήνα ή στο τέλος του προηγούμενου.

γ. Καταγραφή χορηγούμενης ποσότητας και ολογράφως, δοσολογία χορήγησης, επικόλληση κουπονιών, ημερομηνία, σφραγίδα και υπογραφή φαρμακείου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή», υπογραφή του περιθαλπόμενου.

δ. Ιατρική Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, με αιτιολόγηση της αναγκαιότητας και το χρονικό διάστημα χορήγησης του υλικού καθώς και η απαραίτητη ποσότητα ανά μήνα.

ε. Η ημερομηνία συνταγογράφησης από την ημερομηνία εκτέλεσης από το φαρμακοποιό να μην υπερβαίνει τις πέντε (5) εργάσιμες ημέρες

στ. Η συνταγογράφηση σε εν ενεργεία στρατιωτικούς (μπλε εντολή) από ιδιώτη ιατρό επιτρέπεται μόνο σε έλλειψη στρατιωτικού ιατρού και ιατρού δημόσιου νοσοκομείου στην περιοχή. Όταν συμβαίνει αυτό, να πιστοποιείται με βεβαίωση από την Υγειονομική Υπηρεσία της Μονάδας ή με σχετικό παραπτεμπτικό ή με θεώρηση από ελεγκτή ιατρό.

ζ. **Πιστή εφαρμογή της ισχύουσας νομοθεσίας περί συνταγογράφησης και εκτέλεσης εντολών ABN.**

η. Μέχρι τέλος του τρέχοντος μήνα αποστέλλεται ο λογαριασμός του προηγούμενου μήνα. Οι συνταγές να είναι αριθμημένες και τοποθετημένες κατά χρονολογική σειρά εκτέλεσης.

θ. Αν ο λογαριασμός είναι μέχρι **1.500€**, ή άλλου ποσού που θα καθορίζεται από τη ΓΕΑ/ΔΥΓ, θα μπορεί να καλύπτει περίοδο μεγαλύτερη από ένα (1) μήνα, αλλά οπωσδήποτε μικρότερη των έξι (6) μηνών. Σ' αυτή τη περίπτωση θα υποβάλλονται καταστάσεις ανά μήνα.

ι. Η υποβολή του λογαριασμού θα αφορά συγκεκριμένη χρονική περίοδο και δεν θα επιτρέπεται η εκ νέου υποβολή εντολών της ίδιας περιόδου. Εξαιρείται η περίπτωση επιστραφέντων εντολών που επαναυποβάλλονται για επανέλεγχο.

ια. Η αποζημίωση ορίζεται με βάση τους νόμους και τις διατάξεις όπως ισχύουν κάθε φορά.

Ακολουθεί καταχώρηση των εντολών ABN (συνταγών φαρμάκων) ως εξής (**Υπόδειγμα 3**):

Αρίθμηση A/A

Ημερομηνία Εκτέλεσης Συνταγής

Αριθμός Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN)

Αριθμός Συνταγής

Αξία Συνταγής ανά Ποσοστό Συμμετοχής (0% - 20% - 25%)

Συμμετοχή ασφαλισμένου

Συνολικό Αιτούμενου

**Η Αναλυτική κατάσταση θα αποστέλλεται και ηλεκτρονικά στη διεύθυνση [yve.dyg6.hafgs@haf.gr](mailto:yve.dyg6.hafgs@haf.gr) σε αρχείο excel ως το συνημμένο Υπόδειγμα (λήψη του αρχείου, ηλεκτρονική συμπλήρωσή του, όχι μετατροπή σε αρχείο pdf ή άλλο μη επεξεργάσιμο)**

Συμπλήρωση των κάτωθι:

Περίοδος Υποβολής : Από ..... Έως .....

Αριθμός και Αξία Τιμολογίου

## **2. ΙΑΤΡΟΙ**

Οι ιατροί υποβάλλουν Συγκεντρωτική Κατάσταση ως **Υπόδειγμα 4**, που περιλαμβάνει Αναλυτικές Καταστάσεις Ιατρικών Επισκέψεων ως **Υπόδειγμα 5** και Αναλυτικές Καταστάσεις Ιατρικών Πράξεων ως **Υπόδειγμα 6**.

