

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ
ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΔΑΠΑΝΩΝ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	Σελ.
Κεφάλαιο Α. ΔΑΠΑΝΕΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ	3
A.1 ΔΑΠΑΝΕΣ ΙΔΙΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ	3
1. ΦΑΡΜΑΚΑ	3
2. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ.....	4
3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφίες κτλ)	4
4. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ	5
5. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ (Καρδιογράφημα, υπερηχογράφημα κτλ)	5
6. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΗ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ – ΚΛΙΝΙΚΕΣ	6
7. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ – ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	6
8. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΕΙΔΗ	7
9. ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΥΛΙΚΑ	7
10. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	8
11. ΑΜΟΙΒΗ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ	8
12. ΟΔΟΙΠΟΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	9
13. ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ	9
13.1 ΑΓΟΡΑΣ ΓΥΑΛΙΩΝ ΟΡΑΣΕΩΣ	9
13.2 ΑΓΟΡΑΣ ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΒΑΡΥΚΟΪΑΣ	10
13.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΣΤΡ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	11
A.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΜΕΛΟΥΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ	12
1. ΦΑΡΜΑΚΑ	12
2. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ	12
3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	13
4. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ	13
5. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	13
6. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΗ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ – ΚΛΙΝΙΚΕΣ	14
7. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ – ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	14
8. ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΕΙΔΗ	15
9. ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΥΛΙΚΑ	15
10. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	16
11. ΑΜΟΙΒΗ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ	16
12. ΟΔΟΙΠΟΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	16
13. ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ	17
13.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΩΦΑΛΛΩΝ	17
13.2 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΥΦΛΩΝ	18
13.3 ΑΓΟΡΑΣ ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΒΑΡΥΚΟΪΑΣ	18
13.4 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ-ΣΥΖΥΓΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ	19
13.5 ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ (Λογοθεραπεία, Εργοθεραπεία, Ειδική Διαπαιδαγώγηση, Ειδική Συμπεριφορά, Ψυχοθεραπεία κτλ)	20
Κεφάλαιο Β. ΔΑΠΑΝΕΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ	
B.1 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	21
B.1.1 ΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΩΝ	21
B.1.2 ΜΕΛΟΥΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ	21
B.2 ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΠΟΥ ΑΠΟΣΤΕΛΛΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ	22
B.3 ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ (ΑΝΑΨΥΧΗ, κτλ) ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΕΝΤΥΠΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	22
Κεφάλαιο Γ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ	28

Κεφάλαιο Α. ΔΑΠΑΝΕΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ

- Στις δαπάνες Εσωτερικού γίνεται πάντα χρήση του Ατομικού Βιβλιαρίου Νοσηλείας (ABN) και χρησιμοποιείται είτε χειρόγραφη εντολή ABN, είτε ηλεκτρονική συνταγή.
- Επιπλέον για τους στρατιωτικούς απαιτείται πάντα Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**) και Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" (**Υπόδειγμα 2**) τα οποία δύναται να εξάγονται και μέσω σχετικής Ηλεκτρονικής Εφαρμογής Υποβολής Υγειονομικών Δαπανών.
- Οι στρατιωτικοί υποβάλλουν με Ατομική Αναφορά τους, τα απαιτούμενα κατά περίπτωση δικαιολογητικά υγειονομικών δαπανών (ιδίου ή μέλους οικογένειας) στην ΥΥ (σε έλλειψη στο Γρ.Προσωπικού) τους Μονάδας που ανήκει ή υποστηρίζεται.
- 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.
- Σε περίπτωση που το ABN είναι υπό έκδοση γίνεται χρήση ιατρικής γνωμάτευσης – συνταγής (**Υπόδειγμα 11**) που ενέχει θέση εντολής ABN με απαραίτητη προϋπόθεση τη θεώρηση από ελεγκτή ιατρό σε κάθε περίπτωση.

A.1 ΔΑΠΑΝΕΣ ΙΔΙΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ

A.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

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

δ. Η συνταγογράφηση από ιδιώτη ιατρό επιτρέπεται μόνο σε έλλειψη στρατιωτικού ιατρού ή ιατρού δημόσιου νοσοκομείου στην περιοχή. Όταν συμβαίνει αυτό, να πιστοποιείται με βεβαίωση από την ΥΥ ή σχετικό παραπαιεμπτικό ή έγγραφο

ε. Η πληρωμή στο φαρμακείο γίνεται στη λιανική τιμή του φαρμάκου

στ. Η αποζημίωση της δαπάνης υπολογίζεται με βάση τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις.

ζ. Επί του συνολικού ποσού της αξίας των φαρμάκων ο στρατιωτικός βαρύνεται με συμμετοχή όπως ορίζουν κάθε φορά οι κείμενες διατάξεις περί συμμετοχών και τιμολόγησης φαρμάκων

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, εμπρόθεσμη, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Επικολημένο/ κουπόνι/α στην εντολή
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα φαρμακείου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Απόδειξη πληρωμής φαρμακείου
- Κοστολόγηση συνταγής από φαρμακοποιό είτε χειρόγραφα είτε μηχανογραφημένα

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Βεβαίωση ή παραπεμπτικό για συνταγογράφηση από ιδιώτη ιατρό
- Γνωμάτευση ειδικού ιατρού, σε συνταγογράφηση ανειδίκευτου ιατρού ή άλλης ειδικότητας
- Συνοδευτικά έντυπα (Αιτιολογημένη γνωμάτευση χορήγησης νεότερων αντιβιοτικών υπό περιορισμό διάθεσης, ειδικές συνταγές χορήγησης ναρκωτικών, ιατρικές γνωματεύσεις κτλ)

A.1.2 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ

α. Απαιτείται θεώρηση της εντολής ABN από ελεγκτή οδοντίατρο δύο φορές, στην έναρξη και στη λήξη των εργασιών (και ενδιαμέσως όπου απαιτείται). Τα όρια θεώρησης των εντολών καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις της ΓΕΑ/ΔΥΓ.

β. Η επιλογή του θεράποντα οδοντίατρου είναι ελεύθερη

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή οδοντίατρο, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα Οδοντίατρου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής με αναγραφή των γενομένων εργασιών. (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών ή Ταμειακή απόδειξη)

A.1.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

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. Επιτρέπεται η συνταγογράφηση μόνο από στρατιωτικό ιατρό ή ιατρό δημόσιου νοσοκομείου της περιοχής. Σε έλλειψη αυτών μπορεί να συνταγογραφήσει ιδιώτης ιατρός, γεγονός που πιστοποιείται με βεβαίωση από την ΥΥ ή σχετικό παραπεμπτικό ή σχετικό έγγραφο Νοσοκομείου

γ. Για την εκτέλεση της εντολής σε ιδιωτικό εργαστηριακό κέντρο απαιτείται βεβαίωση από ΥΥ, Στρ. Νοσοκομείο και Δημόσιο Νοσοκομείο της περιοχής ότι δε δύναται να πραγματοποιηθεί η εξέταση λόγω έλλειψης μέσων ή προσωπικού

δ. Οι μαγνητικές – αξονικές τομογραφίες (MRI,CT) και τα σπινθηρογραφήματα να συνοδεύονται από ιατρική γνωμάτευση για την αναγκαιότητά τους

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

στ. Η αποζημίωση των εργαστηριακών εξετάσεων υπολογίζονται με βάση τα τιμολόγια του Υπουργείου Υγείας που ισχύουν κάθε φορά. (Κρατικό Τιμολόγιο)

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα Κέντρου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής με αναγραφή των γενομένων εξετάσεων. (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών ή Ταμειακή απόδειξη)

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Βεβαίωση ή παραπεμπτικό για συνταγογράφηση από ιδιώτη ιατρό και εκτέλεση σε ιδιωτικό κέντρο
- Ιατρική Γνωμάτευση (όπου απαιτείται)

A.1.4 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

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. Επιτρέπεται η ιατρική επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό, μόνο όταν πιστοποιείται με βεβαίωση από την ΥΥ ή σχετικό παραπεμπτικό η έλλειψη στρατιωτικού ιατρού ή ιατρού δημόσιου νοσοκομείου σχετικής ειδικότητας στην περιοχή

γ. Δεν απαιτείται υπογραφή και σφραγίδα του ιατρού στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή», αφού ο ίδιος είναι και συνταγογράφος

δ. Η αποζημίωση των ιατρικών επισκέψεων υπολογίζεται με βάση τα τιμολόγια του Υπουργείου Υγείας που ισχύουν κάθε φορά. (Κρατικό Τιμολόγιο)

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ.
- Αναγραφή του αριθμού επίσκεψης στον ίδιο ιατρό ανά μήνα. (ΠΡΩΤΗ, ΔΕΥΤΕΡΗ κτλ)
- Δελτίο ή Απόδειξη παροχής υπηρεσιών με ημερομηνία ίδια με την εντολή ABN

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Βεβαίωση ή παραπεμπτικό σε ιδιώτη ιατρό

A.1.5 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

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. Επιτρέπεται η εκτέλεση ιατρικών πράξεων σε ιδιώτη ιατρό, μόνο με βεβαίωση από ΥΥ, Στρ. Νοσοκομείο και Δημόσιο Νοσοκομείο της περιοχής ότι δε δύναται να πραγματοποιηθεί η εξέταση λόγω έλλειψης μέσων ή προσωπικού

γ. Οι ιατρικές πράξεις εκτελούνται εντός ένα (1) μήνα από την ημερομηνία συνταγογράφησης.

