



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Ε.Ο.Π.Υ.Υ

Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας

ΑΘΗΝΑ 29/12/2011

Αριθ. Πρωτ.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Δ/ΝΣΗ : ΚΗΦΙΣΙΑΣ 39

Τ.Κ: 151 23 ΜΑΡΟΥΣΙ

ΤΗΛ. 210 6871706-8

FAX: 210-6871789

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΤΟΥ **Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Γνωρίζετε ότι από 1/1/2012, ισχύει ο κανονισμός του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος βρίσκεται αναρτημένος στις ιστοσελίδες των υπό ένταξη ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ). Η εβδομαδιαία συγκεντρωτική ονομαστική κατάσταση συμπληρώνεται και αποστέλλεται ηλεκτρονικά στη διεύθυνση e-mail: dsxed@eopyy.gov.gr. Η τελική ονομαστική συγκεντρωτική κατάσταση αποστέλλεται στις περιφερειακές διευθύνσεις των ΥΠΑΔ ορθά συμπληρωμένη. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιβεβαίωση της εξέτασης με την επίσκεψη στο ιδιωτικό τους ιατρείο, αποτελεί η αναγραφή από τους γιατρούς στα προσωπικά λευκά τους συνταγολόγια των στοιχείων του ασφαλισμένου, του ΑΜΚΑ, του αριθμού μητρώου του φορέα ασφάλισης, της ημερομηνίας επίσκεψης, στοιχεία τα οποία επιβεβαιώνει ενυπόγραφα ο ασφαλισμένος και ο γιατρός. Το σύνολο αυτών των φύλλων από τα προσωπικά τους συνταγολόγια υποβάλλονται στις υπηρεσίες πρώην ΥΠΑΔ, τώρα ΕΟΠΥΥ, προκειμένου να καταβάλει ο ΕΟΠΥΥ τις αποζημιώσεις που αντιστοιχούν σε κάθε γιατρό.

Ο Πρόεδρος ΕΟΠΥΥ

Γεράσιμος Βουδούρης

Σημείωση: Επισυνάπτεται η σχετική κατάσταση.

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

ΜΗΝΟΣ:

ΑΠΟ

ΕΩΣ.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΑΦΜ:	ΤΣΑΥ:
ΑΜΚΑ:	

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΠΡΟΣ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.:

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (Α-Ε) Ή ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	ΑΜΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	ΑΝΑΓΡΑΦΗ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ
							ΦΑΡΜΑΚΩΝ	ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	
1							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
2							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
3							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
4							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
5							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
6							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
7							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
8							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
9							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
10							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
11							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	
12							ΝΑΙ/ΟΧΙ	ΝΑΙ/ΟΧΙ	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η παραπάνω κατάσταση συμπληρώθηκε σύμφωνα με τις διατάξεις της Παραγρ Γ άρθρο 7 της ΚΥΑ Φ9380/25916/3294 / 2/11/2011 (ΦΕΚ 2456 11ΤΒ) του ενιαίου κανονισμού παροχών του ΕΟΠΥΥ

Ημερομηνία παραλαβής

Ο παραλαβών για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Ο ιατρός (σφραγίδα/υπογραφή)