

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΠΔ 62/2023 «ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΕΝΟΠΛΩΝ
ΔΥΝΑΜΕΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΛΙΜΕΝΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ-ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΚΤΟΦΥΛΑΚΗΣ
ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ-ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ
ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ»**

(Ανήκει στην αρ.πρωτ.2530.1/57751/07/08/2024 Δ/γή ΥΝΑΝΠ/ΑΛΣ-ΕΛ.ΑΚΤ./ΥΥ)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

α/α	ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ	Σελ.
01	ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ	3
02	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ	4
03	ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	6
04	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	8
05	ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	11
06	ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	
06α	<u>ΠΑΙΔΙΩΝ/ΕΦΗΒΩΝ</u> (ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ Ή ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ -ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ)	12
06β	<u>ΠΑΙΔΙΩΝ/ΕΦΗΒΩΝ με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω</u> (ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ Ή ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ -ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ)	14
06γ	<u>ΕΝΗΛΙΚΩΝ</u> (ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ)	16
07	ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	17
07α	ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΕΟΓΝΟΥ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ	19
08	ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ (Σε μη συμβεβλημένες δομές)	21
09	ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	22
10	ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΕΙΣ	23
11	ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ	24
12	ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ	26
13	ΑΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	28
14	ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΑ	29
15	ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ (π.χ. συσκευές έγχυσης φαρμάκων και διατροφικών διαλυμάτων, ταινίες σακχάρου, επιθέματα)	31
16	ΑΓΟΡΑ ΓΥΑΛΙΩΝ ΟΡΑΣΕΩΣ	36
17	ΑΓΟΡΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ	37
18	ΑΓΟΡΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ – ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΚΟΜΗΣ	38
19	ΑΓΟΡΑ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ [π.χ. Aerochamber, Συσκευές υψηλού κόστους (CPAP/BIPAP), Νεφελοποιητής, Προμήθεια Οξυγόνου ή Ενοικίασης συμπυκνωτή]	39
20	ΑΓΟΡΑ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΕΙΔΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (π.χ. αγορά ειδικού γάλακτος)	43
21	ΔΑΠΑΝΕΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ	46
22	ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΕΩΝ ΛΑΠ	47

01. ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

1. Όλες οι αναγραφόμενες ημερομηνίες στις εντολές βιβλιαρίου, πρέπει να είναι ευδιάκριτες.
2. Σε περίπτωση που υπάρχει οποιαδήποτε διόρθωση στην εντολή βιβλιαρίου, αυτή πρέπει να συνοδεύεται από σφραγίδα και μονογραφή του διενεργούντα την διόρθωση.
3. Οποιαδήποτε αλλοίωση στην εντολή βιβλιαρίου, χωρίς την προαναφερόμενη σφραγίδα και υπογραφή, είναι αιτία περικοπής.
4. Η αμοιβή εξέτασης ασθενή (επίσκεψη) για οδοντιατρική περίθαλψη δεν εγκρίνεται.
5. Δεν απαιτείται έγκριση του ελεγκτή ιατρού στις εντολές υγειονομικής περίθαλψης, για τις ιατρικές επισκέψεις, με τις προϋποθέσεις του ΠΔ 127/2005 (Α'182).
6. Οι δαπάνες νοσηλείας στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές δύναται να υπολογίζονται σύμφωνα με την τιμολόγηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.)
7. Όπου στις παρούσες οδηγίες αναφέρεται Ε.Κ.Π.Υ. εννοείται ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχής Υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ.
8. Για τις νομοθεσίες που αναφέρονται, εφαρμόζονται οι ισχύουσες, την χρονική στιγμή εκτέλεσης της δαπάνης.
9. Οποιαδήποτε απαίτηση κατά του Δημοσίου, παραγράφεται μετά την πενταετία.
10. Σε κάθε περίπτωση προσκόμισης Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών αξίας μικρότερης από την κοστολογημένη σε ΦΕΚ τιμή, η αποζημίωση είναι ίση με την αξία της Απόδειξης.
11. Στις περιπτώσεις που στο μέλλον προβλεφθεί, με ιδιαίτερη διαταγή, για κάποια κατηγορία δαπάνης υγειονομικής περίθαλψης, η έκδοση ηλεκτρονικού παραστατικού μέσω του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (Σ.Η.Σ.), **όπου** αναφέρεται Εντολή ΒΥΠ στις παρούσες οδηγίες, θα νοείται Ηλεκτρονικό Παραπεμπτικό.
12. Οι γνωματεύσεις Α.Ν.Υ.Ε. θα αναγράφουν κωδικό νόσου κατάταξης κατά ICD10.
13. Η θεώρηση θα διενεργείται εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών αρχομένης από την επόμενη ημέρα της συνταγογράφησης (πχ σε εντολή ΒΥΠ με ημερομηνία συνταγογράφησης 01/06/2024 εμπρόθεσμη ημερομηνία θεώρησης έως και 16/06/2024, σε εντολή ΒΥΠ με ημερομηνία συνταγογράφησης 20/06/2024 εμπρόθεσμη ημερομηνία θεώρησης έως και 05/07/2024)
14. Δικαιολογητικά που δεν ακολουθούν τις παρούσες οδηγίες δεν αποζημιώνονται.
15. Οι Αποδείξεις Παροχής Υπηρεσιών καθώς και οι Αποδείξεις Λιανικής να αναγράφουν συγκεκριμένα την Υπηρεσία που παρασχέθηκε στον δικαιούχο ή το προϊόν που προμηθεύτηκε ο δικαιούχος αντίστοιχα. Σε καμία περίπτωση δεν γίνονται αποδεικτές οι αποδείξεις είσπραξης.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου.
4. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, στην οποία θα αναγράφεται το όνομα του δικαιούχου (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής) και στην αιτιολογία, σαφή αναγραφή του αριθμού της επίσκεψης του μήνα, καθώς και αν αυτή αφορά σε ιατρείο ή κατ' οίκον.
5. Εντολή ΒΥΠ η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, με σαφή αναγραφή του αριθμού της επίσκεψης του μήνα, καθώς και αν αυτή αφορά σε ιατρείο ή κατ' οίκον.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Σε περίπτωση άνω των δύο (02) επισκέψεων στην ίδια ειδικότητα ιατρού, εντός ιδίου μηνός, είναι απαραίτητη η θεώρηση της εντολής από ελεγκτή ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, με εξαίρεση την ειδικότητα του παιδίατρο, όπου απαιτείται θεώρηση άνω των τεσσάρων (04) επισκέψεων.
2. Στην περίπτωση που ασφαλισμένος επισκέπτεται για δεύτερη φορά μέσα στον ίδιο μήνα άλλον ιατρό της ίδιας ειδικότητας, η δεύτερη εντολή αποζημιώνεται με το ποσό των είκοσι (20) ευρώ ως πρώτη επίσκεψη, με την προϋπόθεση ότι η εν λόγω εντολή έχει εγκριθεί από τον ελεγκτή ιατρό, εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών.
3. Στην έννοια της ιατρικής επίσκεψης περιλαμβάνεται η κλινική εξέταση ασθενούς από ιατρό, δηλαδή το σύνολο των καθιερωμένων, από την κλινική διαγνωστική, διαδικασιών και χειρισμών, που σκοπό έχουν την αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς και τον κατ' αρχήν προσδιορισμό της νόσου. Ειδικότερα, περιλαμβάνει πλήρη λήψη ιστορικού, αντικειμενική εξέταση κατά συστήματα με εφαρμογή των καθιερωμένων ανά ιατρική ειδικότητα ειδικών διαγνωστικών χειρισμών, εντολή εκτέλεσης παρακλινικών εξετάσεων για την τεκμηρίωση της διάγνωσης, εφόσον κριθεί απαραίτητο, και τέλος τη συνταγογράφηση της συνιστώμενης θεραπείας.
Για τις παρακάτω ιατρικές ειδικότητες, στην έννοια της ιατρικής επίσκεψης περιλαμβάνονται επί πλέον οι ακόλουθες αναφερόμενες διαγνωστικές τεχνικές:

Αγγειοχειρουργική εξέταση

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

Γαστρεντερολογική εξέταση

Επιπλέον της κλινικής εξέτασης, δακτυλική εξέταση ορθού.

Γυναικολογική εξέταση

Επιπλέον της κλινικής εξέτασης, η κολποσκόπηση.

Δερματολογική εξέταση

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

Καρδιολογική εξέταση

Επιπλέον της κλινικής εξέτασης, το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ).

Ορθοπαιδική εξέταση

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

Ουρολογική εξέταση

Επιπλέον της κλινικής εξέτασης, δακτυλική εξέταση προστάτου.

Οφθαλμολογική εξέταση

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

Πνευμονολογική εξέταση

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

Ωτορινολαρυγγολογική εξέταση

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

03. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

(εκτελεσμένες σε μη συμβεβλημένους παρόχους)

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από τον/την ίδιο-α)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, στην οποία θα αναγράφεται το όνομα του δικαιούχου (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια ή μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
5. Εντολή ΒΥΠ, η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από τον ελεγκτή Ιατρό με ημερομηνία εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «ο εκτελέσας την εντολή», από τον ιατρό ή το κέντρο όπου πραγματοποιήθηκαν οι ιατρικές πράξεις.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Συμμετοχή

Οι **άμεσα ασφαλισμένοι** δεν υποχρεούνται σε συμμετοχή στις δαπάνες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (**0%**), ενώ οι **έμμεσα ασφαλισμένοι** μετέχουν με ποσοστό **20%**.

2. Εκτέλεση συνταγής

Οι παρακλινικές εξετάσεις εκτελούνται εντός μηνός από τη συνταγογράφηση.

3. Αποζημιώνονται μόνο οι παρακλινικές εξετάσεις που είναι κοστολογημένες σε Φ.Ε.Κ.

4. Σε περίπτωση διενέργειας **PET SCAN απαιτείται η γνωμάτευση ANYE** μόνο για τις περιπτώσεις που δεν ανήκουν στο παράρτημα τις Α.Π. 26688/12 Εγκυκλίου ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: ΑΔΑ: Β4ΛΨΟΞ7Μ-8Δ4) ήτοι:

α/α	Παθήσεις - Ιατρικές ενδείξεις όπου δεν απαιτείται έγκριση του ΚΕΣΥ (σε αντιστοιχία ANYE)
1	Μονήρης όζος πνεύμονος
2	Σταδιοποίηση κατά την αρχική διάγνωση στο μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονος
3	Σταδιοποίηση μετά από θεραπεία του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα
4	Νόσο του Hodgkin
5	Στο υψηλής κακοήθειας μη Hodgkin λέμφωμα διάχυτο εκ μεγάλων Β κυττάρων
6	Μελάνωμα: Σταδιοποίηση (για απομακρυσμένες μεταστάσεις)
7	Καρκίνος Θυρεοειδούς Υποτροπή (εφόσον το ολόσωμο σπινθηρογράφημα με 1-131 είναι αρνητικό και η θυρεοσφαίρινη αυξημένη)
8	Καρκίνος Κεφαλής Τραχήλου α. Διάγνωση (αγνώστου πρωτοπαθούς) β. Σταδιοποίηση γ. Υποτροπή
9	Καρκίνος Οισοφάγου Σταδιοποίηση (προ της χειρουργικής επέμβασης)
10	Καρκίνος Παχέος Εντέρου Σταδιοποίηση (προ θεραπευτικής μεταστασεκτομής)

11	Νεοπλασία Αγνώστου Πρωτοπαθούς Διάγνωσης
12	Όρχεις Υποτροπή Σεμινώματος
13	Γυναικολογικός καρκίνος α. Υποτροπή Ca τραχήλου β. Υποτροπή Ca ωοθηκών

04. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, στην οποία θα αναγράφεται το όνομα του δικαιούχου (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια ή μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
5. Εντολή ΒΥΠ, η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή και Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος οδοντιάτρου, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από τον θεράποντα οδοντίατρο.