δ. Η αποζημίωση των ιατρικών πράξεων υπολογίζεται με βάση τις κείμενες διατάξεις (ΠΔ432/83 και Κρατικό Τιμολόγιο) όπως ισχύουν κάθε φορά.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ.
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα ιατρού στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής με αναγραφή των γενομένων πράξεων. (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών ή Ταμειακή απόδειξη)

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Βεβαίωση ή παραπτεμπτικό για εκτέλεση της ιατρικής πράξης σε ιδιώτη ιατρό

A.1.6 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΗ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ - ΚΛΙΝΙΚΕΣ

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. Απαιτείται υποχρεωτικά έγκριση της Διεύθυνσης Υγειονομικού για την νοσηλεία του Στρατιωτικού σε Ιδιωτική κλινική λόγω έλλειψης μέσων ή προσωπικού στο Στρατιωτικό και Δημόσιο Νοσοκομείο

γ. Για τοκετό σε μαιευτική κλινική δεν απαιτείται ανάλογη έγκριση

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- 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)
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα του Ιδρύματος ή κλινικής στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικά πληρωμής (Τιμολόγια, Αποδείξεις ή Δελτία παροχής υπηρεσιών)
- Εισιτήριο – Εξιτήριο
- Έγκριση Διεύθυνσης Υγειονομικού
- Αναλυτικό Φύλλο Νοσηλείας θεωρημένο από ελεγκτή ιατρό

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Εξοφλητική απόδειξη (όπου απαιτείται)
- Λοιπά δικαιολογητικά (Γνωματεύσεις, Πρακτικά χειρουργείου, Τιμολόγια για φάρμακα, υγειονομικό υλικό και εξετάσεις-παροχές-θεραπείες εκτός κλειστού νοσηλείου και παράρτημα Παρατηρητηρίου Τιμών του Υπ. Υγείας, αν έχουν γίνει).

A.1.7 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ - ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ (Αναπνευστικές συσκευές, CPAP, BIPAP, κρεβάτια, νεφελοποιητές κτλ)

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. Επιτρέπεται η συνταγογράφηση μόνο από στρατιωτικό ιατρό και ελλείψη τέτοιου από ιατρό δημόσιου νοσοκομείου της περιοχής.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά **(Υπόδειγμα 1)**
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" **(Υπόδειγμα 2)**
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα καταστήματος αγοράς στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής με αναγραφή των υλικών. (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών ή Ταμειακή απόδειξη)
- Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Εξοφλητική απόδειξη (όπου απαιτείται)
- Υπεύθυνη Δήλωση του στρατιωτικού (Ν.1599/86) που θα δηλώνεται ότι «δεν έχω αγοράσει ή αγόρασα τον/την τελευταίο/α(χρόνο, διετία κτλ) τη συγκεκριμένη υγειονομική συσκευή, εις βάρος του Δημοσίου» (μπορεί να συμπληρώνεται και στο πίσω μέρος της εντολής ABN) **(Υπόδειγμα 3)**
- Απόφαση ΑΑΥΕ (όπου απαιτείται – επικοινωνία με ΓΕΑ/ΔΥΓ/ΥΥΕ)
- Συμπληρωματικά έντυπα κατά περίπτωση (πιστοποιητικό CE Mark, πιστοποιητικό εμπορικού επιμελητηρίου, Lot number κτλ)

A.1.8 ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΕΙΔΗ (Κηδεμόνες, Νάρθηκες κτλ)

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. Επιτρέπεται η συνταγογράφηση μόνο από στρατιωτικό ιατρό και ελλείψη τέτοιου από ιατρό δημόσιου νοσοκομείου της περιοχής.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά **(Υπόδειγμα 1)**
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" **(Υπόδειγμα 2)**
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα καταστήματος αγοράς στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής με αναγραφή των υλικών
- Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών ή Ταμειακή απόδειξη)
- Υπεύθυνη Δήλωση του στρατιωτικού (Ν.1599/86) που θα δηλώνεται ότι «δεν έχω αγοράσει ή αγόρασα τον/την τελευταίο/α(χρόνο, διετία κτλ) το συγκεκριμένο ή παρόμοιο ορθοπεδικό είδος, εις βάρος του Δημοσίου» (μπορεί να συμπληρώνεται και στο πίσω μέρος της εντολής ABN) **(Υπόδειγμα 3)**

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Συμπληρωματικά έντυπα κατά περίπτωση (πιστοποιητικό εκπαίδευσης, CE Mark, πιστοποιητικό εμπορικού επιμελητηρίου, Lot number κτλ)

A.1.9 ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΥΛΙΚΑ (Ταινίες σακχάρου, βελόνες, σκαρφιστήρες, επιθέματα, διατροφικά σκευάσματα κτλ)

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. Επιτρέπεται η συνταγογράφηση μόνο από στρατιωτικό ιατρό και ελλείψη τέτοιου από ιατρό δημόσιου νοσοκομείου της περιοχής.

γ. Η συνταγογράφηση γίνεται στις αρχές του μήνα ή στο τέλος του προηγούμενου.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα καταστήματος αγοράς στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής με αναγραφή των υλικών. (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών ή Ταμειακή απόδειξη)
- Ιατρική Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, με αιτιολόγηση της αναγκαιότητας και το χρονικό διάστημα χορήγησης του υλικού καθώς και η απαραίτητη ποσότητα ανά μήνα. Ειδικά για το αναλώσιμο διαβητολογικό υλικό η συνταγογράφηση μπορεί να καλύπτει και δίμηνο.

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Απόφαση ΑΑΥΕ (όπου απαιτείται – επικοινωνία με ΓΕΑ/ΔΥΓ/ΥΥΕ)

A.1.10 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

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. Επιτρέπεται η συνταγογράφηση μόνο από στρατιωτικό ιατρό και ελλείψη τέτοιου από ιατρό δημόσιου νοσοκομείου της περιοχής. Σε έλλειψη αυτών μπορεί να συνταγογραφήσει ιδιώτης ιατρός, γεγονός που πιστοποιείται με βεβαίωση από την ΥΥ ή σχετικό παραπεμπτικό ή έγγραφο

γ. Για την εκτέλεση της εντολής σε ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο ή εργαστήριο φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης απαιτείται βεβαίωση από ΥΥ, Στρ. Νοσοκομείο και Δημόσιο Νοσοκομείο της περιοχής ότι δε δύναται να πραγματοποιηθεί η εξέταση λόγω έλλειψης μέσων ή προσωπικού

δ. Από την έγκριση της εντολής από τον ελεγκτή ιατρό μέχρι την έκδοση του τιμολογίου θα μεσολαβούν τουλάχιστον τόσες εργάσιμες ημέρες όσες ο μέγιστος αριθμός συνεδριών - πράξεων

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)

- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα Κέντρου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών εξοφλημένο
- Ιατρική Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, που θα αναγράφεται η πάθηση, τα είδη και ο αριθμός των φυσιοθεραπευτικών πράξεων και θα δικαιολογείται η αναγκαιότητα αυτών για διάστημα θεραπείας μέχρι δύο (2) μήνες

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Βεβαίωση ή παραπεμπτικό για συνταγογράφηση από ιδιώτη ιατρό και εκτέλεση σε ιδιωτικό κέντρο
- Απόφαση ΑΑΥΕ για διάστημα θεραπείας μεγαλύτερο από δύο (2) μήνες

A.1.11 ΑΜΟΙΒΗ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ

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. Παρέχεται μόνο για σοβαρότατες νόσους κατά τη διάρκεια ενδονοσοκομειακής περίθαλψης και κατά τη νύχτα.

γ. Επιτρέπεται η συνταγογράφηση μόνο από στρατιωτικό ιατρό και ελλείψη τέτοιου από ιατρό δημόσιου νοσοκομείου της περιοχής

δ. Η αποζημίωση της αμοιβής αποκλειστικής νοσοκόμας υπολογίζεται με βάση τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις για τους δημοσίους υπαλλήλους.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, για την αναγκαιότητα της αποκλειστικής νοσοκόμας, υπογεγραμμένη από την Δντή της Κλινικής και θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Δελτίο παροχής υπηρεσιών - Έντυπο Κλινικής όπου υπογράφουν ο Δντής Κλινικής, η Πρνη της Κλινικής και η Αποκλειστική Νοσοκόμα

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Ιατρική Γνωμάτευση
- Απόφαση Επιτροπής Ποσοστού Αναπηρίας

A.1.12 ΟΔΟΙΠΟΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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. Δεν δικαιολογούνται έξοδα μετακίνησης στην ίδια πόλη και σε αποστάσεις μικρότερες των 30Km

γ. Επιτρέπεται η συνταγογράφηση μόνο από στρατιωτικό ιατρό και ελλείψη τέτοιου από ιατρό δημόσιου νοσοκομείου της περιοχής

δ. Σε περίπτωση δικαιολόγησης οδοιπορικών εξόδων μετακίνησης ασθενή:

- (1) Με μέσα μαζικής μεταφοράς υποβάλλονται τα εισιτήρια

(2) Με ταξί ή ασθενοφόρο ιδιωτικής εταιρείας υποβάλλεται η εξοφλητική απόδειξη μίσθωσης και θεωρείται από την οικεία Κρατική Αρχή (αστυνομική κ.λ.π.) για το κανονικό της τιμής, σε συνάρτηση με την χιλιομετρική απόσταση που διανύθηκε.