### **2.1 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ**

α. Δεν απαιτείται θεώρηση της εντολής ABN από ελεγκτή ιατρό μέχρι δύο (2) επισκέψεις το μήνα ή μέχρι τέσσερις (4) σε παιδίατρο. Από τρίτη επίσκεψη (ή πέμπτη σε παιδίατρο), απαιτείται θεώρηση της εντολής ABN μέσα σε τρεις (3) εργάσιμες μέρες. Τα υπόλοιπα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ. Τα όρια θεώρησης των εντολών καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις της ΓΕΑ/ΔΥΓ.

β. Σε εν ενεργεία στρατιωτικούς (μπλε εντολή), επιτρέπεται η ιατρική επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό, μόνο όταν πιστοποιείται με βεβαίωση από την Υγειονομική Υπηρεσία της Μονάδας ή με σχετικό παραπεμπτικό ή με θεώρηση από ελεγκτή ιατρό, η έλλειψη στρατιωτικού ιατρού και ιατρού δημόσιου νοσοκομείου σχετικής ειδικότητας στην περιοχή

γ. Δεν απαιτείται ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα του ιατρού στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή».

δ. Υποβάλλονται διαφορετικές καταστάσεις ανά είδος επίσκεψης (στο ιατρείο, κατ' οίκον, για την πρώτη και για τις επόμενες αντιστοίχως).

ε. Για την κοστολόγηση των επισκέψεων ακολουθείται το ΠΔ127/2005 (ΦΕΚ Α' 182/22-7-2005), όπως ισχύει κάθε φορά.

στ. Μέχρι τέλους του τρέχοντος μήνα αποστέλλεται ο λογαριασμός του προηγούμενου μήνα. Οι εντολές να είναι αριθμημένες και τοποθετημένες κατά χρονολογική σειρά εκτέλεσης.

ζ. Αν ο λογαριασμός είναι μέχρι **1.500€**, ή άλλου ποσού που θα καθορίζεται από τη ΓΕΑ/ΔΥΓ, θα μπορεί να καλύπτει περίοδο μεγαλύτερη από ένα (1) μήνα, αλλά οπωσδήποτε μικρότερη των έξι (6) μηνών. Σ' αυτή τη περίπτωση θα υποβάλλονται καταστάσεις ανά μήνα.

η. Η υποβολή του λογαριασμού θα αφορά συγκεκριμένη χρονική περίοδο και δεν θα επιτρέπεται η εκ νέου υποβολή εντολών της ίδιας περιόδου. Εξαιρείται η περίπτωση επιστραφέντων εντολών που επαναυποβάλλονται για επανέλεγχο.

Ακολουθεί καταχώρηση των εντολών ABN (ιατρικών επισκέψεων) ως εξής (**Υπόδειγμα 5**):

Αρίθμηση Α/Α

Ημερομηνία Εντολής

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς

Αριθμός Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN)

Αριθμός Εντολής

Αιτούμενο Ποσό

**Η Αναλυτική κατάσταση θα αποστέλλεται και ηλεκτρονικά στη διεύθυνση [yye.dyg6.hafgs@haf.gr](mailto:yye.dyg6.hafgs@haf.gr) σε αρχείο excel ως το συνημμένο Υπόδειγμα (λήψη του αρχείου, ηλεκτρονική συμπλήρωσή του, όχι μετατροπή σε αρχείο pdf ή άλλο μη επεξεργάσιμο)**

Συμπλήρωση των κάτωθι:

Περίοδος Υποβολής : Από ..... Έως .....

Αριθμός και Αξία Τιμολογίου

## 2.2 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

α. Απαιτείται θεώρηση της εντολής ABN από ελεγκτή ιατρό με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ. Τα όρια θεώρησης των εντολών καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις της ΓΕΑ/ΔΥΓ.

β. Σε εν ενεργεία στρατιωτικούς (μπλε εντολή), επιτρέπεται η διενέργεια ιατρικών πράξεων σε ιδιώτη ιατρό, μόνο όταν πιστοποιείται με βεβαίωση από την Υγειονομική Υπηρεσία της Μονάδας ή με σχετικό παραπεμπτικό, η έλλειψη στρατιωτικού ιατρού και ιατρού δημόσιου νοσοκομείου σχετικής ειδικότητας στην περιοχή

γ. Απαιτείται ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα ιατρού στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»

δ. Οι πράξεις που συνταγογραφούνται από άλλο ιατρό, εκτελούνται εντός ένα (1) μήνα από την ημερομηνία συνταγογράφησης

ε. Μέχρι τέλους του τρέχοντος μήνα αποστέλλεται ο λογαριασμός του προηγούμενου μήνα. Οι εντολές να είναι αριθμημένες και τοποθετημένες κατά χρονολογική σειρά εκτέλεσης.