6. Θεώρηση εντολής ΒΥΠ

▪ Κατά την έναρξη των εργασιών

Ο αρχικός έλεγχος των οδοντιατρικών εργασιών γίνεται εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από της αναγραφής τους από το θεράποντα οδοντίατρο.

Ο ελεγκτής οδοντίατρος εγκρίνει την έναρξη των εργασιών με σφραγίδα που γράφει την φράση «Εγκρίνεται η έναρξη των εργασιών που γράφονται στην πρόσθια όψη» στην πίσω όψη της εντολής.

▪ Μετά την εκτέλεση των εργασιών που εγκρίθηκαν

Η περάτωση των θεραπευτικών και προσθετικών εργασιών πραγματοποιείται εντός έξι (6) μηνών από την αρχική θεώρηση, εκτός των ορθοδοντικών εργασιών για τις οποίες η περάτωση πραγματοποιείται εντός δύο (2) ετών.

Ο τελικός έλεγχος γίνεται εντός 15 ημερών από την ημερομηνία περάτωσής τους.

Ο δικαιούχος προσέρχεται για την τελική έγκριση στον ελεγκτή οδοντίατρο, ο οποίος εγκρίνει αναγράφοντας απαραίτητα στην πρόσθια όψη της εντολής και στην στήλη «ΕΓΚΡΙΣΗ», απέναντι από κάθε εργασία, τον αριθμό των εργασιών που εκτελέστηκαν. Στη συνέχεια σφραγίζει και υπογράφει στην ένδειξη «Ο ΕΛΕΓΚΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ». Στην πίσω όψη της εντολής, βεβαιώνει την εκτέλεση των εργασιών που αναγράφονται στην πρόσθια όψη, σφραγίζει και υπογράφει.

7. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (μέσω εφαρμογής gov.gr) μόνο για μία φορά για θεραπευτικές εργασίες τρέχοντος έτους και ύψους μέχρι ποσού 50,00 €. Στην περίπτωση αυτή δεν θα χρειάζεται προέγκριση η εντολή (ήτοι δεν απαιτείται έναρξη και λήξη εργασιών αλλά εξακολουθεί να απαιτείται θεώρηση από ελεγκτή ιατρό εντός εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση).

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Οι αμοιβές θα υπολογίζονται βάσει των ποσών που ορίζονται από τα εκάστοτε ισχύοντα Π.Δ. «Περί αμοιβής οδοντιατρικών πράξεων»
2. Ο έλεγχος εντολών Οδοντιατρικής Περίθαλψης, στην περίπτωση απουσίας ελεγκτή οδοντιάτρου, δύναται να διενεργηθεί και από ελεγκτή ιατρό. Ο έλεγχος των εντολών γίνεται με τον ως άνω αναγραφόμενο τρόπο, με μόνη διαφοροποίηση τη μή υποχρέωση αναγραφής του αριθμού των εκτελεσθεισών εργασιών στην πρόσθια όψη, στη στήλη «ΕΓΚΡΙΣΗ».
3. Η Οδοντιατρική Περίθαλψη που αφορά σε θεραπευτικές, προσθετικές και ορθοδοντικές εργασίες, υπόκειται σε αρχικό (προέγκριση) και τελικό (έγκριση) έλεγχο, εκτός της εντολής θεραπευτικών εργασιών, μέχρι ύψους 50,00 € και για μία φορά το χρόνο, για την οποία δεν απαιτείται προέγκριση. Συγκεκριμένα δεν απαιτείται έναρξη και λήξη εργασιών αλλά εξακολουθεί να απαιτείται θεώρηση από ελεγκτή ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση Για επιβεβαίωση των ανωτέρω θα υποβάλλεται Υ.Δ. που θα αναγράφεται ότι «είναι η μοναδική φορά που καταθέτω εντολή με θεραπευτικές εργασίες για το τρέχον έτος ύψους μέχρι 50,00€».
4. **Συμμετοχές:**
 - α) Οι **άμεσα ασφαλισμένοι** συμμετέχουν με ποσοστό 0% στις δαπάνες οδοντοθεραπευτικής περίθαλψης και 25% στις δαπάνες οδοντοπροσθετικής και ορθοδοντικής περίθαλψης
Όταν οι οδοντοπροσθετικές εργασίες πραγματοποιούνται σε στρατιωτικά οδοντιατρεία, οι στρατιωτικοί δεν υποχρεούνται σε καμία συμμετοχή, το δε Δημόσιο απαλλάσσεται από τη συμμετοχή του στη δαπάνη.
Η αξία του χρυσού, της χρυσοπλατίνας και άλλων κραμμάτων μετάλλων, καταβάλλεται σε όλες τις περιπτώσεις από τους δικαιούχους, όταν δε οι εργασίες εκτελούνται στα στρατιωτικά οδοντιατρεία, καταβάλλεται από τους δικαιούχους και το αντίτιμο αμοιβής του οδοντοτεχνίτη.
 - β) Οι **έμμεσα ασφαλισμένοι** συμμετέχουν με ποσοστό ως εξής:
 - i. Στο 20% της δαπάνης οδοντοθεραπευτικής περίθαλψης στο εσωτερικό ή στο εξωτερικό σε ιδιωτικά οδοντιατρεία, ή σε ποσοστό 10% αυτής, εφόσον οι θεραπευτικές εργασίες εκτελούνται σε στρατιωτικά οδοντιατρεία, οπότε το Δημόσιο επιβαρύνεται με ποσοστό 75% της δαπάνης, το δε υπόλοιπο 15% βαρύνει το στρατιωτικό οδοντιατρείο.
 - ii. Στο 50% της δαπάνης οδοντοπροσθετικής ή ορθοδοντικής περίθαλψης στο εσωτερικό ή στο εξωτερικό σε ιδιωτικά οδοντιατρεία, ή σε ποσοστό 25% αυτής, εφόσον οι εργασίες εκτελούνται σε στρατιωτικά οδοντιατρεία, οπότε το Δημόσιο επιβαρύνεται με ποσοστό 50% της δαπάνης, το δε υπόλοιπο 25% βαρύνει το στρατιωτικό οδοντιατρείο.
Η αξία του χρυσού, της χρυσοπλατίνας και των άλλων κραμμάτων καταβάλλεται σε όλες τις περιπτώσεις από τους δικαιούχους. Όταν οι εργασίες εκτελούνται στα στρατιωτικά οδοντιατρεία, καταβάλλεται από τους δικαιούχους και το αντίτιμο αμοιβής οδοντοτεχνίτη.
5. Τα σιδεράκια δεν είναι κοστολογημένα σε ΦΕΚ ως εκ τούτου δεν αποζημιώνονται.
6. **Περιορισμοί Οδοντιατρικής Περίθαλψης:**

α) Δεν εγκρίνονται:

- i. Αποτρύγωση δοντιών - αφαίρεση πλακών, με παράλληλη θεραπεία ουλίτιδας.
- ii. Οι γέφυρες ως μονάδες (απαιτείται καταγραφή σε στηρίγματα και ενδιάμεσα).
- iii. Η αμοιβή εξέτασης ασθενή (επίσκεψη).
- iv. Ενδοδοντικές θεραπείες, χωρίς να είναι τεκμηριωμένες με αρχική και τελική ακτινογραφία.
- v. Οδοντιατρικές πράξεις που δεν περιλαμβάνονται στο κρατικό τιμολόγιο.

β) Εγκρίνονται υπό τις παρακάτω προϋποθέσεις:

- i. Η φθορίωση δοντιών ανά έτος και μέχρι 13 ετών, μετά από αποτρύγωση δοντιών - αφαίρεση πλακών.
- ii. Αποτρύγωση δοντιών - αφαίρεση πλακών, μετά παρέλευση εξαμήνου από την προηγούμενη.
- iii. Η επανάληψη έμφραξης στο ίδιο δόντι σε χρονικό διάστημα άνω του ενός (1) έτους.
- iv. Μέχρι τρεις (3) ταυτόχρονα εμφράξεις του ιδίου δοντιού.
- v. Η επανάληψη της ενδοδοντικής θεραπείας, σε περίπτωση ακρορριζικής αλλοίωσης.
- vi. Η επανάληψη κινητής και ακίνητης προσθετικής εργασίας μετά πάροδο πενταετίας, εφόσον υπάρχουν συγκεκριμένοι και εξειδικευμένοι λόγοι.
- vii. Η τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων σε συνδυασμό με μεταμόσχευση οστού (όπου κριθεί απαραίτητο), περιλαμβανόμενου του κόστους του εμφυτεύματος και του διαβλεννογόνιου τμήματος, σε ασθενείς που έχουν υποστεί γναθεκτομή για νεοπλαστικές νόσους.
- viii. Η προμήθεια και η εφαρμογή ειδικού οδοντικού προσθετικού μηχανήματος σε ασθενείς που έχουν χειρουργηθεί (διέκπριση γνάθου) για αφαίρεση νεοπλασίας. Το ύψος της δαπάνης δεν μπορεί να υπερβεί το ποσό που καθορίζεται κάθε φορά από το Υπουργείο Υγείας. Όταν πρόκειται για τους ίδιους τους στρατιωτικούς, η δαπάνη βαρύνει εξ ολοκλήρου το δημόσιο, ενώ για τα μέλη οικογενείας τους καταβάλλεται, από τον στρατιωτικό ποσοστό συμμετοχής 20%.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου.
4. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, στην οποία θα αναγράφεται το όνομα του δικαιούχου
5. Εντολή ΒΥΠ, η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από τον ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «ο εκτελέσας την εντολή» από τον φυσίατρο, φυσικοθεραπευτή ή το κέντρο όπου πραγματοποιήθηκαν οι φυσικοθεραπείες.
6. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (μέσω εφαρμογής gov.gr) στην οποία θα αναγράφεται ότι είναι η πρώτη ή η δεύτερη φορά που εκτελεί συνεδρίες φυσικοθεραπείας κατά το τρέχον έτος.
7. Φωτοαντίγραφο γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε. (εφόσον απαιτείται από τις διευκρινήσεις του παρόντος κεφαλαίου).