(3) Με ιδιωτικής χρήσης όχημα η αποζημίωση καθορίζεται από τον τύπο αυτοκινήτου, κατανάλωση καυσίμου, χιλιομετρική απόσταση, τιμή παρατηρητηρίου καυσίμων και διόδια

ε. Σε περίπτωση έγκρισης από ΑΑΥΕ οδοιπορικών εξόδων μετακίνησης ασθενή με συνήθη μεταφορικά μέσα αποζημιώνεται πάντα το φθηνότερο δημόσιο μέσο μεταφοράς με προσκόμιση αντιστοίχων βεβαιώσεων (ΚΤΕΛ, ΟΣΕ κτλ)

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά **(Υπόδειγμα 1)**
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” **(Υπόδειγμα 2)**
- Εντολή ΑΒΝ, για την αναγκαιότητα της μετακίνησης του στρατιωτικού και τυχόν συνοδού όπου θα αναγράφονται οι ημερομηνίες μετακίνησης, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ιατρική Γνωμάτευση για την αναγκαιότητα υγειονομικής παροχής
- Ιατρική Βεβαίωση για την αναγκαιότητα μετακίνησης (μπορεί να είναι στο ίδιο έντυπο με ανωτέρω) και συνοδού.
- Απόφαση ΑΑΥΕ (για την αναγκαιότητα μετακίνησης, συνοδού και είδους μεταφορικού μέσου)
- Βεβαίωση μετακίνησης Νοσηλευτικού Ιδρύματος προορισμού

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Εισιτήρια μέσων μαζικής μεταφοράς
- Αποδείξεις Διοδίων Εθνικών Οδών
- Απόδειξη πληρωμής εισιτηρίου ή μίσθωσης ειδικού μεταφορικού μέσου
- Βεβαιώσεις οργανισμών μαζικής μεταφοράς
- Λοιπά δικαιολογητικά (τύπος αυτοκινήτου, κατανάλωση καυσίμου, χιλιομετρική απόσταση, τιμή παρατηρητηρίου καυσίμων και διόδια)

A.1.13 ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ

- 1. ΑΓΟΡΑΣ ΓΥΑΛΙΩΝ ΟΡΑΣΕΩΣ**
- 2. ΑΓΟΡΑΣ ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΒΑΡΥΚΟΪΑΣ**
- 3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΣΤΡ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

A.1.13.1 ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΓΟΡΑΣ ΓΥΑΛΙΩΝ ΟΡΑΣΕΩΣ

- 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. Δικαιολογείται η καταβολή επιδόματος τρεις (3) φορές από 19 μέχρι 40 ετών και πέντε (5) φορές από 41 μέχρι 65 ετών
- γ. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η μεταβολή της οπτικής οξύτητας λόγω μεταβολής της διαθλαστικής ικανότητας των ματιών
- δ. Επιτρέπεται η συνταγογράφηση μόνο από στρατιωτικό ιατρό και ελλείψη τέτοιου από ιατρό δημόσιου νοσοκομείου της περιοχής
- ε. Η γνωμάτευση της ΥΕΑ μπορεί να είναι ατομική για κάθε δικαιούχο επιδόματος ή ομαδική για τους δικαιούχους Μονάδας
- στ. Το ύψος του καταβαλλόμενου επιδόματος καθορίζεται για κάθε περίπτωση στην παράγραφο 8.β του άρθρου 6 του ΠΔ 432/83
- ζ. Το ύψος του επιδόματος δεν μπορεί να υπερβαίνει σε καμιά περίπτωση το ύψος της δαπάνης που καταβλήθηκε από τον δικαιούχο.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, από οφθαλμίατρο, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα Οπτικού στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής (Τιμολόγιο ή Ταμειακή απόδειξη)
- Υπεύθυνη Δήλωση του στρατιωτικού (Ν.1599/86) που θα δηλώνεται η ηλικία του και πόσες φορές έχει πάρει επίδομα αγοράς γυαλιών μεταξύ των διαστημάτων 19-40 και 41-65 ετών (μπορεί να συμπληρώνεται και στο πίσω μέρος της εντολής ABN). (**Υπόδειγμα 4**)
- Γνωμάτευση Υγειονομικής Επιτροπής Αεροπορίας (Β΄ ΥΕΑ για Μονάδες ΑΤΑ και Γ΄ ΥΕΑ για υπόλοιπες)

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Ειδική συνταγή γυαλιών οφθαλμιάτρου (όταν δεν περιλαμβάνεται στην εντολή ABN)

ΠΡΟΣΟΧΗ : ΤΟ ΔΙΑΒΙΒΑΣΤΙΚΟ ΘΑ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΠΡΟΣ ΔΑΥ/Α10 ή ΑΤΑ/Β1 ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ Γ΄ΥΕΑ ή Β΄ ΥΕΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΠΡΟΣ ΓΕΑ/ΔΥΓ/ΥΥΕ

A.1.13.2 ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΓΟΡΑΣ ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΒΑΡΥΚΟΪΑΣ

- 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. Δικαιολογείται η καταβολή επιδόματος κάθε πέντε (5) χρόνια

γ. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η μεταβολή της ακουστικής οξύτητας

δ. Επιτρέπεται η συνταγογράφηση μόνο από στρατιωτικό ιατρό και ελλείψη τέτοιου από ιατρό δημόσιου νοσοκομείου της περιοχής

ε. Το ύψος του επιδόματος δεν μπορεί να υπερβαίνει σε καμία περίπτωση το ύψος της δαπάνης που καταβλήθηκε από τον δικαιούχο.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά **(Υπόδειγμα 1)**
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” **(Υπόδειγμα 2)**
- Εντολή ABN, από ΩΡΛ, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ειδική συνταγή ΩΡΛ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα καταστήματος στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής (Τιμολόγιο εξοφλημένο ή Ταμειακή απόδειξη)
- Υπεύθυνη Δήλωση του στρατιωτικού (Ν.1599/86) που θα δηλώνεται ότι «δεν έχω αγοράσει την τελευταία πενταετία ακουστικά βαρηκοΐας, εις βάρος του Δημοσίου» (μπορεί να συμπληρώνεται και στο πίσω μέρος της εντολής ABN)**(Υπόδειγμα 3)**
- Γνωμάτευση ΑΑΥΕ

ΠΡΟΣΟΧΗ : ΤΟ ΔΙΑΒΙΒΑΣΤΙΚΟ ΘΑ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΠΡΟΣ ΔΑΥ/Α10 ή ΑΤΑ/Β1 ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ Γ΄ΥΕΑ ή Β΄ ΥΕΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΠΡΟΣ ΓΕΑ/ΔΥΓ/ΥΥΕ

A.1.13.3 ΕΠΙΔΟΜΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΣΤΡ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

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. Απαιτείται ληξιαρχική πράξη γέννησης του παιδιού είτε αυτό γεννήθηκε ζωντανό ή νεκρό (θεωρείται τοκετός όταν ξεπεραστούν οι 28 εβδομάδες της κύησης)

γ. Αν γεννηθούν περισσότερα από ένα παιδιά ή όταν ο τοκετός γίνει σε Πανεπιστημιακή Κλινική το επίδομα καταβάλλεται μία φορά προσαυξημένο κατά 25%.

δ. Το ύψος του επιδόματος φυσιολογικού τοκετού καθορίζεται για κάθε περίπτωση και δικαιούχο στην παράγραφο 1 του άρθρου 10 του ΠΔ 432/83, ανεξάρτητα αν η γέννηση του παιδιού έγινε σε νοσοκομείο ή κλινική ή στο σπίτι και ανεξάρτητα αν πραγματοποιήθηκε με εμβρυουλκία ή λοιπά βοηθητικά μέσα.

ε. Για τον υπολογισμό του επιδόματος τοκετού που χορηγείται στο γυναικείο στρατιωτικό προσωπικό, λαμβάνεται υπ’ όψιν ο βαθμός της μισθολογικής προαγωγής ή του μισθολογικού κλιμακίου της δικαιούχου.

στ. Για τους μη φυσιολογικούς τοκετούς γυναικείου στρατιωτικού προσωπικού και συζύγων στρατιωτικών, δηλαδή με καισαρική τομή ή πρώιμη εκβολή του εμβρύου (πριν από τη συμπλήρωση του δού μήνα εγκυμοσύνης), παρέχεται η δυνατότητα:

(1) Αναγνώρισης της δαπάνης νοσηλείας της λεχώνας, στην οποία μετέχει ο στρατιωτικός σύμφωνα με το ποσοστό που καθορίζεται στο άρθρο 7 του ΠΔ 432/83, ανάλογα με το είδος του Νοσηλευτηρίου (Ιδιωτική Κλινική ή Δημόσιο Νοσοκομείο) και εφ’ όσον το επίδομα υπολείπεται της δαπάνης νοσηλείας. Στην περίπτωση αυτή, ακολουθείται η διαδικασία της νοσοκομειακής περίθαλψης.