στ. **Πιστή εφαρμογή της ισχύουσας νομοθεσίας περί συνταγογράφησης και εκτέλεσης εντολών ABN.**

ζ. Αν ο λογαριασμός είναι μέχρι 1.500€, ή άλλου ποσού που θα καθορίζεται από τη ΓΕΑ/ΔΥΓ, θα μπορεί να καλύπτει περίοδο μεγαλύτερη από ένα (1) μήνα, αλλά οπωσδήποτε μικρότερη των έξι (6) μηνών. Σ' αυτή τη περίπτωση θα υποβάλλονται καταστάσεις ανά μήνα.

η. Η υποβολή του λογαριασμού θα αφορά συγκεκριμένη χρονική περίοδο και δεν θα επιτρέπεται η εκ νέου υποβολή εντολών της ίδιας περιόδου. Εξαιρείται η περίπτωση επιστραφέντων εντολών που επαναυποβάλλονται για επανέλεγχο.

θ. Η αποζημίωση ορίζεται με βάση τους νόμους και τις διατάξεις όπως ισχύουν κάθε φορά.

Ακολουθεί καταχώρηση των εντολών ABN (ιατρικών πράξεων) ως εξής (**Υπόδειγμα 6**):

Αρίθμηση A/A

Ημερομηνία Εκτέλεσης Εντολής

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς

Αριθμός Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN)

Αριθμός Εντολής

Αξία Εντολής

Συμμετοχή ασφαλισμένου

Αιτούμενο Ποσό

**Η Αναλυτική κατάσταση θα αποστέλλεται και ηλεκτρονικά στη διεύθυνση [yye.dyg6.hafgs@haf.gr](mailto:yye.dyg6.hafgs@haf.gr) σε αρχείο excel ως το συνημμένο Υπόδειγμα (λήψη του αρχείου, ηλεκτρονική συμπλήρωσή του, όχι μετατροπή σε αρχείο pdf ή άλλο μη επεξεργάσιμο)**

Συμπλήρωση των κάτωθι:

Περίοδος Υποβολής : Από ..... Έως .....

Αριθμός και Αξία Τιμολογίου

### **3. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ**

α. Απαιτείται θεώρηση της εντολής ABN από ελεγκτή οδοντίατρο [έλεγχος στην έναρξη, κατά τη διάρκεια (όπου απαιτείται) και στη λήξη της οδοντιατρικής θεραπείας] με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ. Τα όρια θεώρησης των εντολών καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις της ΓΕΑ/ΔΥΓ.

β. Η επιλογή του θεράποντα οδοντίατρου είναι ελεύθερη

γ. Απαιτείται ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα οδοντίατρου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»

δ. Οι πράξεις που συνταγογραφούνται από άλλο οδοντίατρο, εκτελούνται εντός ένα (1) μήνα από την ημερομηνία συνταγογράφησης

ε. Μέχρι τέλους του τρέχοντος μήνα αποστέλλεται ο λογαριασμός του προηγούμενου μήνα. Οι εντολές να είναι αριθμημένες και τοποθετημένες κατά χρονολογική σειρά εκτέλεσης.

στ. Στις οδοντιατρικές πράξεις οι εντολές τοποθετούνται στην περίοδο υποβολής τους με βάση την ημερομηνία θεώρησης της λήξης της θεραπείας από τον ελεγκτή οδοντίατρο.

ζ. Αν ο λογαριασμός είναι μέχρι **1.500€**, ή άλλου ποσού που θα καθορίζεται από τη ΓΕΑ/ΔΥΓ, θα μπορεί να καλύπτει περίοδο μεγαλύτερη από ένα (1) μήνα, αλλά οπωσδήποτε μικρότερη των έξι (6) μηνών. Σ' αυτή τη περίπτωση θα υποβάλλονται καταστάσεις ανά μήνα.