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Η συνταγογράφηση για φυσικοθεραπείες διενεργείται από τους Ιατρούς αντίστοιχης ειδικότητας, και όχι φυσικοθεραπευτές.
2. Οι εντολές ΒΥΠ εκτελούνται υποχρεωτικά εντός εξήντα (60) ημερών, από την ημερομηνία συνταγογράφησης, διαφορετικά τα παραπεμπτικά καθίστανται άκυρα, μετά την παρέλευση του ανωτέρω αναφερόμενου χρονικού διαστήματος. Ομοίως, στις δημόσιες δομές δύνανται να εκτελούνται εντός εξήντα (60) ημερών.
3. **Συμμετοχή:**
Τόσο οι **άμεσα όσο και οι έμμεσα ασφαλισμένοι** συμμετέχουν με ποσοστό 10% στις δαπάνες φυσικοθεραπείας πλην των εξαιρέσεων του άρθρου 39 του ΕΚΠΥ, όπως ισχύει, οι οποίοι έχουν μηδενική (0%) συμμετοχή.
4. Για τις εξαιρέσεις του άρθρου 39 του ΕΚΠΥ, όπως ισχύει, απαιτείται σχετική γνωμάτευση Α.Ν.Υ.Ε. και η συμμετοχή είναι μηδενική για άμεσα και έμμεσα μέλη (0%).
5. Στην περίπτωση εκτέλεσης συνεδριών φυσικοθεραπείας από **φυσικοθεραπευτή**, δικαιολογούνται έως δέκα (10) συνεδρίες δύο φορές το χρόνο και η αποζημίωση ανά συνεδρία, ορίζεται σε δέκα πέντε (15) ευρώ συμφώνως άρθρου 39 του ΕΚΠΥ όπως ισχύει κάθε φορά.
6. Στην περίπτωση εκτέλεσης φυσικοθεραπευτικών πράξεων από **φυσίατρο** η αποζημίωση γίνεται ανά πράξη, σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο έως δύο φορές το χρόνο. Καθόσον αποζημιώνονται ως πράξεις, οι άμεσα ασφαλισμένοι δεν υποχρεούνται σε συμμετοχή (0%), ενώ οι έμμεσα ασφαλισμένοι

μετέχουν με ποσοστό 20%. Σε αυτή την περίπτωση είναι υποχρεωτική η επισύναψη ιατρικής γνωμάτευσης προς πιστοποίηση της αναγκαιότητας.

06. ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

α. ΠΑΙΔΙΩΝ/ΕΦΗΒΩΝ

Για την καταβολή μηνιαίας αποζημίωσης δαπάνης θεραπειών Ειδικής Αγωγής των ασφαλισμένων τέκνων Στελεχών Λ.Σ. που καταβάλλεται, κατά περίπτωση, με τις προϋποθέσεις του Άρθρου 15 παρ. 2 ΠΔ 62/2023.

ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ Ή ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ -ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου.
4. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, στην οποία θα αναγράφεται το όνομα του δικαιούχου
5. Εντολή ΒΥΠ, η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, συνταγογραφημένη στο πρώτο δεκαήμερο εκάστου μήνα, θεώρηση από τον ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη « Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από τον αντίστοιχο ιατρό ή θεραπευτή καθώς και το κέντρο όπου πραγματοποιήθηκαν οι θεραπείες. Επιπρόσθετα, επισημαίνεται ότι σφραγίδα και υπογραφή του αντίστοιχου ιατρού ή θεραπευτή, τίθεται και στην Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών.
6. Φωτοαντίγραφο γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Κάθε γνωμάτευση ΑΝΥΕ θα αναγράφει υποχρεωτικά «κωδικό ICD 10», ώστε να προσδιορίζεται ο αριθμός των θεραπειών ανά είδος, συμφώνως Ε.Κ.Π.Υ. όπως ισχύει, ενώ σε περίπτωση που η έγκριση της ΑΝΥΕ αναγράφει μικρότερο αριθμό θεραπειών, τότε θα διενεργούνται οι λιγότερες στο συγκεκριμένο είδος.
2. Οι θεραπευτικές πράξεις που θα αποζημιώνονται είναι η Λογοθεραπεία, η Εργοθεραπεία, η Ψυχοθεραπεία (ατομική ή ομαδική ή οικογενειακή ή Θεραπεία Συμπεριφοράς), η Ειδική Διαπαιδαγώγηση και η Φυσικοθεραπεία, στις περιπτώσεις που συνυπάρχει και κινητική διαταραχή.

3. Οι Ψυχοθεραπείες δεν χορηγούνται αθροιστικά. Σύμφωνα με την παράγραφο 8 του άρθρου 45 του ΕΚΠΥ, χορηγείται ατομική ή ομαδική ή οικογενειακή Ψυχοθεραπεία ή Θεραπεία Συμπεριφοράς.
4. Χορηγούνται μέχρι τέσσερα είδη Ειδικών Θεραπειών μηνιαίως, σύμφωνα με την παράγραφο 9 του άρθρου 45 του ΕΚΠΥ, χωρίς να συνυπολογίζονται οι Φυσικοθεραπείες.
5. Οι Ιατρικές Γνωματεύσεις πρέπει να αναγράφουν έναν κωδικό διάγνωσης νόσου και σε καμία περίπτωση πέραν των δύο. Στις περιπτώσεις που στην ίδια γνωμάτευση αναγράφονται **2 διαφορετικοί κωδικοί διαγνώσεων (ICD10):**
 - i. εάν αφορούν το ίδιο είδος θεραπείας αλλά διαφορετικό αριθμό συνεδριών, δύναται να χορηγηθεί ο μέγιστος αριθμός συνεδριών για το συγκεκριμένο είδος θεραπείας,
 - ii. εάν αφορούν διαφορετικό είδος θεραπειών, δύναται να χορηγηθεί ο προβλεπόμενος για το κάθε είδος αριθμός συνεδριών.
6. Σε περιπτώσεις ασφαλισμένων άνω των δέκα οκτώ (18) ετών με σοβαρά κινητικά, νοητικά, ψυχιατρικά, ψυχολογικά προβλήματα, δύναται να παρατείνεται η χορήγηση των ανωτέρω παροχών κατόπιν ιατρικής γνωμάτευσης (διάρκειας μέχρι 1 έτους) και μέχρι την ηλικία των 21 ετών. Μετά το εικοστό πρώτο (21) έτος ηλικίας ισχύουν τα προβλεπόμενα στα αντίστοιχα εδάφια του ΕΚΠΥ για τους ενήλικες.
7. Όλες οι θεραπείες αποζημιώνονται με ποσό 15,00€/Συνεδρία, εκτός από την Ειδική Διαπαιδαγώγηση που αποζημιώνεται με ποσό 1,23 €/ Συνεδρία.

β. ΠΑΙΔΙΩΝ/ΕΦΗΒΩΝ με αναπηρίας 67% και άνω

ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ Ή ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ -ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για την καταβολή μηνιαίου επιδόματος για τις ειδικές περιπτώσεις δαπανών εκπαίδευσης των τέκνων στρατιωτικών που καταβάλλεται, κατά περίπτωση, με τις προϋποθέσεις των παρ. 2 έως 4 του άρθρου 9 του ΠΔ 62/2023, ήτοι με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, στην οποία θα αναγράφεται το όνομα του δικαιούχου
4. Εντολή ΒΥΠ, η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, συνταγογραφημένη στο πρώτο δεκαήμερο εκάστου μήνα, θεώρηση από τον ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από τον αντίστοιχο ιατρό ή θεραπευτή, καθώς και το κέντρο όπου πραγματοποιήθηκαν οι θεραπείες. Επιπρόσθετα, επισημαίνεται ότι σφραγίδα και υπογραφή του αντίστοιχου ιατρού ή θεραπευτή τίθεται και στην Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών.
5. Φωτοαντίγραφο γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε.
6. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Στα έντυπα γνωματεύσεων της ΑΝΥΕ θα αναγράφεται υποχρεωτικά η αντίστοιχη διάταξη, στην οποία εμπίπτουν οι ειδικές περιπτώσεις δαπανών εκπαίδευσης των τέκνων. Η γνωμάτευση δύναται να καλύπτει χρονικό διάστημα μέχρι ένα (1) έτος.
2. Το παραπάνω επίδομα καταβάλλεται με την υποβολή της σχετικής δαπάνης από τον στρατιωτικό και το ύψος του δεν μπορεί να υπερβεί το ποσό που δαπανήθηκε για την εκπαίδευση των τέκνων του.
3. Για τον υπολογισμό του κατά περίπτωση επιδόματος, λαμβάνεται υπόψη το τιμολόγιο του ημερήσιου νοσήλιου του παθολογικού τομέα ήτοι τα 180,00€.
4. Το επίδομα είναι συναρτώμενο με τον αριθμό των διαταραχών, ο οποίος δεν θα υπερβαίνει τις τέσσερις (4) και σε εξαιρετικές περιπτώσεις τις έξι (6).
5. Ο ελάχιστος αριθμός συνεδριών μηνιαίως έκαστης θεραπείας είναι τέσσερις (04).

ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΑΙΔΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ		
Τομέας Ανάπτυξης (Επί Μέρους Διαταραχές)		Ενδεικνυόμενες Θεραπευτικές Προσεγγίσεις (ελάχιστος αριθμός συνεδριών 4 μηνιαίως εκάστης θεραπείας)
1.	Λόγος	Υποχρεωτική: Λογοθεραπεία Προαιρετική: Θεραπεία Συμπεριφοράς ή/και Ατομική Ψυχοθεραπεία ή/και Ομαδική Ψυχοθεραπεία ή/και Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία
2.	Κινητικότητα	Υποχρεωτική: Εργοθεραπεία ή/και Φυσικοθεραπεία
3.	Συμπεριφορά	Υποχρεωτική: Θεραπεία Συμπεριφοράς Προαιρετική: Ατομική Ψυχοθεραπεία ή/και Ομαδική Ψυχοθεραπεία ή/και Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία
4.	Συναίσθημα	Υποχρεωτική: Ατομική Ψυχοθεραπεία Προαιρετική: Ομαδική Ψυχοθεραπεία ή/και Θεραπεία Συμπεριφοράς ή/και Οικογενειακή ψυχοθεραπεία
5.	Μάθηση	Υποχρεωτική: Ειδική Διαπαιδαγώγηση Προαιρετική: Εργοθεραπεία
6.	Νοημοσύνη	Υποχρεωτική: Εργοθεραπεία ή/και Φυσικοθεραπεία Προαιρετική: Λογοθεραπεία ή/και Ειδική Διαπαιδαγώγηση

γ. ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση στελέχους ΛΣ (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, στην οποία θα αναγράφεται το όνομα του δικαιούχου
4. Εντολή ΒΥΠ, η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από τον ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «ο εκτελέσας την εντολή».
5. Φωτοαντίγραφο γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε.
6. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Κάθε γνωμάτευση ANYE θα αναγράφει υποχρεωτικά κωδικό ICD 10, ώστε να προσδιορίζεται ο αριθμός των θεραπειών, ανά είδος, συμφώνως Ε.Κ.Π.Υ., όπως ισχύει, ενώ σε περίπτωση που η έγκριση της ANYE αναγράφει μικρότερο αριθμό θεραπειών, τότε θα διενεργούνται οι λιγότερες στο συγκεκριμένο είδος.
2. Εργοθεραπεία, Λογοθεραπεία και Ψυχοθεραπεία (άρθρα 40 έως 42, αντίστοιχα, του Ε.Κ.Π.Υ.)
3. Η συμμετοχή σε Εργοθεραπείες και οι Ψυχοθεραπείες είναι μηδενική.
4. Η συμμετοχή σε Λογοθεραπείες είναι 10%, εκτός από ΑμΕΑ με αναπηρία πάνω από 67%.
5. Όλες οι θεραπείες αποζημιώνονται με ποσό 15€/Συνεδρία.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, στην οποία θα αναγράφεται το όνομα του δικαιούχου (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια ή μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
5. i. Δύο (02) Εντολές ΒΥΠ:
 - Κατά την είσοδο, μία εντολή ΒΥΠ με την ημερομηνία εισόδου, με σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από τον ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία συνταγογράφησης, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από την ιδιωτική κλινική.
 - Κατά την έξοδο, μία εντολή ΒΥΠ με την ημερομηνία εξόδου, με σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, στην οποία αναγράφονται οι ημέρες νοσηλείας με θεώρηση από τον ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία συνταγογράφησης, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από την ιδιωτική κλινική.
- ii. Ή μία (01) Εντολή ΒΥΠ
Στην περίπτωση που δεν καθίσταται εφικτή η συνταγογράφηση-θεώρηση δύο εντολών ΒΥΠ (αδυναμία θεώρησης της εντολής ΒΥΠ κατά την είσοδο) δύναται να προσκομιστεί μια μόνο εντολή ΒΥΠ όπου στο μπροστινό μέρος τίθεται η ημερομηνία της εξόδου, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, αναγράφεται συγκεκριμένα η ημερομηνία εισόδου – εξόδου, οι ημέρες νοσηλείας, με θεώρηση από τον ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία συνταγογράφησης, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από την ιδιωτική κλινική.
6. Φύλλο Νοσηλείας αναλυτικό, ήτοι με λεπτομερή περιγραφή των ειδικών εξετάσεων και παροχών ή θεραπειών, φάρμακα και υγειονομικό υλικό.
7. Στην περίπτωση μοσχεύματος καθώς και υλικών επέμβασης,, απαιτείται Τιμολόγιο της εταιρείας που τα παρείχε στην ιδιωτική κλινική.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Συμμετοχές:

- α)** Οι **άμεσα ασφαλισμένοι** συμμετέχουν με ποσοστό 0% στις δαπάνες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης
 - β)** Οι **έμμεσα ασφαλισμένοι** συμμετέχουν με ποσοστό 20% στις δαπάνες νοσηλείας στις ιδιωτικές κλινικές, εκτός αν η νοσηλεία παρέχεται σε ψυχιατρικές ή πνευμονολογικές κλινικές, οπότε οι δικαιούχοι σε ουδεμία συμμετοχή υποχρεούνται και το Δημόσιο επιβαρύνεται με το σύνολο της δαπάνης.
- 2.** Για καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις ακολουθείται η κοστολόγηση συμφώνως Αριθ. Υ4ε/6424/01 (ΦΕΚ Β 1184) «Καθορισμός νοσηλίων Καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο και σε ιδιωτικές κλινικές, με πακέτο νοσηλείας.», όπως ισχύει.

α. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΕΟΓΝΟΥ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ
(ΑΦΟΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ)

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση στελέχους ΛΣ (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, στην οποία θα αναγράφεται το όνομα του δικαιούχου (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια ή μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
5. Βεβαίωση Διευθυντή Ιδιωτικής Κλινικής για την εισαγωγή στην ΜΕΝΝ, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό
6. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (μέσω εφαρμογής gov.gr) του στελέχους ΛΣ-ΕΛ.ΑΚΤ στην οποία να δηλώνεται ότι ο ασθενής μέλος της οικογενείας του, είναι δικαιούχος περίθαλψης από το Λ.Σ.-ΕΛ.ΑΚΤ, καθώς επίσης ότι δεν δικαιούται περίθαλψης από άλλο φορέα.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Η συγκεκριμένη περίθαλψη δύναται να εμπίπτει στο άρθρο 17 παρ. 3 του Π.Δ.62/2023 ήτοι για λόγους ανωτέρας βίας να μην εκδόθηκε βιβλιάριο νοσηλείας και προέκυψε επιτακτική ανάγκη περίθαλψης. Στην περίπτωση αυτή αντί της εντολής του βιβλιαρίου, επισυνάπτεται στα δικαιολογητικά σχετική γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού και συγκεκριμένα τα δικαιολογητικά 5 και 6 που αναφέρονται παραπάνω.
2. Σύμφωνα με τον ΕΚΠΥ άρθρο 12, η συμμετοχή είναι μηδενική μόνο αν υπάρχει η πιστοποίηση για την έλλειψη διαθέσιμης κλίνης στις δημόσιες δομές. Η ανωτέρω πιστοποίηση γίνεται από το ΕΚΕΠΥ (μεταβατικά στο ΕΚΑΒ), σε συνεργασία με τον Οργανισμό, και η ανατροφοδότηση της πληροφορίας γίνεται σε καθημερινή βάση με το ανάλογο παραστατικό. Για τις ανάγκες της πιστοποίησης αυτής, οι πάροχοι είναι υποχρεωμένοι να τροφοδοτούν σε καθημερινή βάση σχετικό ηλεκτρονικό σύστημα του Οργανισμού, που είναι εγκατεστημένο και συνδεδεμένο στο ΕΚΕΠΥ και μεταβατικά στο ΕΚΑΒ.
3. Σύμφωνα με τον ΕΚΠΥ άρθρο 24 αποζημιώνεται ημερήσιο νοσήλιο σε *Μ.Ε.Ν.Ν.* δημόσιου Νοσοκομείου ή συμβεβλημένης ιδιωτικής κλινικής, μόνο για νεογνά που χρειάζονται εισαγωγή σε αυτήν εντός του πρώτου μήνα και μετά την πρώτη έξοδο τους από το μαιευτήριο, ως εξής:
 - α) Για νοσηλεία σε νεογνική μονάδα επιπέδου I και II, αποδίδεται ημερήσιο νοσήλιο 150 ευρώ.
 - β) Για εντατική νοσηλεία νεογνών επιπέδου III, αποδίδεται ημερήσιο νοσήλιο 300 ευρώ.Κατά τα λοιπά, ισχύει η κοινή υπουργική απόφαση 1892/20-12-2004. Οι προϋποθέσεις εισαγωγής ορίζονται από την κείμενη νομοθεσία.

γ) Στις περιπτώσεις νεογνών για τις οποίες θα απαιτηθεί νοσηλεία σε Μ.Ε.Ν.Ν. μετά την πάροδο της Μ.Δ.Ν. του επιλεγμένου Κ.Ε.Ν. της παραγράφου 1 του παρόντος, αποζημιώνεται η Μ.Ε.Ν.Ν. για τα δημόσια Νοσοκομεία και τις ιδιωτικές Κλινικές με το ημερήσιο νοσήλιο Μ.Ε.Ν.Ν.

08. ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

(Σε μη συμβεβλημένες δομές)

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης
5. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 (μέσω εφαρμογής gov.gr) στην οποία θα δηλώνεται από το Στέλεχος Λ.Σ.:
 - i) Ο τοκετός (φυσιολογικός ή μη) και η υγειονομική δομή που έλαβε χώρα.
 - ii) Η επιθυμία λήψεως του επιδόματος φυσιολογικού τοκετού.
 - iii) Ότι δεν υποβάλλει στην Υπηρεσία οποιαδήποτε δαπάνη νοσηλείας για τον υπόψη τοκετό.
 - iv) Ότι η σύζυγος (σε περίπτωση που αφορά σε τοκετό συζύγου ε.ε. Στελέχους Λ.Σ.) είναι ασφαλισμένη στο Λιμενικό Σώμα και κατέχει ενεργό Βιβλιάριο Υγειονομικής Περίθαλψης (ΒΥΠ) του Λιμενικού Σώματος.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μη φυσιολογικού τοκετού και δικαιολογημένης παραμονής στο νοσοκομείο άνω των επτά (07) ημερών, τότε το Στέλεχος Λ.Σ. δύναται να υποβάλλει το σύνολο των δικαιολογητικών του Κεφαλαίου 08 του παρόντος, για να αναγνωριστεί η δαπάνη νοσηλείας, και εφόσον το ποσό της δαπάνης νοσηλείας μετά την ακριβή κοστολόγηση υπερβαίνει το ποσό του επιδόματος, τότε θα αποζημιώνεται με το ποσό της νοσηλείας.
2. Για την πληρωμή υποβάλλεται ληξιαρχική πράξη γέννησης του τέκνου, είτε αυτό γεννήθηκε ζωντανό είτε νεκρό.
3. Τοκετός θεωρείται και η γέννηση νεκρού εμβρύου άνω των 22 εβδομάδων. (Άρθρο 38 του ΕΚΠΥ)
4. **Αποζημίωση Δαπάνης**
 - **Άμεσο μέλος:** Ποσό ύψους 1.300,00€.
 - **Έμμεσο μέλος:** Ποσό ύψους 900,00€.
 - Σε περίπτωση γέννησης περισσότερων του ενός (1) τέκνων, το επίδομα καταβάλλεται προσαυξημένο κατά 30% ήτοι 1.690,00€ και 1.170,00€ αντίστοιχα.
5. Σε περίπτωση τοκετού στο σπίτι η αποζημίωση θα ακολουθεί την ως άνω διαδικασία.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, στην οποία θα αναγράφεται το όνομα του δικαιούχου (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια ή μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
5. Εντολή ΒΥΠ η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από τον ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από το κέντρο που διεξάγεται η διαδικασία.
6. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (μέσω εφαρμογής gov.gr) για την ηλικία, τον ακριβή αριθμό προσπαθειών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, καθώς και σε περίπτωση 2^{ης} προσπάθειας και ύστερα, το χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από την προηγούμενη προσπάθεια.
7. Αντίγραφο Γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Στις περιπτώσεις δαπανών ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, είναι απαραίτητη η προηγούμενη έγκριση από την Ανώτατη Ναυτικού Υγειονομική Επιτροπή (Α.Ν.Υ.Ε).
2. Συμφώνως του άρθρου 38 του ΕΚΠΥ, χορηγούνται δαπάνες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στις άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένες, ηλικίας έως 50 ετών, και μέχρι 4 ολοκληρωμένες προσπάθειες, αφού συμπληρωθεί τετράμηνο από την τελευταία προσπάθεια.
3. Το ποσό της αποζημίωσης ολοκληρωμένης προσπάθειας εξωσωματικής (ωοληψία και εμβρυομεταφορά) ανέρχεται στα 352,16€ (Π.Δ. 157/1991).
4. Σε περίπτωση διενέργειας μίας εκ των δύο φάσεων (ωοληψία ή εμβρυομεταφορά), αποδίδεται το μισό του κρατικού τιμολογίου 176,08€ ευρώ.

10. ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΕΙΣ

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, στην οποία θα αναγράφεται το όνομα του δικαιούχου και τα υλικά που έχουν χρησιμοποιηθεί ώστε να κοστολογηθούν (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια ή μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
5. Εντολή ΒΥΠ, η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, αναγράφεται ο αριθμός και οι ημερομηνίες των συνεδριών, θεώρηση από τον ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
6. Βεβαίωση της Μονάδας, όπου εκτελούνται οι αιμοκαθάρσεις, από την οποία προκύπτει ο αριθμός των μηνιαίων αιμοκαθάρσεων στις οποίες υπεβλήθη ο ασφαλισμένος και κατά τις οποίες δεν ήταν νοσηλεύόμενος, καθώς και των υλικών που χρησιμοποιήθηκαν για τον ασφαλισμένο,

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Άμεσα και έμμεσα μέλη δεν καταβάλλουν συμμετοχή για τις θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους ΛΣ (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
1. Φωτοαντίγραφο γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε (εφόσον απαιτείται από τις διευκρινήσεις του παρόντος κεφαλαίου).
4. Εντολή ΒΥΠ η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, αναγράφονται οι ημερομηνίες μετακίνησης, θεώρηση από τον ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
5. Μηνιαία βεβαίωση του Δ/ντή της Υγειονομικής Μονάδας Αιμοκάθαρσης ή Μετάγγισης, όπου αναγράφεται πάθηση, αριθμός μηνιαίων αιμοκαθάρσεων ή μεταγγίσεων και οι ημερομηνίες που εκτελέστηκαν.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Συμφώνως άρθρου 56 του ΕΚΠΥ:
 - Για την μετακίνηση των νεφροπαθών, αποζημιώνονται έξοδα μετακίνησης ως ακολούθως:
 - ✓ Σε Αθήνα, Πειραιά: 230 ευρώ/μήνα,
 - ✓ Στην Θεσσαλονίκη: 220 ευρώ/μήνα,
 - ✓ Σε Ηράκλειο, Πάτρα: 140 ευρώ/μήνα,
 - ✓ Λοιπά αστικά κέντρα: 115 ευρώ/μήνα,
 - ✓ Εκτός Αστικών Κέντρων: Για απόσταση έως 8 χλμ. από τον τόπο κατοικίας του προς το πλησιέστερο κέντρο αιμοκάθαρσης, αποδίδεται το ποσό που ισχύει για το αστικό κέντρο του εκάστοτε νομού.
Για απόσταση μεγαλύτερη των 8 χλμ και έως 50 χλμ από τον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου προς το πλησιέστερο κέντρο αιμοκάθαρσης: 400 ευρώ/μήνα.
Για απόσταση 50-80 χλμ: 550 ευρώ/μήνα,
Για απόσταση πάνω από 80 χλμ: 800 ευρώ/μήνα.
 - Τα ανωτέρω ποσά αντιστοιχούν σε 13 ή και περισσότερες συνεδρίες αιμοκάθαρσης/μήνα. Σε περιπτώσεις που λόγω ημερολογιακής κατανομής διενεργούνται 12 αιμοκαθάρσεις, τον μήνα, οι νεφροπαθείς θα αποζημιώνονται εξ ολοκλήρου με τα προβλεπόμενα πάγια ποσά.

- Σε περίπτωση που για οποιονδήποτε λόγο, διενεργηθούν λιγότερες από 12, τότε τα ποσά θα αναπροσαρμόζονται ανάλογα.
- Αν ο ασθενής, για άλλους λόγους υγείας απαιτείται να μετακινηθεί σε υγειονομική μονάδα πέρα από την πλησιέστερη στον τόπο κατοικίας του, τότε προκειμένου να αποζημιωθεί για την μετακίνηση, απαιτείται Α.Ν.Υ.Ε.
- Για την αποζημίωση μετακινήσεων των ως άνω ασθενών απαιτείται η προσκόμιση γνωμάτευσης Ιατρού Διευθυντή ή Επιστημονικού Υπεύθυνου, της υγειονομικής δομής, που θα βεβαιώνει την πάθηση και την διενέργεια των θεραπευτικών πράξεων αιμοκάθαρσης.
- Σε περίπτωση δικαιούχου με ποσοστό αναπηρίας όρασης 80% και άνω, χορηγείται επίσης αποζημίωση μετάβασης και συνοδού.

12. ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Εντολή ΒΥΠ η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, στην οποία δικαιολογείται η ανάγκη μετακίνησης του ασθενή και τυχόν συνοδού, καθώς και ειδικού μεταφορικού μέσου (αν απαιτείται)
5. Αιτιολογημένη βεβαίωση από Διευθυντή Νοσοκομείου ΕΣΥ, Πανεπιστημιακού ή Στρατιωτικού, του τόπου κατοικίας του ασθενή, ή σε περίπτωση έλλειψης των ανωτέρω, ειδικευμένου θεράποντος ιατρού, για την αδυναμία αντιμετώπισης της πάθησης ή διενέργειας εξέτασης ή των αναγκαίων παρακλινικών εξετάσεων στον τόπο κατοικίας του ασθενή.
6. Σε περίπτωση μίσθωσης ειδικού μεταφορικού μέσου, εξοφλητική απόδειξη (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
7. Απόδειξη καταβολής του αντιτίμου των εισιτηρίων του ασθενή και του τυχόν συνοδού ή αποδείξεων βενζίνης, καθώς και απόδειξη διοδίων, κατά την ημέρα μετάβασης και επιστροφής. Σε περίπτωση που η μετακίνηση έγινε σε πόλη όμορου νομού όπου δεν υπάρχουν διόδια, τότε θα προσκομίζεται η απόδειξη βενζίνης.
8. Αντίγραφο εξιτηρίου σε περίπτωση νοσηλείας ή αποδεικτικό στοιχείο της εκάστοτε υγειονομικής δομής (κρατικής ή ιδιωτικής) στην οποία αντιμετωπίστηκε ο ασθενής.
9. Φωτοαντίγραφο Γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε. (εφόσον απαιτείται από τις διευκρινήσεις του παρόντος κεφαλαίου)

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Συμφώνως άρθρου 56 του ΕΚΠΥ:
 - Ασφαλισμένοι που χρειάστηκε να μετακινηθούν εκτός του τόπου κατοικίας τους προκειμένου να αντιμετωπίσουν πρόβλημα υγείας που δεν αντιμετωπίζεται σε υγειονομική δομή κοντά στον τόπο κατοικίας τους, αποζημιώνονται για την μετακίνηση με το αντίτιμο των εισιτηρίων μετάβασης και επιστροφής δημοσίων συγκοινωνιών (Λεωφορείο, Πλοίο, Τρένο), στην οικονομικότερη θέση.
 - Την αποζημίωση δικαιούται ο ασθενής και ένας συνοδός του.
 - Αποζημιώνεται η δαπάνη μετακίνησης συνοδού, υποχρεωτικά όταν πρόκειται για παιδιά και εφήβους μέχρι 18 ετών και για ενήλικες, εφόσον τούτο κριθεί απαραίτητο από τον θεράποντα ιατρό και συνυπογράφεται από Διευθυντή Νοσοκομείου ή ΚΥ.