(2) Καταβολής στην δικαιούχο του προβλεπόμενου επιδόματος φυσιολογικού τοκετού, εφ' όσον είναι μεγαλύτερο από τη δαπάνη νοσηλείας, όπως αυτή προκύπτει μετά την κοστολόγησή της από την ΥΥΕ σύμφωνα με τα ισχύοντα τιμολόγια του Υπουργείου Υγείας. Διευκρινίζεται ότι η δαπάνη νοσηλείας της λεχώνας βαρύνει εξ ολοκλήρου τον ασφαλισμένο στρατιωτικό, εάν αυτός επιλέξει να λάβει το επίδομα φυσιολογικού τοκετού.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά **(Υπόδειγμα 1)**
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" **(Υπόδειγμα 2)**
- Εντολή ABN της λεχώνας στρατιωτικού θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα (φυσιολογικός τοκετός, ημερομηνία εισόδου-εξόδου, φύλο, βάρος κτλ)+ τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ληξιαρχική πράξη γέννησης του παιδιού
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα Μαιευτηρίου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής (Τιμολόγιο εξοφλημένο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών)
- Φύλλο μισθοδοσίας κατά το μήνα του τοκετού
- Υπεύθυνη Δήλωση της στρατιωτικού (Ν.1599/86) που θα δηλώνεται ότι «δε δικαιούμαι, ούτε θα λάβω επίδομα τοκετού από άλλο ασφαλιστικό φορέα ή υπηρεσία του Δημοσίου εκτός του ΥΕΘΑ» (μπορεί να συμπληρώνεται και στο πίσω μέρος της εντολής ABN) **(Υπόδειγμα 5)**

A.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΜΕΛΟΥΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ

A.2.1 ΦΑΡΜΑΚΑ

α. Απαιτείται θεώρηση της εντολής 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

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

δ. Η πληρωμή στο φαρμακείο γίνεται στη λιανική τιμή του φαρμάκου

ε. Η αποζημίωση της δαπάνης υπολογίζεται με βάση τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις

στ. Επί του συνολικού ποσού της αξίας των φαρμάκων ο στρατιωτικός βαρύνεται με συμμετοχή όπως ορίζουν κάθε φορά οι κείμενες διατάξεις περί συμμετοχών και τιμολόγησης φαρμάκων

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, εμπρόθεσμη, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Επικολημένο/ κουπόνι/α στην εντολή
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα φαρμακείου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Απόδειξη πληρωμής φαρμακείου
- Κοστολόγηση συνταγής από φαρμακοποιό είτε χειρόγραφα είτε μηχανογραφημένα

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Γνωμάτευση ειδικού ιατρού, σε συνταγογράφηση ανειδίκευτου ή άλλης ειδικότητας
- Συνοδευτικά έντυπα (Αιτιολογημένη γνωμάτευση χορήγησης νεότερων αντιβιοτικών υπό περιορισμό διάθεσης, ειδικές συνταγές χορήγησης ναρκωτικών, ιατρικές γνωματεύσεις κτλ)

A.2.2 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ

Απαιτείται θεώρηση της εντολής ABN από ελεγκτή οδοντίατρο δύο φορές, στην έναρξη και στη λήξη των εργασιών (και ενδιάμεσα όπου απαιτείται). Τα όρια θεώρησης των εντολών καθορίζονται από τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις της ΓΕΑ/ΔΥΓ.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή οδοντίατρο, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα Οδοντιάτρου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής με αναγραφή των γενομένων εργασιών. (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών ή Ταμειακή απόδειξη)

A.2.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

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. Οι μαγνητικές – αξονικές τομογραφίες (MRI,CT) και τα σπινθηρογραφήματα να συνοδεύονται από ιατρική γνωμάτευση για την αναγκαιότητά τους

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

δ. Η αποζημίωση των εργαστηριακών εξετάσεων υπολογίζονται με βάση τα τιμολόγια του Υπουργείου Υγείας που ισχύουν κάθε φορά. (Κρατικό Τιμολόγιο)

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα Κέντρου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής με αναγραφή των γενομένων εξετάσεων. (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών ή Ταμειακή απόδειξη)

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Ιατρική Γνωμάτευση (όπου απαιτείται)

A.2.4 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

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. Δεν απαιτείται υπογραφή και σφραγίδα του ιατρού στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή», αφού ο ίδιος είναι και συνταγογράφος

γ. Η αποζημίωση των ιατρικών επισκέψεων υπολογίζεται με βάση τα τιμολόγια του Υπουργείου Υγείας που ισχύουν κάθε φορά. (Κρατικό Τιμολόγιο)

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ.
- Αναγραφή του αριθμού επίσκεψης στον ίδιο ιατρό ανά μήνα.(ΠΡΩΤΗ, ΔΕΥΤΕΡΗ κτλ)
- Δελτίο ή Απόδειξη παροχής υπηρεσιών με ημερομηνία ίδια με την εντολή ABN

A.2.5 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

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. Οι ιατρικές πράξεις εκτελούνται εντός ένα (1) μήνα από την ημερομηνία συνταγογράφησης.

γ. Η αποζημίωση των ιατρικών πράξεων υπολογίζεται με βάση τις κείμενες διατάξεις (ΠΔ432/83 και Κρατικό Τιμολόγιο) όπως ισχύουν κάθε φορά.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ.
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα ιατρού στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής με αναγραφή των γενομένων πράξεων. (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών ή Ταμειακή απόδειξη)

A.2.6 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΗ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ - ΚΛΙΝΙΚΕΣ

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

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- 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)
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα του Ιδρύματος ή κλινικής στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικά πληρωμής (Τιμολόγια, Αποδείξεις ή Δελτία παροχής υπηρεσιών)
- Εισιτήριο – Εξιτήριο
- Αναλυτικό Φύλλο Νοσηλείας θεωρημένο από ελεγκτή ιατρό

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Εξοφλητική απόδειξη (όπου απαιτείται)
- Λοιπά δικαιολογητικά (Γνωματεύσεις, Πρακτικά χειρουργείου, Τιμολόγια για φάρμακα, υγειονομικό υλικό και εξετάσεις-παροχές-θεραπείες εκτός κλειστού νοσηλείου και παράρτημα Παρατηρητηρίου Τιμών του Υπ. Υγείας, αν έχουν γίνει).

A.2.7 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ - ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ (Αναπνευστικές συσκευές, CPAP, BIPAP, κρεβάτια, νεφελοποιητές κτλ)

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

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ

- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα καταστήματος αγοράς στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής με αναγραφή των υλικών. (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών ή Ταμειακή απόδειξη)
- Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Εξοφλητική απόδειξη (όπου απαιτείται)
- Υπεύθυνη Δήλωση του στρατιωτικού (Ν.1599/86) που θα δηλώνεται ότι «δεν έχω αγοράσει ή αγόρασα τον/την τελευταίο/α(χρόνο, διατία κτλ) τη συγκεκριμένη υγειονομική συσκευή, για το μέλος της οικογένειάς μουεις βάρος του Δημοσίου» (μπορεί να συμπληρώνεται και στο πίσω μέρος της εντολής ABN) **(Υπόδειγμα 6)**
- Απόφαση ΑΑΥΕ (όπου απαιτείται – επικοινωνία με ΓΕΑ/ΔΥΓ/ΥΥΕ)
- Συμπληρωματικά έντυπα κατά περίπτωση (πιστοποιητικό CE Mark, πιστοποιητικό εμπορικού επιμελητηρίου, Lot number κτλ)

A.2.8 ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΕΙΔΗ (Κηδεμόνες, Νάρθηκες κτλ)

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

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά **(Υπόδειγμα 1)**
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" **(Υπόδειγμα 2)**
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα καταστήματος αγοράς στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής με αναγραφή των υλικών
- Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών ή Ταμειακή απόδειξη)
- Υπεύθυνη Δήλωση του στρατιωτικού (Ν.1599/86) που θα δηλώνεται ότι «δεν έχω αγοράσει ή αγόρασα τον/την τελευταίο/α(χρόνο, διατία κτλ) το συγκεκριμένο ή παρόμοιο ορθοπεδικό είδος, για το μέλος της οικογένειάς μουεις βάρος του Δημοσίου» (μπορεί να συμπληρώνεται και στο πίσω μέρος της εντολής ABN) **(Υπόδειγμα 6)**

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Συμπληρωματικά έντυπα κατά περίπτωση (πιστοποιητικό εκπαίδευσης, CE Mark, πιστοποιητικό εμπορικού επιμελητηρίου, Lot number κτλ)

A.2.9 ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΥΛΙΚΑ (Ταινίες σακχάρου, βελόνες, σκαρφιστήρες, επιθέματα, ειδικές τροφές, παιδικά γάλατα, διατροφικά σκευάσματα κτλ)

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. Η συνταγογράφηση γίνεται στις αρχές του μήνα ή στο τέλος του προηγούμενου.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα καταστήματος αγοράς στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής με αναγραφή των υλικών. (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών ή Ταμειακή απόδειξη)
- Ιατρική Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, με αιτιολόγηση της αναγκαιότητας και το χρονικό διάστημα χορήγησης του υλικού καθώς και η απαραίτητη ποσότητα ανά μήνα. Ειδικά για το αναλώσιμο διαβητολογικό υλικό η συνταγογράφηση μπορεί να καλύπτει και δίμηνο.

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Απόφαση ΑΑΥΕ (όπου απαιτείται – επικοινωνία με ΓΕΑ/ΔΥΓ/ΥΥΕ)
- Γνωμάτευση Κρατικού Νοσοκομείου για ειδικές τροφές-παιδικά γάλατα + τα Αποτελέσματα της εργαστηριακής εξέτασης ελέγχου της δυσανεξίας - αλλεργία (πχ RAST test)

A.2.10 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

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. Από την έγκριση της εντολής από τον ελεγκτή ιατρό μέχρι την έκδοση του τιμολογίου θα μεσολαβούν τουλάχιστον τόσες εργάσιμες ημέρες όσες ο μέγιστος αριθμός συνεδριών – πράξεων

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα Κέντρου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών εξοφλημένο)
- Ιατρική Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, που θα αναγράφεται η πάθηση, τα είδη και ο αριθμός των φυσιοθεραπευτικών πράξεων και θα δικαιολογείται η αναγκαιότητα αυτών για διάστημα θεραπείας μέχρι δύο (2) μήνες

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Απόφαση ΑΑΥΕ για διάστημα θεραπείας μεγαλύτερο από δύο (2) μήνες

A.2.11 ΑΜΟΙΒΗ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ

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. Παρέχεται μόνο για σοβαρότατες νόσους κατά τη διάρκεια ενδονοσοκομειακής περίθαλψης και κατά τη νύχτα.

