

**Υπόδειγμα 1**

**ΜΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ**

**ΠΡΟΣ:** ΓΕΑ/ΔΥΓ/6 (ΥΥΕ)

(1)..... (..... )

(2).....

του (3) ..... (ΑΜ.....)

Της (4) .....

Αθήνα, .....20.....

Συν.: .....

**ΘΕΜΑ:** Δαπάνες Υγειονομικής Περίθαλψης

1. Σας υποβάλλω συνημμένα τα ακόλουθα δικαιολογητικά<sup>(5)</sup>:
  - α. Απόκομμα/τα Νο ..... του υπ' αριθμ. .... ABN
  - β. Αριθμός του Τιμολογίου/ων ή Δελτίου Παροχής Υπηρεσιών Νο.....
  - γ. Εξοφλητική/ες απόδειξη/εις
  - δ. Κατάσταση Δαπάνης - Υπόμνημα Τύπου "Δ" εις τριπλούν
  - ε. Γνωμάτευση αρμόδιας Υγειονομικής Επιτροπής (ΑΑΥΕ ή ΥΕΑ)
  - στ. Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού
  - ζ. 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
  - η. Τιμολόγια για φάρμακα, υγειονομικό υλικό και εξετάσεις-παροχές-θεραπείες εκτός κλειστού νοσηλείου και παράρτημα Παρατηρητηρίου Τιμών του Υπ. Υγείας, αν έχουν γίνει.
  - θ. Αναλυτικό Φύλλο Νοσηλείας θεωρημένο από ελεγκτή ιατρό
  - ι. Έγκριση Διεύθυνσης Υγειονομικού
  - ια. Υπεύθυνες Δηλώσεις ανά περίπτωση (Υποδείγματα)
  - ιβ. Συμπληρωματικά έντυπα κατά περίπτωση (πιστοποιητικό CE Mark, πιστοποιητικό εμπορικού επιμελητηρίου, Lot number κτλ)
  - ιγ. Ληξιαρχική πράξη γέννησης
  - ιδ. Φύλλο μισθοδοσίας
  - ιε. ....
  - ιστ. ....
  - ιζ. ....

2. Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες.

Ο/Η Αιτών/ούσα

---

(1) Βαθμός

(2) Ονοματεπώνυμο

(3) Πατρώνυμο

(4) Θέση

(5) Επιλέγουμε αντιστοίχως

.....  
(Υπογραφή)