- Σε περίπτωση που η μετακίνηση έγινε με αυτοκίνητο ιδιωτικής χρήσης ή ταξί, η αποζημίωση καταβάλλεται με βάση την χιλιομετρική απόσταση που διανύθηκε, όπως αυτή προκύπτει από το ειδικό σύστημα προσδιορισμού των χιλιομετρικών αποστάσεων (Βεβαίωση από <https://kmd.ggde.gr/>) και με αντίτιμο βενζίνης, 0,15 λεπτά/ χλμ.
- Σε όλως εξαιρετικές περιπτώσεις, και κατόπιν Γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε., δύναται να αποζημιωθεί η αξία αεροπορικού εισιτηρίου για τον ασθενή και τον τυχόν συνοδό του σε περίπτωση που αυτός προβλέπεται. Από την ως άνω διαδικασία έκδοσης Γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε., εξαιρούνται οι καρκινοπαθείς που μετακινούνται για την διενέργεια χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας, εφόσον στο Νοσοκομείο του τόπου κατοικίας τους δεν διενεργούνται αυτές οι θεραπείες
- Για τη μετακίνηση των πασχόντων από μεσογειακή αναιμία, κληρονομική σιδηροβλαστική αναιμία, δρεπανοκυτταρική νόσο και άλλες αιμοσφαιρινοπάθειες, για μετάγγιση αίματος, σύμφωνα με τον ΕΟΠΥΥ αποζημιώνονται έξοδα μετακίνησης ως ακολούθως:
 - ✓ Σε Αθήνα, Πειραιά:38 ευρώ/μήνα,
 - ✓ Στην Θεσσαλονίκη:36 ευρώ/μήνα,
 - ✓ Σε Ηράκλειο, Πάτρα:22 ευρώ/μήνα,
 - ✓ Στα λοιπά αστικά κέντρα:20 ευρώ/μήνα,
 - ✓ Εκτός Αστικών Κέντρων και εντός ορίων νομού, του τόπου κατοικίας του ασθενή: 100 ευρώ/μήνα,
 - ✓ Εκτός Αστικών Κέντρων και εκτός ορίων νομού, από τον τόπο κατοικίας του ασθενή, 150 ευρώ/μήνα.
 - ✓ Για την αποζημίωση μετακινήσεων των ως άνω ασθενών, απαιτείται η προσκόμιση γνωμάτευσης Ιατρού Διευθυντή ή Επιστημονικού Υπεύθυνου, της υγειονομικής δομής που θα βεβαιώνει την πάθηση και την διενέργεια των θεραπευτικών πράξεων μετάγγισης.
- Σε περίπτωση δικαιούχου με ποσοστό αναπηρίας όρασης 80% και άνω, χορηγείται επίσης αποζημίωση μετάβασης και συνοδού.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (μέσω εφαρμογής gov.gr) όπου το Στέλεχος Λ.Σ. να δηλώνει ότι δεν έλαβε, ούτε θα λάβει την αποζημίωση αυτή από άλλον φορέα κοινωνικής ασφάλισης ή το δημόσιο ή άλλον φορέα, και δεν έχει νοσηλευτεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα, δημόσιο ή ιδιωτικό, άνω των 46 ημερών στο χρονικό διάστημα 1/6-31/8.
4. Ιατρική Γνωμάτευση, από Ιατρό σχετικής με την πάθηση ειδικότητας, από δημόσιο Νοσοκομείο, στην οποία να βεβαιώνεται η πάθηση και η συνέχιση της θεραπείας, κατά το ως άνω αναφερόμενο χρονικό διάστημα.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Σύμφωνα με άρθρο 46 του ΕΚΠΥ:
 - Η αποζημίωση Αεροθεραπείας παρέχεται στους δικαιούχους σύμφωνα με τα οριζόμενα στην ισχύουσα νομοθεσία,, και συγκεκριμένα χορηγείται σε χρόνιες παθήσεις των πνευμόνων με πιστοποιημένη αναπηρία ίση ή μεγαλύτερη του 67%, όπως παλαιά φυματίωση, χειρουργηθέντα καρκίνο πνευμόνων, πνευμονοκονίωση, κυστική ίνωση και σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου (που είναι σε χρόνια αιμοκάθαρση, περιτοναϊκή διήθηση, ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού), καθώς και ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση ήπατος, πνεύμονος και καρδιάς, για το χρονικό διάστημα 1/6 ως 31/8 κάθε έτους
 - Το ύψος της αποζημίωσης Αεροθεραπείας ορίζεται στο ποσό των 200 ευρώ κατ' έτος ή όπως ισχύει κάθε φορά με βάση την κείμενη νομοθεσία.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους ΛΣ (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών, στην οποία θα αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του ασθενή, το ονοματεπώνυμο του δικαιούχου, ο χρόνος απασχόλησης, (ημερομηνία και ώρα), το ποσό πληρωμής, θεωρημένη από τον προϊστάμενο νοσηλευτικής μονάδος με τη σφραγίδα του νοσοκομείου (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια ή μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
5. Εντολή ΒΥΠ η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. από τον θεράποντα ιατρό και σε περίπτωση πέρα των οκτώ (08) νυκτών, από τον Διευθυντή της κλινικής όπου νοσηλεύεται ο ασθενής, για την ανάγκη χρησιμοποίησης αποκλειστικής νοσοκόμας, θεώρηση από ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση.
6. Σε περίπτωση αναγκαιότητας χρήσης αποκλειστικής νοσοκόμας άνω των οκτώ (08) νυκτών και μέχρι τις δώδεκα (12) νύκτες, απαιτείται ιατρική βεβαίωση του Διευθυντή της κλινικής, εγκεκριμένη από τον αρμόδιο ελεγκτή, στην οποία αναφέρονται τα εξής: το ονοματεπώνυμο του ασθενούς, η πάθηση, η ημερομηνία εισαγωγής για νοσηλεία, η τεκμηρίωση αναγκαιότητας χρησιμοποίησης αποκλειστικής νοσοκόμας άνω των οκτώ (08) νυκτών και μέχρι δώδεκα (12) νύκτες και η διάρκεια χρησιμοποίησης. Απαιτείται επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής του Διευθυντή της Κλινικής από την αρμόδια Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου.
7. Πρωτότυπη Γνωμάτευση Α.Ν.Υ.Ε.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Συμφώνως άρθρου 25 του ΕΚΠΥ:
 - Η αναγνώριση απόδοσης δαπάνης για τη χρησιμοποίηση αποκλειστικής νοσοκόμου ανά νοσηλεία και μέχρι δυο (2) νοσηλείες το μήνα, είναι δυνατή μόνο σε κρατικά Νοσοκομεία, για ασθενείς με βαριά γενική κατάσταση, για τους οποίους απαιτούνται ιδιαίτερες φροντίδες, μόνο κατά τη διάρκεια της νύκτας και μέχρι οκτώ (8) νύκτες.
 - Η παράταση χρήσης αποκλειστικής νοσοκόμας θα βεβαιώνεται από τον Διευθυντή της Κλινικής ως προς την βαρύτητα της γενικής κατάστασης του ασθενή, θα εγκρίνεται από τον αρμόδιο ελεγκτή και θα αποζημιώνεται μέχρι συνολικά δώδεκα (12) νύκτες.
 - Απαιτείται επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής του Διευθυντή της Κλινικής από την αρμόδια Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου.

- Σε όλως εξαιρετικές περιπτώσεις κινητικά αναπήρων, η αποζημίωση αποκλειστικής νοσοκόμας δύνανται να καλύπτει το σύνολο της νοσηλείας του δικαιούχου που έχει ποσοστό αναπηρίας πάνω από 80% με βεβαίωση επιτροπής ΚΕΠΑ, με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού και του Διευθυντή της Κλινικής όπου νοσηλεύεται.
- Η αποζημίωση ορίζεται σε τριάντα (30) ευρώ για κάθε νύκτα τις καθημερινές και σε σαράντα πέντε (45) ευρώ τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες. Τα ποσά δύνανται να αναπροσαρμόζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Όταν για τη νοσηλεία του ασθενή δίδονται εγκρίσεις για ασυνεχή χρονικά διαστήματα μέσα στην ίδια νοσηλεία, η δαπάνη αποδίδεται συνολικά μέχρι οκτώ (8) νύκτες ή μέχρι δώδεκα (12) νύκτες, σύμφωνα με τα ανωτέρω προβλεπόμενα.

15. ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

(π.χ. συσκευές έγχυσης φαρμάκων και διατροφικών διαλυμάτων, ταινίες σακχάρου, επιθέματα)

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Απόδειξη Λιανικής Πώλησης (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια ή μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
5. Εντολή ΒΥΠ, η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από το κατάστημα αγοράς και επικολλημένο το κουπόνι του αντίστοιχου υλικού.
6. Ιατρική Γνωμάτευση θεράποντος Ιατρού, στην οποία να αιτιολογείται η αναγκαιότητα χορήγησης του υλικού και να καθορίζεται το χρονικό διάστημα χορήγησής του, καθώς και η απαραίτητη ανά μήνα ποσότητα. Ειδικά για το αναλώσιμο διαβητολογικό υλικό, η Ιατρική Γνωμάτευση δύναται να αφορά χρονικό διάστημα χορήγησης-χρήσης διμήνου, ενώ στις χρόνιες παθήσεις, για επιπλέον ποσότητες, απαιτείται Γνωμάτευση ΑΝΥΕ, με ισχύ έως και ένα έτος.
7. Φωτοαντίγραφο Γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε. (εφόσον απαιτείται από τις διευκρινήσεις του παρόντος κεφαλαίου)

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Συμφώνως άρθρου 47 του ΕΚΠΥ:

Α. ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΥΛΙΚΑ

- Ως Αναλώσιμο Υγειονομικό Υλικό νοείται κάθε υλικό που παρέχεται για την αντιμετώπιση ή την παρακολούθηση των νοσημάτων των δικαιούχων.
- Τα επιμέρους είδη που αποζημιώνονται, οι μηνιαίες ποσότητες τω υλικών ή/και το ανώτατο όριο μηνιαίας δαπάνης, τα νοσήματα για τα οποία χορηγείται το κάθε είδος, οι ειδικότητες των ιατρών που τα συνταγογραφούν, η διαδικασία συνταγογράφησης και ο έλεγχος, η χρονική διάρκεια των γνωματεύσεων, τα θέματα συγχορήγησης ή αμοιβαίου αποκλεισμού, ο χρόνος επαναχορήγησης, η κατηγοριοποίηση ανάλογα με το φύλλο οδηγιών και τις τεχνικές προδιαγραφές, κάθε άλλη αναγκαία προϋπόθεση για τη χορήγηση του αναλώσιμου υγειονομικού υλικού κατά περίπτωση, καθώς και λοιπές λεπτομέρειες για τα παρεχόμενα είδη καθορίζονται από τον ΕΟΠΥΥ και ακολουθούνται από το Φορέα μας.
- Αποζημιώνονται μόνο τα είδη των αναλωσίμων υγειονομικών υλικών που είναι κοστολογημένα σε Φ.Ε.Κ.

- Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες από τις ορισθείσες ως μέγιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την αιτούμενη ποσότητα και εξετάζεται από την Α.Ν.Υ.Ε.
- Σε πάσχοντες που φέρουν τραχειοστομία, που πάσχουν από νευρογενή διαταραχή του εντέρου, από μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία, μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία, αιμολυτικές αναιμίες, κληρονομική σιδηροβλαστική αναιμία, σε ασθενείς με μηχανική υποστήριξη καρδιάς, με θρομβοφιλία, με μεταλλική βαλβίδα καρδιάς που λαμβάνουν χρόνια αντιπηκτική αγωγή, χορηγούνται υλικά σύμφωνα με τα οριζόμενα κάθε φορά σε ΦΕΚ

2. Συμμετοχές:

Το ποσό συμμετοχής των δικαιούχων για το αναλώσιμο υγειονομικό υλικό ορίζεται για άμεσα και έμμεσα μέλη σε 25% επί του ποσού αποζημίωσης που έχει καθορίσει ο Οργανισμός σύμφωνα με τα ανωτέρω, εκτός από τις κατηγορίες όπως ορίζονται κάτωθι:

Δεν έχουν συμμετοχή:

- i. οι παραπληγικοί, οι τετραπληγικοί, οι ακρωτηριασμένοι με αναπηρία 67% και άνω,
- ii. οι πάσχοντες από λευχαιμία και νεοπλάσματα όλων των συστημάτων,
- iii. οι δικαιούχοι με Σακχαρώδη Διαβήτη για τα υλικά όπως ορίζονται στο σχετικό Παράρτημα
- iv. οι πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία, μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία, αιμολυτικές αναιμίες, κληρονομική σιδηροβλαστική αναιμία,
- v. οι πάσχοντες από κυστική ίνωση,
- vi. οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια 3ου και 4ου σταδίου, οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση ή σε περιτοναϊκή κάθαρση,
- vii. οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας,
- viii. οι ασθενείς με μεταμόσχευση συμπαγών ή ρευστών οργάνων και ιστών,
- ix. οι πάσχοντες από πρωτοπαθή ανοσολογική ανεπάρκεια και οι πάσχοντες από σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS),
- x. οι ασθενείς με μηχανική υποστήριξη καρδιάς,
- xi. οι ασθενείς με επιδερμόλυση και οι ασθενείς που ανήκουν στο Εθνικό Μητρώο Εγκαυματιών θυμάτων από κάθε αιτία εγκαύματος, για τα προϊόντα επούλωσης δερματικών βλαβών του σχετικού Παραρτήματος και της κείμενης νομοθεσίας,
- xii. οι πάσχοντες από σπάνια μεταβολικά νοσήματα,
- xiii. οι πάσχοντες από ιδιοπαθή πνευμονική υπέρταση,
- xiv. οι δικαιούχοι σε περίοδο κύησης ή λοχείας,
- xv. οι δικαιούχοι για αναλώσιμο υγειονομικό υλικό που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση προβλήματος υγείας που αφορά εργατικό ατύχημα.