η. Η υποβολή του λογαριασμού θα αφορά συγκεκριμένη χρονική περίοδο και δεν θα επιτρέπεται η εκ νέου υποβολή εντολών της ίδιας περιόδου. Εξαιρείται η περίπτωση επιστραφέντων εντολών που επαναυποβάλλονται για επανέλεγχο. Η επόμενη χρονική περίοδο υποβολής δεν μπορεί να είναι προγενέστερη της τελευταίας υποβληθείσας.

θ. Η αποζημίωση ορίζεται με βάση τους νόμους και τις διατάξεις όπως ισχύουν κάθε φορά.

Ακολουθεί καταχώρηση των εντολών ABN (ιατρικών πράξεων) ως εξής (**Υπόδειγμα 7**):

Αρίθμηση Α/Α

Ημερομηνία Εκτέλεσης Εντολής (Λήξης Θεραπείας)

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς

Αριθμός Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN)

Αριθμός Εντολής

Αξία Εντολής

Συμμετοχή ασφαλισμένου

Αιτούμενο Ποσό

**Η Αναλυτική κατάσταση θα αποστέλλεται και ηλεκτρονικά στη διεύθυνση [yve.dyg6.hafgs@haf.gr](mailto:yve.dyg6.hafgs@haf.gr) σε αρχείο excel ως το συνημμένο Υπόδειγμα (λήψη του αρχείου, ηλεκτρονική συμπλήρωσή του, όχι μετατροπή σε αρχείο pdf ή άλλο μη επεξεργάσιμο)**

Συμπλήρωση των κάτωθι:

Περίοδος Υποβολής : Από ..... Έως .....

Αριθμός και Αξία Τιμολογίου

#### 4. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

α. Απαιτείται θεώρηση της εντολής ABN από ελεγκτή ιατρό με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ. Τα όρια θεώρησης των εντολών καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις της ΓΕΑ/ΔΥΓ.

β. Σε εν ενεργεία στρατιωτικούς (μπλε εντολή), επιτρέπεται η διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων σε ιδιώτη κέντρο, μόνο όταν πιστοποιείται με βεβαίωση από την Υγειονομική Υπηρεσία της Μονάδας ή με σχετικό παραπεμπτικό, η έλλειψη τέτοιου κέντρου σε δημόσιο νοσοκομείο στην περιοχή

γ. Απαιτείται ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα του κέντρου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»

δ. Οι εξετάσεις εκτελούνται εντός ένα (1) μήνα από την ημερομηνία συνταγογράφησης

ε. Μέχρι τέλους του τρέχοντος μήνα αποστέλλεται ο λογαριασμός του προηγούμενου μήνα. Οι εντολές να είναι αριθμημένες και τοποθετημένες κατά χρονολογική σειρά εκτέλεσης.

στ. Αν ο λογαριασμός είναι μέχρι 1.500€, ή άλλου ποσού που θα καθορίζεται από τη ΓΕΑ/ΔΥΓ, θα μπορεί να καλύπτει περίοδο μεγαλύτερη από ένα (1) μήνα, αλλά οπωσδήποτε μικρότερη των έξι (6) μηνών. Σ' αυτή τη περίπτωση θα υποβάλλονται καταστάσεις ανά μήνα.

ζ. Η υποβολή του λογαριασμού θα αφορά συγκεκριμένη χρονική περίοδο και δεν θα επιτρέπεται η εκ νέου υποβολή εντολών της ίδιας περιόδου. Εξαιρείται η περίπτωση επιστραφέντων εντολών που επαναυποβάλλονται για επανέλεγχο.

η. Η αποζημίωση ορίζεται με βάση τους νόμους και τις διατάξεις όπως ισχύουν κάθε φορά.

Ακολουθεί καταχώρηση των εντολών ABN (εργαστηριακών εξετάσεων) ως εξής (**Υπόδειγμα 8**):

Αρίθμηση A/A

Ημερομηνία Εκτέλεσης Εντολής

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς

Αριθμός Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN)

Αριθμός Εντολής

Αξία Εντολής

Συμμετοχή ασφαλισμένου

Αιτούμενο Ποσό

**Η Αναλυτική κατάσταση θα αποστέλλεται και ηλεκτρονικά στη διεύθυνση [yye.dyg6.hafgs@haf.gr](mailto:yye.dyg6.hafgs@haf.gr) σε αρχείο excel ως το συνημμένο Υπόδειγμα (λήψη του αρχείου, ηλεκτρονική συμπλήρωσή του, όχι μετατροπή σε αρχείο pdf ή άλλο μη επεξεργάσιμο)**

Συμπλήρωση των κάτωθι:

Περίοδος Υποβολής : Από ..... Έως .....