γ. Η αποζημίωση της αμοιβής αποκλειστικής νοσοκόμας υπολογίζεται με βάση τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις για τους δημοσίους υπαλλήλους.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, για την αναγκαιότητα της αποκλειστικής νοσοκόμας, υπογεγραμμένη από την Δντή της Κλινικής και θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Δελτίο παροχής υπηρεσιών - Έντυπο Κλινικής όπου υπογράφουν ο Δντής Κλινικής, η Πρνη της Κλινικής και η Αποκλειστική Νοσοκόμα

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Ιατρική Γνωμάτευση
- Απόφαση Επιτροπής Ποσοστού Αναπηρίας

A.2.12 ΟΔΟΙΠΟΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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. Δεν δικαιολογούνται έξοδα μετακίνησης στην ίδια πόλη και σε αποστάσεις μικρότερες των 30Km

γ. Σε περίπτωση δικαιολόγησης οδοιπορικών εξόδων μετακίνησης ασθενή:

(1) Με μέσα μαζικής μεταφοράς υποβάλλονται τα εισιτήρια

(2) Με ταξί ή ασθενοφόρο ιδιωτικής εταιρείας υποβάλλεται η εξοφλητική απόδειξη μίσθωσης και θεωρείται από την οικεία Κρατική Αρχή (αστυνομική κ.λ.π.) για το κανονικό της τιμής, σε συνάρτηση με την χιλιομετρική απόσταση που διανύθηκε.

(3) Με ιδιωτικής χρήσης όχημα η αποζημίωση καθορίζεται από τον τύπο αυτοκινήτου, κατανάλωση καυσίμου, χιλιομετρική απόσταση, τιμή παρατηρητηρίου καυσίμων και διόδια

δ. Σε περίπτωση έγκρισης από ΑΑΥΕ οδοιπορικών εξόδων μετακίνησης ασθενή με συνήθη μεταφορικά μέσα αποζημιώνεται πάντα το φθηνότερο δημόσιο μέσο μεταφοράς με προσκόμιση αντιστοίχων βεβαιώσεων (ΚΤΕΛ, ΟΣΕ κτλ)

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, για την αναγκαιότητα της μετακίνησης του στρατιωτικού και τυχόν συνοδού όπου θα αναγράφονται οι ημερομηνίες μετακίνησης, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ιατρική Γνωμάτευση για την αναγκαιότητα υγειονομικής παροχής
- Ιατρική Βεβαίωση για την αναγκαιότητα μετακίνησης (μπορεί να είναι στο ίδιο έντυπο με ανωτέρω) και συνοδού.
- Απόφαση ΑΑΥΕ (για την αναγκαιότητα μετακίνησης, συνοδού και είδους μεταφορικού μέσου)
- Βεβαίωση μετακίνησης Νοσηλευτικού Ιδρύματος προορισμού

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Εισιτήρια μέσων μαζικής μεταφοράς
- Αποδείξεις Διοδίων Εθνικών Οδών
- Απόδειξη πληρωμής εισιτηρίου ή μίσθωσης ειδικού μεταφορικού μέσου
- Βεβαιώσεις οργανισμών μαζικής μεταφοράς
- Λοιπά δικαιολογητικά (τύπος αυτοκινήτου, κατανάλωση καυσίμου, χιλιομετρική απόσταση, τιμή παρατηρητηρίου καυσίμων και διόδια)

A.2.13 ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ

1. **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΩΦΑΛΛΩΝ**
2. **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΥΦΛΩΝ**
3. **ΑΓΟΡΑΣ ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΒΑΡΥΚΟΪΑΣ**
4. **ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ-ΣΥΖΥΓΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ**
5. **ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ (Λογοθεραπεία, Εργοθεραπεία, Ειδική Διαπαιδαγώγηση, Ειδική Συμπεριφορά, Ασκήσεις Ομιλίας, Νοητική Στέρηση, Ψυχοθεραπεία)**

A.2.13.1 ΕΠΙΔΟΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΩΦΑΛΛΩΝ

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. Αφορά δεδουλευμένο επίδομα σε ειδικό εκπαιδευτήριο

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

δ. Το ύψος του επιδόματος δεν μπορεί να υπερβαίνει σε καμιά περίπτωση το ύψος της δαπάνης που καταβλήθηκε από τον δικαιούχο.

ε. Το ύψος του επιδόματος υπολογίζεται με βάση το ΠΔ432/83 όπως ισχύει κάθε φορά.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα του εκπαιδευτηρίου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών εξοφλημένο)
- Γνωμάτευση ΑΑΥΕ

Επιλογή A.2.13.2 ΕΠΙΔΟΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΥΦΛΩΝ

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. Αφορά δεδουλευμένο επίδομα σε ειδικό εκπαιδευτήριο

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

δ. Το ύψος του επιδόματος δεν μπορεί να υπερβαίνει σε καμιά περίπτωση το ύψος της δαπάνης που καταβλήθηκε από τον δικαιούχο.

ε. Το ύψος του επιδόματος υπολογίζεται με βάση το ΠΔ432/83 όπως ισχύει κάθε φορά.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα του εκπαιδευτηρίου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»

- Παραστατικό πληρωμής (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών εξοφλημένο)
- Γνωμάτευση ΑΑΥΕ

Επιλογή Α.2.13.3 ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΓΟΡΑΣ ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΒΑΡΥΚΟΪΑΣ

- 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. Δικαιολογείται η καταβολή επιδόματος κάθε πέντε (5) χρόνια
- γ. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η μεταβολή της ακουστικής οξύτητας
- δ. Το ύψος του επιδόματος δεν μπορεί να υπερβαίνει σε καμιά περίπτωση το ύψος της δαπάνης που καταβλήθηκε από τον δικαιούχο.
- ε. Το ύψος του επιδόματος υπολογίζεται με βάση το ΠΔ432/83 όπως ισχύει κάθε φορά.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 1**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 2**)
- Εντολή ABN, από ΩΡΛ, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ειδική συνταγή ΩΡΛ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα καταστήματος στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής (Τιμολόγιο εξοφλημένο ή Ταμειακή απόδειξη)
- Υπεύθυνη Δήλωση του στρατιωτικού (Ν.1599/86) που θα δηλώνεται ότι «δεν έχω αγοράσει την τελευταία πενταετία ακουστικά βαρηκοΐας, για το μέλος της οικογένειάς μου, εις βάρος του Δημοσίου» (μπορεί να συμπληρώνεται και στο πίσω μέρος της εντολής ABN)(**Υπόδειγμα 6**)
- Γνωμάτευση ΑΑΥΕ

Α.2.13.4 ΕΠΙΔΟΜΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ-ΜΕΛΟΥΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ

- 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. Απαιτείται ληξιαρχική πράξη γέννησης του παιδιού είτε αυτό γεννήθηκε ζωντανό ή νεκρό (θεωρείται τοκετός όταν ξεπεραστούν οι 28 εβδομάδες της κύησης)
- γ. Αν γεννηθούν περισσότερα από ένα παιδιά ή όταν ο τοκετός γίνει σε Πανεπιστημιακή Κλινική το επίδομα καταβάλλεται μία φορά προσαυξημένο κατά 25%.
- δ. Το ύψος του επιδόματος φυσιολογικού τοκετού καθορίζεται για κάθε περίπτωση και δικαιούχο στην παράγραφο 1 του άρθρου 10 του ΠΔ 432/83, ανεξάρτητα αν η γέννηση του παιδιού έγινε σε νοσοκομείο ή κλινική ή στο σπίτι και ανεξάρτητα αν πραγματοποιήθηκε με εμβρυολκία ή λοιπά βοηθητικά μέσα.
- ε. Για τους μη φυσιολογικούς τοκετούς συζύγων στρατιωτικών, δηλαδή με καισαρική τομή ή πρώιμη εκβολή του εμβρύου (πριν από τη συμπλήρωση του δού μήνα εγκυμοσύνης), παρέχεται η δυνατότητα:

(1) Αναγνώρισης της δαπάνης νοσηλείας της λεχώνας, στην οποία μετέχει ο στρατιωτικός σύμφωνα με το ποσοστό που καθορίζεται στο άρθρο 11 του ΠΔ 432/83, ανάλογα με το είδος του Νοσηλευτηρίου (Ιδιωτική Κλινική ή Δημόσιο Νοσοκομείο) και εφ' όσον το επίδομα υπολείπεται της δαπάνης νοσηλείας. Στην περίπτωση αυτή, ακολουθείται η διαδικασία της νοσοκομειακής περίθαλψης.

(2) Καταβολής στον δικαιούχο του προβλεπόμενου επιδόματος φυσιολογικού τοκετού, εφ' όσον είναι μεγαλύτερο από τη δαπάνη νοσηλείας, όπως αυτή προκύπτει μετά την κοστολόγησή της από την ΥΓΕ σύμφωνα με τα ισχύοντα τιμολόγια του Υπουργείου Υγείας. Διευκρινίζεται ότι η δαπάνη νοσηλείας της λεχώνας βαρύνει εξ ολοκλήρου τον ασφαλισμένο στρατιωτικό, εάν αυτός επιλέξει να λάβει το επίδομα φυσιολογικού τοκετού.