Συμμετοχή 10% επί του ποσού αποζημίωσης έχουν οι πάσχοντες από:

- i. Νόσο Parkinson και δυστονίες,
- ii. χρόνια ρευματική βαλβιδοπάθεια και λοιπές βαλβιδοπάθειες, χρόνια πνευμονική καρδιοπάθεια και συγγενή καρδιοπάθεια,
- iii. συστηματικό ερυθματώδη λύκο, σκληροδερμία, δερματομυοσίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, αγγυλοποιητική σπονδυλίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα,
- iv. μυασθένεια,
- v. χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άσθμα,
- vi. ελκώδη κολίτιδα, νόσο Crohn, σύνδρομο βραχέος εντέρου,
- vii. κίρρωση ήπατος.

B. ΑΝΤΛΙΕΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Αποζημιώνονται συσκευές έγχυσης φαρμάκων και διατροφικών διαλυμάτων.

- Αποζημιώνονται μόνο οι αντλίες έγχυσης ινσουλίνης που είναι κοστολογημένες σε Φ.Ε.Κ.
- Για τις αντλίες έγχυσης φαρμάκων απαιτείται έκδοση γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε.
- Αντικατάσταση της αντλίας εγκρίνεται από το αρμόδιο υγειονομικό όργανο μετά από παρέλευση πενταετίας.
- Η συμμετοχή είναι μηδενική για τα άμεσα και έμμεσα μέλη.
- Η αντλία έγχυσης γ-σφαιρίνης, ινóτροπων φαρμάκων, φαρμάκων για την πνευμονική υπέρταση, αποζημιώνονται από τον Φορέα μας κατόπιν ελέγχου, μέσω γνωμάτευσης ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας, ότι οι ασθενείς λαμβάνουν τα αντίστοιχα φάρμακα. Η πρώτη αποζημίωση αντλίας σε ασθενή, δεν απαιτεί εκτέλεση φαρμάκου και ο συγκεκριμένος έλεγχος θα γίνεται αναδρομικά.
- Η αντλία έγχυσης διατροφικών διαλυμάτων (εντερικής και παρεντερικής σίτισης) και τα αναλώσιμά τους χορηγούνται σύμφωνα με το σχετικό Παράρτημα του ΕΟΠΥΥ, σε περιπτώσεις νοσημάτων με αδυναμία κατάποσης ως συνέπεια μετακινικής οισοφαγίτιδας, καρκίνου τελικού σταδίου ή νευρολογικών παθήσεων. Απαιτείται έκδοση Γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε.
- Αποζημιώνονται συσκευές χημειοθεραπείας, ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα και μέχρι 5 το μήνα.
- Αποζημιώνονται υποδόριες συσκευές αναλγησίας, μέχρι δέκα (10) ανά μήνα.
- Για τους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική νόσο, αιμολυτικές αναιμίες, κληρονομική σιδηροβλαστική αναιμία που διενεργούν αποσιδήρωση, αποζημιώνεται η αγορά ρυθμιζόμενης συσκευής αποσιδήρωσης, κατόπιν γνωμάτευσης του θεράποντος ιατρού.

Γ. ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ

Αποζημιώνονται προϊόντα επούλωσης δερματικών βλαβών, όσα είναι κοστολογημένα σε ΦΕΚ, για τις κάτωθι καταστάσεις:

- i. εξελκώσεις δέρματος εκ πίεσεως λόγω κατάκλισης,
 - ii. εξελκώσεις δέρματος λόγω χημικού ή θερμικού εγκαύματος μεγαλύτερου ή ίσου του β' βαθμού,
 - iii. άτονα έλκη κάτω άκρων,
 - iv. διαβητικά έλκη,
 - v. εξελκώσεις δέρματος λόγω ακτινικής δερματίτιδας,
 - vi. εξελκώσεις δέρματος λόγω επιδερμόλυσης,
 - vii. ανοιχτά τραύματα μετά από χειρουργικές επεμβάσεις ή σοβαρούς τραυματισμούς,
 - viii. γάγγραινα όλων των κατηγοριών.
- Δεν χορηγούνται προϊόντα επούλωσης δερματικών βλαβών για εξελκώσεις δέρματος στο πρόσωπο, στο βλεννογόνο στόματος και πρωκτού, σε δάκτυλα χεριών και ποδιών (με εξαίρεση τα διαβητικά έλκη στα δάκτυλα των ποδιών).
 - Η μέγιστη διάρκεια αποζημίωσης για τη χρήση προϊόντων επούλωσης δερματικών βλαβών, ορίζεται σε ένα (1) μήνα. Για δικαιούχους με κινητική αναπηρία, όπως τετραπληγία, παραπληγία, η μέγιστη διάρκεια αποζημίωσης χρήσης προϊόντων επούλωσης δερματικών βλαβών, ορίζεται σε δύο (2) μήνες.
 - Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες από τις ορισθείσες ως μέγιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την αιτούμενη ποσότητα και εξετάζεται από την Α.Ν.Υ.Ε.
 - Δεν αποζημιώνονται προϊόντα επούλωσης δερματικών βλαβών για παθήσεις οι οποίες δεν περιλαμβάνονται στο σχετικό ΦΕΚ, καθώς και προϊόντα που δεν είναι κοστολογημένα σε ΦΕΚ.

Δ. ΟΣΤΟΜΙΚΑ ΥΛΙΚΑ

- Για πάσχοντες που φέρουν κολοστομία, ειλεοστομία, ουρητηροστομία, νεφροστομία, θωρακοστομία, συρίγγια και χειρουργικές παροχετεύσεις κοιλιακής χώρας, μόνιμα ή προσωρινά, αποζημιώνονται τα αναγκαία οστομικά υλικά, καθώς και ουροσυλλέκτες στους πάσχοντες που φέρουν ουρητηροστομία ή νεφροστομία, μόνο όσων είναι κοστολογημένα σε ΦΕΚ.
- Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες από τις ορισθείσες ως μέγιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την αιτούμενη ποσότητα και εξετάζεται από την Α.Ν.Υ.Ε.

Ε. ΥΛΙΚΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

- Αποζημιώνονται υλικά περιτοναϊκής καθαρσης τα οποία είναι κοστολογημένα σε Φ.Ε.Κ..
 - Σε πάσχοντες από α) ακράτεια ούρων, β) στενώματα ουρήθρας, γ) αδυναμία κένωσης ουροδόχου κύστεως, αποζημιώνονται όσα είναι κοστολογημένα σε Φ.Ε.Κ.
 - Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες από τις ορισθείσες ως μέγιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την αιτούμενη ποσότητα και εξετάζεται από την Α.Ν.Υ.Ε.
3. Σε περίπτωση προσκόμισης Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών μικρότερης αξίας, η αποζημίωση είναι ίση με την αξία της Απόδειξης.

16. ΑΓΟΡΑ ΓΥΑΛΙΩΝ ΟΡΑΣΕΩΣ

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Απόδειξη Λιανικής Πώλησης καταστήματος Οπτικών (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια ή μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
5. Εντολή ΒΥΠ, η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. Θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από τον ελεγκτή ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από το κατάστημα Οπτικών.
6. Γνωμάτευση Ιατρού στην οποία γνωματεύεται η μείωση την οπτικής οξύτητας για μακριά ή κοντά, εξαιτίας μεταβολής της διαθλαστικής ικανότητας των ματιών, με αναγραφή των βαθμών διαθλαστικής ανωμαλίας.
7. Πρωτότυπη Γνωμάτευση ANYE ή αντίστοιχης Υγειονομικής Επιτροπής.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Αποζημίωση δαπάνης: **Άμεσα ασφαλισμένοι Λ.Σ.: 122,50€**
(Ισο με ποσοστό 10% επί του 35ου μισθολογικού κλιμακίου της Α' Κατηγορίας βασικού μισθού, όπως αυτό καθορίστηκε με το άρθρο 125 του ν. 4472/2017, όπως ισχύει)
Έμμεσα ασφαλισμένοι Λ.Σ.: 61,25€
(Ισο με ποσοστό 5% επί του 35ου μισθολογικού κλιμακίου της Α' Κατηγορίας βασικού μισθού, όπως αυτό καθορίστηκε με το άρθρο 125 του ν. 4472/2017, όπως ισχύει)
2. Σε περίπτωση προσκόμισης Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών μικρότερης αξίας, η αποζημίωση είναι ίση με την αξία της Απόδειξης.
3. Επισημαίνεται ότι, μεμονωμένη αγορά κρυστάλλων γυαλιών χωρίς αγορά σκελετού, θεωρείται δαπάνη αγοράς γυαλιών.
4. Η συνταγή θα εκτελείται εντός ενός (01) μηνός από την συνταγογράφηση της.
5. Ειδικότερα «επί κερατοκώνου» χορηγείται κερατοκωνικός φακός και αντικατάσταση ανά 6μηνο εφόσον χρειάζεται, μετά από Γνωμάτευση της ANYE.

17. ΑΓΟΡΑ ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Απόδειξη Λιανικής Πώλησης (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια ή μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
5. Εντολή ΒΥΠ, η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από το κατάστημα αγοράς.
6. Πρωτότυπη Γνωμάτευση ANYE
7. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (μέσω εφαρμογής gov.gr) όπου δηλώνεται, ότι «δεν αγόρασα την τελευταία πενταετία με δαπάνη του Δημοσίου ακουστικά βαρηκοΐας για τον ίδιο δικαιούχο ή/και για δεξί/ αριστερό αυτί».

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. **Συμμετοχή**
Οι **άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένοι** συμμετέχουν με ποσοστό 0% στις δαπάνες αγοράς ακουστικών βαρηκοΐας.
2. Καταβάλλεται χρηματική αποζημίωση **ποσού 470,40€**. (Ίσο με ποσοστό 38,4% επί του 35ου μισθολογικού κλιμακίου της Α' Κατηγορίας βασικού μισθού, όπως αυτό καθορίστηκε με το άρθρο 125 του ν. 4472/2017, όπως ισχύει)
3. Σε περίπτωση προσκόμισης Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών μικρότερης αξίας, η αποζημίωση είναι ίση με την αξία της Απόδειξης

18. ΑΓΟΡΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΥ ΕΙΔΟΥΣ – ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΚΟΜΗΣ

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Απόδειξη Λιανικής Πώλησης (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια ή μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
5. Εντολή ΒΥΠ, η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από το κατάστημα αγοράς.
6. Ιατρική Γνωμάτευση από ιατρό σχετικής ειδικότητας.
7. Πρωτότυπη Γνωμάτευση ANYE
8. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (μέσω εφαρμογής gov.gr) όπου δηλώνεται ότι: «δεν προέβη σε αγορά παρόμοιου ορθοπεδικού είδους με δαπάνη του Δημοσίου για τον ίδιο δικαιούχο πριν την πάροδο του προβλεπόμενου, κατά είδος, χρονικού διαστήματος».