Αριθμός και Αξία Τιμολογίου



## 5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ – ΚΛΙΝΙΚΕΣ

α. Απαιτείται θεώρηση της εντολής ABN από ελεγκτή ιατρό με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ. Τα όρια θεώρησης των εντολών καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις της ΓΕΑ/ΔΥΓ.

β. Σε εν ενεργεία στρατιωτικούς (μπλε εντολή), απαιτείται υποχρεωτικά έγκριση της Διεύθυνσης Υγειονομικού για την νοσηλεία σε Ιδιωτική κλινική λόγω έλλειψης μέσων ή προσωπικού στο Στρατιωτικό και Δημόσιο Νοσοκομείο. Στα μέλη (ροζ εντολή) δεν απαιτείται η ανωτέρω έγκριση.

γ. Εντολή/ές ABN θεωρημένη/ες από ελεγκτή ιατρό, όπου αναγράφονται η αιτιολογία νοσηλείας, η ημερομηνία εισαγωγής, ημερομηνία εξιτηρίου και περιληπτικά ο λογαριασμός περίθαλψης, το ICD-10 της νοσηλείας (όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ)

δ. Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα του Ιδρύματος ή κλινικής στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»

ε. Αναλυτικό Φύλλο Νοσηλείας θεωρημένο από ελεγκτή ιατρό

στ. Τιμολόγια για φάρμακα, υγειονομικό υλικό και εξετάσεις-παροχές-θεραπείες εκτός κλειστού νοσηλείου και παράρτημα Παρατηρητηρίου Τιμών του Υπ. Υγείας

ζ. Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών και Αναλυτικός λογαριασμός

η. Έγκριση Διεύθυνσης Υγειονομικού για εν ενεργεία στρατιωτικούς

θ. Η αποζημίωση ορίζεται με βάση τους νόμους και τις διατάξεις όπως ισχύουν κάθε φορά.

Ακολουθεί καταχώρηση της νοσηλείας ως εξής (**Ενδεικτικό Υπόδειγμα 9**) :

Αρίθμηση A/A

Ονοματεπώνυμο Ασθενούς

Αριθμός Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN)

Για νοσηλεία Ημερομηνία και Αριθμός Συνταγής/ών εισόδου και εξόδου

Αιτούμενο Ταμείου ΚΕΝ

Αιτούμενο Ταμείου εκτός ΚΕΝ

Σύνολο Αιτούμενου

Συμπλήρωση των κάτωθι:

Περίοδος Υποβολής : Από ..... Έως .....

Αριθμός Τιμολογίου/ων

Αξία Τιμολογίου/ων

## 6. ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

α. Απαιτείται θεώρηση της εντολής ABN από ελεγκτή ιατρό με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ. Τα όρια θεώρησης των εντολών καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις της ΓΕΑ/ΔΥΓ.

β. Σε εν ενεργεία στρατιωτικούς (μπλε εντολή), απαιτείται έγκριση της Διεύθυνσης Υγειονομικού του οικείου Σχηματισμού λόγω έλλειψης Στρατιωτικού Νοσοκομείου στην περιοχή ή έλλειψης μέσων ή προσωπικού σ' αυτό. Στα μέλη (ροζ βιβλιάρια) δεν απαιτείται η ανωτέρω έγκριση.

γ. Εντολή/ές ABN θεωρημένη/ες από ελεγκτή ιατρό, όπου αναγράφονται η αιτιολογία νοσηλείας, η ημερομηνία εισαγωγής, ημερομηνία εξιτηρίου και περιληπτικά ο λογαριασμός περίθαλψης, το ICD-10 της νοσηλείας (όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ)

δ. Υπογραφή και σφραγίδα του Ιδρύματος ή κλινικής στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»

ε. Αναλυτικό Φύλλο Νοσηλείας θεωρημένο από ελεγκτή ιατρό

στ. Τιμολόγια για φάρμακα, υγειονομικό υλικό και εξετάσεις-παροχές-θεραπείες εκτός κλειστού νοσηλείου και παράρτημα Παρατηρητηρίου Τιμών του Υπ. Υγείας