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά **(Υπόδειγμα 1)**
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” **(Υπόδειγμα 2)**
- Εντολή ABN της λεχώνας θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα (φυσιολογικός τοκετός, ημερομηνία εισόδου-εξόδου, φύλο, βάρος κτλ)+ τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ληξιαρχική πράξη γέννησης του παιδιού
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα Μαιευτηρίου στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή»
- Παραστατικό πληρωμής (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών εξοφλημένο)
- Υπεύθυνη Δήλωση του στρατιωτικού (Ν.1599/86) που θα δηλώνεται ότι «δε δικαιούμαι, ούτε θα λάβω επίδομα τοκετού, για λογαριασμό της συζύγου μου από άλλο ασφαλιστικό φορέα ή υπηρεσία του Δημοσίου εκτός του ΥΕΘΑ» (μπορεί να συμπληρώνεται και στο πίσω μέρος της εντολής ABN)**(Υπόδειγμα 7)**

A.2.13.5 ΕΠΙΔΟΜΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ (Λογοθεραπεία, Εργοθεραπεία, Ειδική Διαπαιδαγώγηση, Ειδική Συμπεριφορά, Ασκήσεις Ομιλίας, Νοητική Στέρωση, Ψυχοθεραπεία)

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. Τα επιδόματα καταβάλλονται μέχρι την συμπλήρωση του 21^{ου} έτους της ηλικίας του τέκνου του στρατιωτικού.

ε. 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.

στ. Γίνονται αποδεκτές ιατρικές γνωματεύσεις ιατρών ειδικότητας παιδιάτρου 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.

ζ. Στην ιατρική γνωμάτευση, πρότυπο της οποίας επισυνάπτεται, 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)

η. 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.

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

ι. 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)

Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά **(Υπόδειγμα 1)**
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" **(Υπόδειγμα 2)**
- Εντολή ΑΒΝ θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, με όλα τα στοιχεία συμπληρωμένα + τηλέφωνο και ΑΜΚΑ
- Ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα παρόχου/ων στη θέση «Αυτός που εκτέλεσε την εντολή». Κάθε πάροχος να σημειώνει για ποια διαταραχή παρέχει υπηρεσίες.
- Παραστατικό πληρωμής (Τιμολόγιο ή Δελτίο παροχής υπηρεσιών εξοφλημένο)
- Ιατρική Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού **(Υπόδειγμα 12)**
- Μηνιαίο Πρόγραμμα διενεργηθεισών πράξεων ειδικής αγωγής
- Απόφαση ΑΑΥΕ

Μη Υποχρεωτικά δικαιολογητικά

- Ιατρική Έκθεση Προόδου της θεραπείας για αγωγή πέραν του ενός (1) χρόνου
- Απόφαση ΚΕΔΔΥ για παιδιά άνω των 12 ετών και μόνο για μαθησιακές διαταραχές, απότοκες υποκείμενης νόσου

Κεφάλαιο Β. ΔΑΠΑΝΕΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ

Β.1 ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Β.1.1 ΔΑΠΑΝΕΣ ΙΔΙΩΝ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

α. Τα επιδόματα που δικαιολογούνται στο εσωτερικό για τους στρατιωτικούς καταβάλλονται εις διπλούν στο εξωτερικό με τα ίδια δικαιολογητικά.

β. Τα επιδόματα γυαλιών και ακουστικών βαρηκοΐας καταβάλλονται στο εξωτερικό μόνο μία φορά.

γ. Στην οδοντιατρική περίθαλψη καλύπτονται μόνο τα επείγοντα περιστατικά.

Απαραίτητα δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 8**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 9**)
- Πρωτότυπη Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, όπου φαίνεται η πάθηση, τα φάρμακα, οι παρακλινικές εξετάσεις και άλλες θεραπείες
- Επίσημα μεταφρασμένη Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, όπου αναγράφεται η πάθηση, τα φάρμακα, οι παρακλινικές εξετάσεις και άλλες θεραπείες
- Επίσημες πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις πληρωμής νοσοκομείων, γιατρών, φαρμακείων κτλ, θεωρημένες από την πλησιέστερη Ελληνική Προξενική ή Στρατιωτική Αρχή, για το κανονικό της τιμής σύμφωνα με αυτά που ισχύουν σ’ εκείνη τη χώρα.
- Επίσημα μεταφρασμένες εξοφλητικές αποδείξεις πληρωμής νοσοκομείων, γιατρών, φαρμακείων κτλ, θεωρημένες από την πλησιέστερη Ελληνική Προξενική ή Στρατιωτική Αρχή, για το κανονικό της τιμής σύμφωνα με αυτά που ισχύουν σ’ εκείνη τη χώρα.
- Διαταγή τοποθέτησης του Στρατιωτικού

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Πρωτότυπη γνωμάτευση νοσηλείας, όπου αναγράφονται και οι εξετάσεις που παρασχέθηκαν (σε περίπτωση νοσηλείας)
- Επίσημα μεταφρασμένη γνωμάτευση νοσηλείας όπου αναγράφονται και οι εξετάσεις που παρασχέθηκαν (σε περίπτωση νοσηλείας)

ΠΡΟΣΟΧΗ : ΤΟ ΔΙΑΒΙΒΑΣΤΙΚΟ ΘΑ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΠΡΟΣ ΔΔΥ/Α10 ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ Γ΄ΥΕΑ Η ΟΠΟΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ. ΚΑΤΟΠΙΝ Η ΔΔΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΙ ΤΗ ΔΑΠΑΝΗ ΠΡΟΣ ΓΕΑ/ΔΥΓ

Β.1.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΜΕΛΟΥΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

α. Τα επιδόματα που δικαιολογούνται στο εσωτερικό για τα μέλη οικογένειας στρατιωτικών καταβάλλονται εις διπλούν στο εξωτερικό με τα ίδια δικαιολογητικά

β. Στην οδοντιατρική περίθαλψη καλύπτονται μόνο τα επείγοντα περιστατικά

Απαραίτητα δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά (**Υπόδειγμα 8**)
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου “Δ” (**Υπόδειγμα 9**)
- Πρωτότυπη Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, όπου φαίνεται η πάθηση, τα φάρμακα, οι παρακλινικές εξετάσεις και άλλες θεραπείες

- Επίσημα μεταφρασμένη Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, όπου αναγράφεται η πάθηση, τα φάρμακα, οι παρακλινικές εξετάσεις και άλλες θεραπείες
- Επίσημες πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις πληρωμής νοσοκομείων, γιατρών, φαρμακείων κτλ, θεωρημένες από την πλησιέστερη Ελληνική Προξενική ή Στρατιωτική Αρχή, για το κανονικό της τιμής σύμφωνα με αυτά που ισχύουν σ' εκείνη τη χώρα.
- Επίσημα μεταφρασμένες εξοφλητικές αποδείξεις πληρωμής νοσοκομείων, γιατρών, φαρμακείων κτλ, θεωρημένες από την πλησιέστερη Ελληνική Προξενική ή Στρατιωτική Αρχή, για το κανονικό της τιμής σύμφωνα με αυτά που ισχύουν σ' εκείνη τη χώρα.
- Διαταγή τοποθέτησης του Στρατιωτικού
- Διαταγή μετάκλησης της οικογένειας
- Υπεύθυνη Δήλωση του Στρατιωτικού στην οποία θα δηλώνεται ότι το συγκεκριμένο μέλος της οικογένειάς του, είναι δικαιούχο υγειονομικής περίθαλψης μόνο στο ΥΕΘΑ και όχι σε άλλο ασφαλιστικό φορέα. **(Υπόδειγμα 10)**

Επιπλέον δικαιολογητικά

- Πρωτότυπη γνωμάτευση νοσηλείας, όπου αναγράφονται και οι εξετάσεις που παρασχέθηκαν (σε περίπτωση νοσηλείας)
- Επίσημα μεταφρασμένη γνωμάτευση νοσηλείας όπου αναγράφονται και οι εξετάσεις που παρασχέθηκαν (σε περίπτωση νοσηλείας)

ΠΡΟΣΟΧΗ : ΤΟ ΔΙΑΒΙΒΑΣΤΙΚΟ ΘΑ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΠΡΟΣ ΔΔΥ/Α10 ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ Γ'ΥΕΑ Η ΟΠΟΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ. ΚΑΤΟΠΙΝ Η ΔΔΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΙ ΤΗ ΔΑΠΑΝΗ ΠΡΟΣ ΓΕΑ/ΔΥΓ

B.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΑΠΟΣΤΕΛΛΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ

Απαραίτητα δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά **(Υπόδειγμα 8)**
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" **(Υπόδειγμα 9)**
- Απόφαση ΑΑΥΕ για αναγκαιότητα της μετάβασης στο εξωτερικό για νοσηλεία
- Εγκριτική απόφαση της ΓΕΑ/ΔΥΓ μετάβασης στο εξωτερικό για νοσηλεία
- Απόδειξη πληρωμής εισιτηρίων μετάβασης και διαμονής για τον ίδιο και αν αποφασιστεί για ένα συνοδό μέλος
- Πρωτότυπη Ιατρική γνωμάτευση νοσοκομείου με λεπτομερειακή ανάλυση περίθαλψης
- Επίσημα μεταφρασμένη Ιατρική γνωμάτευση νοσοκομείου με λεπτομερειακή ανάλυση περίθαλψης
- Πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις πληρωμής δαπανών νοσηλείας, ξενοδοχείων, μεταφορικών μέσων κτλ, θεωρημένες από την πλησιέστερη Ελληνική Προξενική ή Στρατιωτική Αρχή, για το κανονικό της τιμής σύμφωνα με αυτά που ισχύουν σ' εκείνη τη χώρα.
- Επίσημα μεταφρασμένες εξοφλητικές αποδείξεις πληρωμής δαπανών νοσηλείας, ξενοδοχείων, μεταφορικών μέσων κτλ, θεωρημένες από την πλησιέστερη Ελληνική Προξενική ή Στρατιωτική Αρχή, για το κανονικό της τιμής σύμφωνα με αυτά που ισχύουν σ' εκείνη τη χώρα