ζ. Για ιατρικές πράξεις και εξετάσεις που συνταγογραφούνται και εκτελούνται εντός του νοσοκομείου στο πλαίσιο της νοσηλείας ή την ίδια μέρα στα εξωτερικά ιατρεία, δεν απαιτείται θεώρηση από ελεγκτή ιατρό (εξαιρούνται οι MRI, CT και σπινθηρογραφήματα για τις οποίες απαιτείται θεώρηση από ελεγκτή ιατρό)

η. Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών

θ. Έγκριση Διεύθυνσης Υγειονομικού οικείου Σχηματισμού για εν ενεργεία στρατιωτικούς

ι. Η αποζημίωση ορίζεται με βάση τους νόμους και τις διατάξεις όπως ισχύουν κάθε φορά.

Ακολουθεί καταχώρηση της νοσηλείας ως εξής (**Ενδεικτικό Υπόδειγμα 10**) :

Αρίθμηση Α/Α

Ονοματεπώνυμο Ασθενούς

Αριθμός Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN)

Για νοσηλεία Ημερομηνία και Αριθμός Συνταγής/ών εισόδου και εξόδου

Αιτούμενο Ταμείου ΚΕΝ

Αιτούμενο Ταμείου εκτός ΚΕΝ

Σύνολο Αιτούμενου

## **7. ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ – ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (ΚΑΑ)**

α. Για εσωτερικούς ασθενείς εν ενεργεία στρατιωτικούς (μπλε εντολή), απαιτείται έγκριση της Διεύθυνσης Υγειονομικού του οικείου Σχηματισμού λόγω έλλειψης Στρατιωτικού Νοσοκομείου στην περιοχή ή έλλειψης μέσων ή προσωπικού σ' αυτό. Στα μέλη (ροζ βιβλιάρια) δεν απαιτείται η ανωτέρω έγκριση.

β. Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ. Καταχωρείται το είδος της νοσηλείας, ο αριθμός των ημερών νοσηλείας και το χρονικό διάστημα.

γ. Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα του Ιδρύματος ή κλινικής στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»

δ. Τιμολόγιο εξοφλημένο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών

ε. Ιατρική Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, που θα αναγράφεται η πάθηση και θα δικαιολογείται η αναγκαιότητα παραπομπής σε ΚΑΑ.

στ. Απόφαση ΑΑΥΕ σε κάθε περίπτωση παροχής υπηρεσιών είτε σε εσωτερικούς, είτε σε εξωτερικούς ασθενείς

ζ. Απαιτείται θεώρηση της εντολής ABN από ελεγκτή ιατρό με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ. Τα όρια θεώρησης των εντολών καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις της ΓΕΑ/ΔΥΓ.

η. Η αποζημίωση ορίζεται με βάση τους νόμους και τις διατάξεις όπως ισχύουν κάθε φορά.

Ακολουθεί καταχώρηση της νοσηλείας ως εξής (**Ενδεικτικό Υπόδειγμα 11**) :

Αρίθμηση Α/Α

Χρονικό Διάστημα Νοσηλείας

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς

Αριθμός Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN)

Αριθμός Εντολής

Αριθμός Συνεδριών

Αξία Εντολής

Συμμετοχή Ασφαλισμένου

Σύνολο Αιτούμενου

**Η Αναλυτική κατάσταση θα αποστέλλεται και ηλεκτρονικά στη διεύθυνση [yve.dyg6.hafgs@haf.gr](mailto:yve.dyg6.hafgs@haf.gr) σε αρχείο excel ως το συνημμένο Υπόδειγμα (λήψη του αρχείου, ηλεκτρονική συμπλήρωσή του, όχι μετατροπή σε αρχείο pdf ή άλλο μη επεξεργάσιμο)**

Συμπλήρωση των κάτωθι:

Περίοδος Υποβολής : Από ..... Έως .....

Αριθμός Τιμολογίου/ων

Αξία Τιμολογίου/ων

## **8. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ**

- α. Σε εν ενεργεία στρατιωτικούς (μπλε εντολή), απαιτείται έγκριση της Διεύθυνσης Υγειονομικού του οικείου Σχηματισμού λόγω έλλειψης Στρατιωτικού Νοσοκομείου στην περιοχή ή έλλειψης μέσων ή προσωπικού σ' αυτό. Στα μέλη (ροζ βιβλιάρια) δεν απαιτείται η ανωτέρω έγκριση.
- β. Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ. Καταχωρείται το είδος των πράξεων, ο αριθμός των πράξεων και το χρονικό διάστημα.
- γ. Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα του κέντρου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- δ. Τιμολόγιο εξοφλημένο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών
- ε. Ιατρική Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, που θα αναγράφεται η πάθηση και θα δικαιολογείται η αναγκαιότητα των φυσικοθεραπευτικών πράξεων για διάστημα θεραπείας μέχρι δύο (2) μήνες
- στ. Απόφαση ΑΑΥΕ για διάστημα θεραπείας μεγαλύτερο από δύο (2) μήνες + την ανωτέρω γνωμάτευση
- ζ. Έγκριση Διεύθυνσης Υγειονομικού οικείου Σχηματισμού για εν ενεργεία στρατιωτικούς
- η. Τα όρια θεώρησης των εντολών καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις της ΓΕΑ/ΔΥΓ.
- θ. Η αποζημίωση ορίζεται με βάση τους νόμους και τις διατάξεις όπως ισχύουν κάθε φορά.

Ακολουθεί καταχώρηση της νοσηλείας ως εξής (**Υπόδειγμα 12**) :

Αρίθμηση Α/Α

Χρονικό Διάστημα Νοσηλείας

Ονοματεπώνυμο Ασθενούς

Αριθμός Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN)

Αριθμός Εντολής

Αριθμός Συνεδριών

Αξία Εντολής

Συμμετοχή Ασφαλισμένου

Σύνολο Αιτούμενου

**Η Αναλυτική κατάσταση θα αποστέλλεται και ηλεκτρονικά στη διεύθυνση [yye.dyg6.hafgs@haf.gr](mailto:yye.dyg6.hafgs@haf.gr) σε αρχείο excel ως το συνημμένο Υπόδειγμα (λήψη του αρχείου, ηλεκτρονική συμπλήρωσή του, όχι μετατροπή σε αρχείο pdf ή άλλο μη επεξεργάσιμο)**

Συμπλήρωση των κάτωθι:

Περίοδος Υποβολής : Από ..... Έως .....

Αριθμός Τιμολογίου/ων

Αξία Τιμολογίου/ων

## **9. ΚΕΝΤΡΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ – ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ**

α. Απαιτείται θεώρηση της εντολής ABN από ελεγκτή ιατρό. Τα όρια θεώρησης των εντολών καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις της ΓΕΑ/ΔΥΓ.

β. Απαραίτητη Γνωμάτευση ΑΑΥΕ για την κάλυψη χρονικού διαστήματος μέχρι ένα (1) χρόνο

γ. Η ιατρική γνωμάτευση να περιλαμβάνει το είδος της πάθησης σύμφωνα με την ισχύουσα Διεθνή Κωδικοποίηση Παθήσεων (ICD-10), να λαμβάνει υπόψη τα επιστημονικά δεδομένα και να υπάρχει σαφής συσχέτιση της διάγνωσης και κάθε διαταραχής με το προτεινόμενο θεραπευτικό σχήμα.

δ. Εντολή ABN θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ

ε. Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα παρόχου/ων στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή». Κάθε πάροχος να σημειώνει για ποια διαταραχή παρέχει υπηρεσίες.

στ. Παραστατικό πληρωμής (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών εξοφλημένο)

ζ. Η εντολή συνταγογραφείται μέχρι τις πέντε (5) πρώτες μέρες του μήνα για τις θεραπείες του τρέχοντος μηνός, μεσολαβούν τόσες εργάσιμες μέρες όσες και ο μέγιστος αριθμός των θεραπειών και ακολουθεί η έκδοση του τιμολογίου.

η. Γίνονται αποδεκτές ιατρικές γνωματεύσεις ιατρών ειδικότητας παιδίατρου για χρονικό διάστημα αρχικής θεραπείας μέχρι έξι (6) μήνες. Εάν απαιτηθεί συνέχιση της θεραπείας πέραν του εξαμήνου απαιτείται ιατρική γνωμάτευση παιδοψυχιάτρου, ψυχιάτρου, παιδονευρολόγου, νευρολόγου ή αναπτυξιολόγου. Τέλος στην περίπτωση που η θεραπεία συνεχίζεται για χρονικό διάστημα άνω των δύο (2) ετών, απαιτούνται γνωματεύσεις κρατικών ή πανεπιστημιακών ή στρατιωτικών νοσοκομείων ή κέντρων ψυχικής υγείας ή ιατροπαιδαγωγικών κέντρων δημόσιων ή αντίστοιχων εποπτευόμενων από το δημόσιο με ιατρούς ανάλογης εξειδίκευσης. Για παιδιά ηλικίας άνω των 12 ετών και μόνο για μαθησιακές διαταραχές, απότοκες υποκείμενης νόσου, απαιτείται επιπλέον αξιολόγηση από ΚΕΔΔΥ.