ΠΡΟΣΟΧΗ : Η ΑΝΑΦΟΡΑ ΘΑ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΠΡΟΣ ΓΕΑ/ΔΥΓ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ, ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΠΡΟΣ ΑΑΥΕ ΚΑΙ ΚΑΤΟΠΙΝ ΠΡΟΣ ΟΛΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΕΤΗΣΗ

B.3 ΔΑΠΑΝΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΑΛΛΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ (ΑΝΑΨΥΧΗ, ΚΤΛ) ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΕΝΤΥΠΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

- α. Οι δαπάνες αφορούν μόνο επείγοντα περιστατικά
- β. Απαιτείται έγκριση από την Υπηρεσία για τη μετάβαση στο εξωτερικό εν ενεργεία στρατιωτικού

Απαραίτητα δικαιολογητικά

- Ατομική Αναφορά **(Υπόδειγμα 8)**
- Κατάσταση Δαπάνης – Υπόμνημα Τύπου "Δ" **(Υπόδειγμα 9)**
- Πρωτότυπη Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, όπου φαίνεται η πάθηση, τα φάρμακα, οι παρακλινικές εξετάσεις και άλλες θεραπείες
- Επίσημα μεταφρασμένη Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, όπου αναγράφεται η πάθηση, τα φάρμακα, οι παρακλινικές εξετάσεις και άλλες θεραπείες
- Επίσημες πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις πληρωμής νοσοκομείων, γιατρών, φαρμακείων κτλ, θεωρημένες από την πλησιέστερη Ελληνική Προξενική ή Στρατιωτική Αρχή, για το κανονικό της τιμής σύμφωνα με αυτά που ισχύουν σ' εκείνη τη χώρα.
- Επίσημα μεταφρασμένες εξοφλητικές αποδείξεις πληρωμής νοσοκομείων, γιατρών, φαρμακείων κτλ, θεωρημένες από την πλησιέστερη Ελληνική Προξενική ή Στρατιωτική Αρχή, για το κανονικό της τιμής σύμφωνα με αυτά που ισχύουν σ' εκείνη τη χώρα.
- Άδεια εξωτερικού για εν ενεργεία στρατιωτικό
- Υπεύθυνη Δήλωσή για μέλος οικογένειας στρατιωτικού, στην οποία θα δηλώνεται ότι το συγκεκριμένο μέλος, είναι δικαιούχο υγειονομικής περίθαλψης μόνο στο ΥΕΘΑ και όχι σε άλλο ασφαλιστικό φορέα. **(Υπόδειγμα 10)**

ΠΡΟΣΟΧΗ : ΤΟ ΔΙΑΒΙΒΑΣΤΙΚΟ ΘΑ ΑΠΟΣΤΕΛΛΕΤΑΙ ΠΡΟΣ ΔΑΥ/Α10 ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΟΣΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ Γ'ΥΕΑ Η ΟΠΟΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ. ΚΑΤΟΠΙΝ Η ΔΑΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΙ ΤΗ ΔΑΠΑΝΗ ΠΡΟΣ ΓΕΑ/ΔΥΓ

Κεφάλαιο Γ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ

A. ΦΑΡΜΑΚΑ:

1. «Βεβαίωση ή παραπεμπτικό για συνταγογράφηση από ιδιώτη ιατρό»:

Μόνο για εν ενεργεία στρατιωτικό προσωπικό, για το οποίο ισχύει ότι η συνταγογράφηση από ιδιώτη ιατρό επιτρέπεται μόνο σε έλλειψη στρατιωτικού ιατρού και ιατρού δημόσιου νοσοκομείου στην περιοχή. Όταν συμβαίνει αυτό, να πιστοποιείται με βεβαίωση από το Νοσοκομείο ή από την ΥΥ ή σχετικό παραπεμπτικό ή έγγραφο και ως δήλωση αδυναμίας εξέτασης και συνταγογράφησης.

2. «Γνωμάτευση ειδικού ιατρού, σε συνταγογράφηση ανειδίκευτου ιατρού ή άλλης ειδικότητας»:

Επισυνάπτεται πάντα στα δικαιολογητικά αντίγραφο της Ιατρικής Γνωμάτευσης του ειδικού ιατρού, όταν βάσει αυτής συνταγογράφησε στην εντολή ABN ιατρός άλλης ειδικότητας ή ανειδίκευτος.

3. «Συνοδευτικά έντυπα (Αιτιολογημένη γνωμάτευση χορήγησης νεότερων αντιβιοτικών υπό περιορισμό διάθεσης, ειδικές συνταγές χορήγησης ναρκωτικών, ιατρικές γνωματεύσεις κτλ)»:

α. Επισυνάπτεται πάντα στα δικαιολογητικά η ειδική συνταγή χορήγησης αντιβιοτικών υπό περιορισμό και νεότερων κινολονών, όταν συνταγογραφούνται αντίστοιχα αντιβιοτικά φάρμακα.

β. Επισυνάπτονται πρωτότυπα ή αντίγραφα Ιατρικών Γνωματεύσεων ή ειδικών εντύπων ως επεξηγηματικά δικαιολογητικά σε περιπτώσεις συνταγογραφήσεως γαληνικών σκευασμάτων ή επανελέγχου δικαιολογητικών.

4. Υπενθυμίζεται η υποχρεωτική αναγραφή δραστικής ουσίας (εκτός εμβολίων) και δοσολογίας επί της εντολής ABN.

B. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ

Γ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. «Βεβαιώσεις ή παραπεμπτικά για συνταγογράφηση από ιδιώτη ιατρό και εκτέλεση σε ιδιωτικό κέντρο»

Μόνο για εν ενεργεία στρατιωτικό προσωπικό:

α. Η συνταγογράφηση από ιδιώτη ιατρό επιτρέπεται μόνο σε έλλειψη στρατιωτικού ιατρού και αδυναμία ιατρού δημόσιου νοσοκομείου στην περιοχή. Όταν

συμβαίνει αυτό, να πιστοποιείται με βεβαίωση από το Νοσοκομείο ή από την ΥΥ ή σχετικό παραπεμπτικό ή έγγραφο και ως δήλωση αδυναμίας εξέτασης και συνταγογράφησης.

β. Η εκτέλεση των εντολών ABN εξετάσεων αντίστοιχα επιτρέπεται σε Στρατιωτικό Νοσοκομείο. Σε έλλειψη ή αδυναμία αυτού σε Δημόσιο Νοσοκομείο και σε έλλειψη ή αδυναμία αυτού σε ιδιωτικό εργαστήριο. Τα ως άνω πιστοποιούνται με Βεβαίωση Νοσοκομείου ή της ΥΥ. Ειδικά για Μαγνητικές Τομογραφίες, αγγειογραφίες και σπινθηρογραφήματα απαιτείται οπωσδήποτε Βεβαίωση Νοσοκομείου.

2. «Ιατρική Γνωμάτευση (όπου απαιτείται)»

Απαιτείται υποχρεωτικά τεκμηριωμένη Ιατρική Γνωμάτευση σε Μαγνητική Τομογραφία (MRI), Μαγνητική Αγγειογραφία (MRA), σε Σπινθηρογράφημα και σε επαναληπτική Αξονική Τομογραφία (CT).

Δ. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

«Βεβαίωση ή παραπεμπτικό σε ιδιώτη ιατρό»:

Η ιατρική επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό του εν ενεργεία στρατιωτικού προσωπικού, επιτρέπεται μόνο σε έλλειψη στρατιωτικού ιατρού και αδυναμία ιατρού δημόσιου νοσοκομείου στην περιοχή. Όταν συμβαίνει αυτό, να πιστοποιείται με βεβαίωση από το Νοσοκομείο ή από την ΥΥ ή σχετικό παραπεμπτικό ή έγγραφο και ως δήλωση αδυναμίας επίσκεψης και εξέτασης.

Ε. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

«Βεβαίωση ή παραπεμπτικό για εκτέλεση της ιατρικής πράξης σε ιδιώτη ιατρό»:

Η εκτέλεση ιατρικών πράξεων εντολών ABN εν ενεργεία στρατιωτικού προσωπικού επιτρέπεται σε Στρατιωτικό Νοσοκομείο. Σε έλλειψη ή αδυναμία αυτού επιτρέπεται η εκτέλεση τους σε Δημόσιο Νοσοκομείο και σε έλλειψη ή αδυναμία αυτού σε ιδιώτη ιατρό ή σε ιδιωτικό κέντρο. Τα ως άνω πιστοποιούνται με Βεβαίωση Νοσοκομείου ή της ΥΥ. Ειδικά για Μαγνητικές Τομογραφίες, αγγειογραφίες και σπινθηρογραφήματα απαιτείται οπωσδήποτε Βεβαίωση Νοσοκομείου.

ΣΤ. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΗ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΑ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ - ΚΛΙΝΙΚΕΣ

1. «Εξοφλητική απόδειξη (όπου απαιτείται)»:

Συνοδεύει υποχρεωτικά τα παραπεμπτικά (Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, Τιμολόγια) τα οποία εκδίδονται επί πιστώσει ή δεν αναγράφουν σε ειδική θέση την εξόφληση.

2. «Λοιπά δικαιολογητικά (Γνωματεύσεις, Πρακτικά χειρουργείου, Τιμολόγια για φάρμακα, υγειονομικό υλικό και εξετάσεις-παροχές-θεραπείες εκτός κλειστού νοσηλείου και παράρτημα Παρατηρητηρίου Τιμών του Υπ. Υγείας, αν έχουν γίνει)»:

Επισυνάπτονται σε δικαιολογητικά νοσηλείας, κατά την οποία έχει υπάρξει επεμβατική πράξη ή μακρού χρονικού διαστήματος νοσηλεία.

Z. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ – ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

1. «Εξοφλητική απόδειξη (όπου απαιτείται)»:

Συνοδεύει υποχρεωτικά τα παραπεμπτικά (Απόδειξη Λιανικών Συναλλαγών, Τιμολόγια) τα οποία εκδίδονται επί πιστώσει ή δεν αναγράφουν σε ειδική θέση την εξόφληση.

2. «Υπεύθυνη Δήλωση του στρατιωτικού (N.1599/86) που θα δηλώνεται ότι «δεν έχω αγοράσει ή αγόρασα τον/την τελευταίο/α(χρόνο, διετία κτλ) τη συγκεκριμένη υγειονομική συσκευή, εις βάρος του Δημοσίου» (μπορεί να συμπληρώνεται και στο πίσω μέρος της εντολής ABN)»:

Απαιτείται σε Μάσκες C-PAP, Bi PAP, Σερβοαναπνευστήρες (τετραετία), Περούκα (διετία). Ορθοπαιδικά είδη και γυαλιά σε ξεχωριστή ενότητα.

3. «Απόφαση ΑΑΥΕ (όπου απαιτείται – επικοινωνία με ΓΕΑ/ΔΥΓ/ΥΥΕ)»:

Απαιτείται σε Μάσκες C-PAP, Bi PAP, Σερβοαναπνευστήρες.

Απαιτείται για αγορά κοχλιακού εμφυτεύματος (επικοινωνία με ΥΥΕ για επιπλέον δικαιολογητικά και πληροφορίες).

4. «Συμπληρωματικά έντυπα κατά περίπτωση (πιστοποιητικό CE Mark, πιστοποιητικό εμπορικού επιμελητηρίου, Lot number κτλ)» :

Απαιτούνται σε αγορές συσκευών υψηλού κόστους, όπως οι Μάσκες C-PAP, Bi PAP, Σερβοαναπνευστήρες, Συσκευών αποσιδήρωσης και για αγορά κοχλιακού εμφυτεύματος και κρεβατιών. Ειδικά για τις συσκευές απαιτούνται και εγγύηση καλής λειτουργίας και βεβαίωση για εκπαίδευση του χρήστη.

H. ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΑ ΕΙΔΗ

1. «Συμπληρωματικά έντυπα κατά περίπτωση (πιστοποιητικό εκπαίδευσης, CE Mark, πιστοποιητικό εμπορικού επιμελητηρίου, Lot number κτλ)»:

Απαιτούνται:

- 1) Βεβαίωση Εμπορίας & Διακίνησης Ιατροτεχνολογικών ειδών του καταστήματος (σε υψηλού κόστους είδη και τεχνητά μέλη)
- 2) Βεβαίωση ότι το προϊόν φέρει ένδειξη CE.
- 3) Αναγραφή serial number (S/N) όπου απαιτείται και «ανεξίτηλο χτύπημα» αυτού αντίστοιχα, όπως αναλύεται παρακάτω.
- 4) Εγγύηση καλής λειτουργίας με αναγραφόμενα έτη (υψηλού κόστους)
- 5) Service – ανταλλακτικά (για πόσα έτη) σε ορθοστάτες, αμαξίδια.
- 6) Βεβαίωση ότι χορηγήθηκε εγχειρίδιο λειτουργίας και βεβαίωση εκπαίδευσης από τον προμηθευτή σε ορθοστάτες, αμαξίδια, κηδεμόνες custom made.

2. Πλέον των ανωτέρω, στα κάτωθι ορθοπαιδικά είδη απαιτούνται :

A. ΜΑΖΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ:

- 1) Βεβαίωση κατασκευαστή ή προμηθευτή ότι το είδος φέρει serial number (S/N), ο οποίος αποτυπώνεται ανεξίτηλα πάνω στο είδος.
- 2) Βεβαίωση κατασκευαστή ή προμηθευτή ότι το είδος δεν φέρει serial number (S/N) αλλά αριθμό παρτίδας, ο οποίος δεν αποτυπώνεται.

B. ΕΠΙ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑ ΕΙΔΗ:

1) Στην Ιατρική Γνωμάτευση αναγράφονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του είδους και τα σχετικά ανθρωπομετρικά στοιχεία του ασθενή.

2) Υποβάλλεται Δήλωση Συμμόρφωσης του κατασκευαστή προς τις βασικές απαιτήσεις της οδηγίας 93/42/ΕΟΚ/14-06-1993 του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), όπως τροποποιήθηκε με την ΔΥ8δ/Γ.Π.οικ. 130648/2009 κοινή Απόφαση (ΦΕΚ β' 2198/02-10-2009) που αφορά στα Ιατροτεχνολογικά Προϊόντα

3) Βεβαίωση Εγγραφής σε Μητρώο Κατασκευαστών επί παραγγελία προϊόντων του ΕΟΦ.

4) Βεβαίωση αποτύπωσης αριθμού ασφαλιστικού μητρώου του ασφαλισμένου (χρήστη) ανεξίτηλα πάνω στο είδος («κτύπημα»)

Γ. ΟΡΘΟΣΤΑΤΕΣ:

Ειδικά για το είδος απαιτείται βεβαίωση του θεράποντα ιατρού ότι ο χρήστης δοκίμασε το είδος και ορθοστάτισε, πληρώνοντας τις προϋποθέσεις της σωστής και παρατεταμένης ορθοστάτισης.

Δ. ΣΕ ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΕΙΔΗ (ορθοστάτες, αμαξίδια, τεχνητά μέλη) :

απαιτείται επικοινωνία με ΥΥΕ για διευκρίνιση επί μέρους λεπτομερειών και επιπλέον δικαιολογητικών.

Θ. ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΥΛΙΚΑ

Απαιτείται Απόφαση ΑΑΥΕ σε περίπτωση δικαιολόγησης επιπλέον από τις προβλεπόμενες ποσότητες(επικοινωνία με ΥΥΕ)

Ι. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

1. «Βεβαιώσεις ή παραπεμπτικά για συνταγογράφηση από ιδιώτη ιατρό και εκτέλεση σε ιδιωτικό κέντρο»:

Επιτρέπεται η συνταγογράφηση μόνο από στρατιωτικό ιατρό και ελλείψη τέτοιου από ιατρό δημόσιου νοσοκομείου της περιοχής. Σε έλλειψη αυτών μπορεί να συνταγογραφήσει ιδιώτης ιατρός, γεγονός που πιστοποιείται με βεβαίωση από την ΥΥ ή σχετικό παραπεμπτικό ή έγγραφο

Για την εκτέλεση της εντολής σε ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο ή εργαστήριο φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης απαιτείται βεβαίωση από ΥΥ, Στρ. Νοσοκομείο και Δημόσιο Νοσοκομείο της περιοχής ότι δε δύναται να πραγματοποιηθεί η εξέταση λόγω έλλειψης μέσων ή προσωπικού

2. «Απόφαση ΑΑΥΕ για διάστημα θεραπείας μεγαλύτερο από δύο (2) μήνες»:

Δεν απαιτείται διευκρίνιση

ΙΑ. ΑΜΟΙΒΗ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ

Όταν υπάρχει ποσοστό αναπηρίας άνω του 85% και επισυνάπτεται Απόφαση Επιτροπής Ποσοστού Αναπηρίας δικαιολογούνται επιπλέον ημέρες αποκλειστικής (σήμερα είναι επιπλέον τέσσερις μέρες).

ΙΒ. ΟΔΟΙΠΟΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ ΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Τα επιπλέον δικαιολογητικά που απαιτούνται για τη δικαιολόγηση οδοιπορικών εξόδων μετακίνησης ασθενή καθορίζονται από τα κάτωθι :

- (1) Με μέσα μαζικής μεταφοράς υποβάλλονται τα εισιτήρια
- (2) Με ταξί ή ασθενοφόρο ιδιωτικής εταιρείας υποβάλλεται η εξοφλητική απόδειξη μίσθωσης και θεωρείται από την οικεία Κρατική Αρχή (αστυνομική κ.λ.π.) για το κανονικό της τιμής, σε συνάρτηση με την χιλιομετρική απόσταση που διανύθηκε.
- (3) Με ιδιωτικής χρήσης όχημα η αποζημίωση καθορίζεται από τον τύπο αυτοκινήτου, κατανάλωση καυσίμου, χιλιομετρική απόσταση, τιμή παρατηρητηρίου καυσίμων και διόδια

Σε περίπτωση έγκρισης από ΑΑΥΕ οδοιπορικών εξόδων μετακίνησης ασθενή με συνήθη μεταφορικά μέσα αποζημιώνεται πάντα το φθηνότερο δημόσιο μέσο μεταφοράς με προσκόμιση αντιστοίχων βεβαιώσεων (ΚΤΕΛ, ΟΣΕ κτλ)

ΙΓ. ΕΠΙΔΟΜΑ ΓΥΑΛΙΩΝ ΟΡΑΣΕΩΣ

«Ειδική συνταγή γυαλιών οφθαλμιάτρου»

Είναι απαραίτητη όταν η ανάλυση της οπτικής οξύτητας των ματιών δεν περιλαμβάνεται στην εντολή ΑΒΝ

Τονίζεται ότι απαραίτητη προϋπόθεση δικαιολόγησης της δαπάνης είναι η μεταβολή της οπτικής οξύτητας λόγω μεταβολής της διαθλαστικής ικανότητας των ματιών

ΙΔ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ (Ειδική Αγωγή, Οξυγονοθεραπείες κτλ)

1. «Ιατρική Έκθεση Προόδου της θεραπείας για αγωγή πέραν του ενός (1) χρόνου»
2. «Απόφαση ΚΕΔΔΥ για παιδιά άνω των 12 ετών και μόνο για μαθησιακές διαταραχές, απότοκες υποκείμενης νόσου»

Δεν απαιτείται διευκρίνιση