θ. Στην ιατρική γνωμάτευση να γίνεται αξιολόγηση της βασικής πάθησης (όχι των επιμέρους διαταραχών) ως «βαριάς» ή μη μορφής σωματικής ή πνευματικής αναπηρίας, σύμφωνα με τους ισχύοντες προσδιοριστές βαρύτητας και λειτουργικότητας, δείκτη νοημοσύνης και συννοσηρότητας Στη νοητική υστέρηση να επισυνάπτεται τεστ προσδιορισμού δείκτη νοημοσύνης με χρήση έγκυρων δοκιμασιών. Στις «βαριάς» μορφής σωματικές ή πνευματικές αναπηρίες περιλαμβάνονται τα σοβαρά, αμιγή νοητικά, ψυχιατρικά και ψυχολογικά προβλήματα, η Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή, ο Αυτισμός, οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες – σύνδρομα, καθώς και τα μικτά περιστατικά νευρολογικών, νοητικών και αναπτυξιακών παθήσεων (εγκεφαλική παράλυση, σπαστική τετραπληγία, παραπληγία)

ι. Στην περίπτωση που η ειδική αγωγή συνεχίζεται πέραν του ενός (1) χρόνου και για όλες τις επόμενες γνωματεύσεις, να προσκομίζεται κάθε φορά ιατρική έκθεση προόδου της θεραπείας ως απαραίτητο δικαιολογητικό.

ια. Επιπλέον απαιτείται ανάλυση του μηνιαίου προγράμματος των πράξεων που έγιναν στο παιδί για κάθε μηνιαία δαπάνη, η οποία και θα επισυνάπτεται.

ιβ. Για διευκόλυνση των δικαιούχων παρέχεται η δυνατότητα συνταγογράφησης τρίμηνης διάρκειας επαναλαμβανόμενων συνταγών στο πλαίσιο του χρονικού διαστήματος που έχει εγκρίνει η ΑΑΥΕ (συνταγογράφηση τριών διαδοχικών εντολών ΑΒΝ με την ίδια ημερομηνία και με την ενυπόγραφο ένδειξη 1η, 2η και 3η εκτέλεση, με αντιστοίχιση σε κάθε μήνα παροχής υπηρεσιών)

ιγ. Στις περιπτώσεις «βαριάς» μορφής σωματικής ή πνευματικής αναπηρίας, οι δαπάνες συμβεβλημένων παρόχων με το ΥΠΕΘΑ αποζημιώνονται με βάση την Κρατική Διατίμηση ανά διενεργηθείσα πράξη και με μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου. Για όλες τις υπόλοιπες «μη βαριές» περιπτώσεις, η αποζημίωση προσδιορίζεται με βάση την Κρατική Διατίμηση ανά διενεργηθείσα πράξη και με την προβλεπόμενη συμμετοχή του ασφαλισμένου.

Ακολουθεί καταχώρηση της νοσηλείας ως εξής (**Υπόδειγμα 14**) :

Αρίθμηση Α/Α

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς

Αριθμός Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ΑΒΝ)

Αριθμός Εντολής

Αριθμός Συνεδριών

Αξία Εντολής

Συμμετοχή Ασφαλισμένου

Σύνολο Αιτούμενου

**Η Αναλυτική κατάσταση θα αποστέλλεται και ηλεκτρονικά στη διεύθυνση [yye.dyg6.hafgs@haf.gr](mailto:yye.dyg6.hafgs@haf.gr) σε αρχείο excel ως το συνημμένο Υπόδειγμα (λήψη του αρχείου, ηλεκτρονική συμπλήρωσή του, όχι μετατροπή σε αρχείο pdf ή άλλο μη επεξεργάσιμο)**

Συμπλήρωση των κάτωθι:

Περίοδος Υποβολής : Από ..... Έως .....

Αριθμός Τιμολογίου/ων

Αξία Τιμολογίου/ων