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Συμμετοχές:
 - α) Οι **άμεσα ασφαλισμένοι** συμμετέχουν με ποσοστό 0% στις δαπάνες αγοράς ορθοπεδικών ειδών.
 - β) Οι **έμμεσα ασφαλισμένοι** συμμετέχουν με ποσοστό 20% στις δαπάνες αγοράς ορθοπεδικών ειδών.
2. Αποζημιώνονται μόνο τα ορθοπεδικά είδη που είναι κοστολογημένα σε ΦΕΚ και με τις ισχύουσες τιμές κατά την ημερομηνία αγοράς του εκάστοτε είδους.
3. Η τεχνητή κόμη αποζημιώνεται συμφώνως Ε.Κ.Π.Υ. με ποσό 251,41€ και με δυνατότητα αντικατάστασης κάθε δύο (02) χρόνια.

19. ΑΓΟΡΑ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ

[π.χ. Aerochamber, Συσκευές υψηλού κόστους (CPAP/BI-PAP), Νεφελοποιητής, Προμήθεια Οξυγόνου ή Ενοικίασης συμπυκνωτή]

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Απόδειξη Λιανικής Πώλησης ή δελτίο αποστολής – τιμολόγιο εξοφλημένο, για αγορά αερίου οξυγόνου ή ενοικίαση συμπυκνωτή (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια ή μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
5. Εντολή ΒΥΠ, η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από το κατάστημα αγοράς.
6. Ιατρική Γνωμάτευση από ιατρό σχετικής ειδικότητας στην οποία θα αναφέρεται η πάθηση και η ανάγκη χρήσης της συσκευής, το χρονικό διάστημα θεραπείας (αν πρόκειται για ενοικίαση), η μηνιαία απαιτούμενη ποσότητα στην περίπτωση χρήσης αερίου οξυγόνου.
7. Φωτοαντίγραφο Γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε. (εφόσον απαιτείται από τις διευκρινήσεις του παρόντος κεφαλαίου)
8. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (μέσω εφαρμογής gov.gr) όπου δηλώνεται ότι «δεν προέβη σε αγορά παρόμοιου υγειονομικού είδους με δαπάνη του Δημοσίου για τον ίδιο δικαιούχο πριν την πάροδο του προβλεπόμενου κατά είδος χρονικού διαστήματος».

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Για την ενοικίαση Ατομικών Υγειονομικών Συσκευών δεν απαιτείται Γνωμάτευση ΑΝΥΕ, ενώ για την αγορά ατομικών υγειονομικών συσκευών απαιτείται Γνωμάτευση ΑΝΥΕ
2. **Συμμετοχές:**
 - α) Οι **άμεσα ασφαλισμένοι** συμμετέχουν με ποσοστό 0% στις δαπάνες αγοράς υγειονομικών συσκευών.
 - β) Οι **έμμεσα ασφαλισμένοι** συμμετέχουν με ποσοστό 20% στις δαπάνες αγοράς υγειονομικών συσκευών.
3. Αποζημιώνονται μόνο τα είδη των υγειονομικών συσκευών που είναι κοστολογημένα σε Φ.Ε.Κ.
4. Σε περίπτωση προσκόμισης Απόδειξης Παροχής Υπηρεσιών μικρότερης αξίας, η αποζημίωση είναι ίση με την αξία της Απόδειξης

5. Αντικατάσταση των συσκευών δικαιολογείται μετά την παρέλευση του κατά περίπτωση ορισθέντος χρονικού διαστήματος από την ημερομηνία χορήγησής τους και με την προϋπόθεση της ολικής βλάβης λόγω φθοράς χρήσης της προηγούμενης συσκευής.
6. Συμφώνως άρθρων 53 & 54 του ΕΚΠΥ:

A. Τραχειοστομίες

- ✓ Τραχειοσωλήνες τραχειοστόματος από ειδικό πλαστικό υλικό, ατραυματικοί, είτε απλοί με ή χωρίς cuff, είτε ομιλούντες, έως πέντε (5) τεμάχια το μήνα, ή δύο μεταλλικά τεμάχια το χρόνο.
Η αναγκαιότητα χορήγησής τους θα βεβαιώνεται κάθε τέσσερις μήνες (για όσο χρόνο έχει ανάγκη ο ασθενής) από ειδικό γιατρό, Πνευμονολόγο, ΩΡΛ, Χειρουργό, ή ιατρό εντατικής Μονάδας.
- ✓ Καθετήρες αναρρόφησης, έως ενενήντα (90) τεμάχια το μήνα.
- ✓ Φίλτρα Τραχειοστομίας σχήματος "T" με φίλτρο στις πλάγιες οπές, έως τριάντα (30) τεμάχια το μήνα,
- ✓ Αποστειρωμένες γάζες τραχειοστομίας, μέχρι εξήντα (60) τεμάχια το μήνα,
- ✓ Φακαρόλα, 1 συσκευασία το μήνα.
 - Σε περίπτωση κατ' οίκον μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, σε ασθενείς που φέρουν τραχειοστομία, το κύκλωμα σύνδεσης ασθενή-αναπνευστήρα μαζί με τα αναγκαία φίλτρα, αποζημιώνεται χωρίς συμμετοχή του ασθενή. Χορηγούνται και αποζημιώνονται μέχρι τρία (3) κυκλώματα αναπνευστήρα μίας χρήσης, τον μήνα και μέχρι έξι (6) φίλτρα αντιμικροβιακά, ύγρανσης-θέρμανσης, το μήνα.

B. Αναπνευστικές συσκευές

- Αποζημιώνεται η ενοικίαση:
 - i. αναπνευστικών συσκευών, θετικής πίεσης ή συσκευών όγκου/πίεσης για την υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας, και
 - ii. συσκευών νεφελοποίησης.
- ✓ Άμεσα και έμμεσα μέλη δεν καταβάλουν συμμετοχή στην αποζημίωση χρήσης του μηχανήματος.
- ✓ Στο παραστατικό ενοικίασης αναφέρεται η τιμή μονάδος
- ✓ Σε πάσχοντες από κυστική ίνωση, αποζημιώνεται η αγορά ή ενοικίαση ειδικού νεφελοποιητή και των αναλωσίμων του..
- ✓ Συσκευές νεφελοποίησης χορηγούνται σε ασθενείς που έχουν ανάγκη χορήγησης φαρμάκων με εισπνοή, πάσχοντες από αναπνευστικό νόσημα ή αναπνευστική ανεπάρκεια εξωπνευμονικής αιτιολογίας.
- Οι αναπνευστικές συσκευές που αποζημιώνονται είναι:
 - i. Απλή συσκευή Συνεχούς Θετικής Πίεσης Αεραγωγών (CPAP).
 - ii. Απλή συσκευή Διφασικής Θετικής Πίεσης Αεραγωγών (BiPAP, BiPAP S/T).
 - iii. Αναπνευστήρας όγκου/πίεσης.

- iv. Αυτόματη συσκευή Συνεχούς θετικής Πίεσης Αεραγωγών (auto CPAP).
- v. Σερβοαναπνευστήρας, (ICD10 G47.3 και σχόλιο "κεντρικού τύπου άπνοια")
- Πέραν των ανωτέρω αναπνευστικών συσκευών, χορηγούνται επίσης οι κάτωθι λοιπές αναπνευστικές συσκευές:
 - i. Εξασκητής αναπνοής.
 - ii. Ροόμετρο άσθματος.
 - iii. Συσκευή αναρρόφησης πτυέλων, σε ασθενείς που φέρουν τραχειοστομία.
 - iv. Αεροθάλαμος χορήγησης εισπνεόμενων φαρμάκων.
 - v. Ασκός.

Γ. Συσκευές Οξυγονοθεραπείας

- Η γνωμάτευση εκτελείται εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από την συνταγογράφηση της.
- Η συνταγογράφηση θα γίνεται σε εντολή ΒΥΠ χρησιμοποιώντας έως τρία (03)/ έξι (06) φύλλα, στο καθένα εκ των οποίων θα αναγράφουν τις λέξεις «επαναλαμβανόμενη συνταγή Τρίμηνης/Εξάμηνης Διάρκειας, Ημερομηνία έναρξης εκτέλεσης συνταγής:.....» Το κάθε φύλλο εκτελείται χωριστά, ανα μήνα, εντός δεκαπέντε (15) ημερών από την αναγραφόμενη στο κάθε φύλλο ημερομηνία έναρξης εκτέλεσης της.

Δ. Συσκευές για υπνική άπνοια

- Αποζημιώνονται ενδοστοματικές συσκευές που είναι αναγκαίες για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του συνδρόμου Ύπνου-Άπνοιας, κατά την διάρκεια του ύπνου και εφόσον δεν χρησιμοποιείται ειδική αναπνευστική συσκευή.
- Στο παραστατικό αγοράς που υποβάλλεται, πρέπει να αναγράφεται η τιμή μονάδος του υλικού και η ποσότητα που χορηγήθηκε στον ασθενή.

Ε. Άλλα είδη υγειονομικού υλικού

- Για χρόνια κατακεκλιμένους ασθενείς με νευρογενή διαταραχή εντέρου, χορηγείται Σύστημα υψηλού αυτοϋποκλυσμού, μία (1) συσκευή ανά εξάμηνο και έως 15 υδρόφιλοι καθετήρες ορθού ανά μήνα.
- Για τους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία που διενεργούν αποσιδήρωση, αποζημιώνεται στους δικαιούχους, η αγορά ρυθμιζόμενης συσκευής αποσιδήρωσης κατόπιν γνωμάτευσης του θεράποντος ιατρού, με κάλυψη δαπάνης 90%. Για την απόδοση δαπάνης απαιτούνται γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, έγκριση ελεγκτή ιατρού, νόμιμο παραστατικό αγοράς και πιστοποίηση καταλληλότητας υλικού.

- Για τους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική νόσο, συγγενή κληρονομική σιδηροβλαστική αναιμία, αποζημιώνονται τα είδη και οι αναγκαίες ποσότητες των υλικών, ως εξής:
 - ✓ Καθετήρες αποσιδήρωσης ή πεταλούδες αποσιδήρωσης πλάγιας ή κάθετης τοποθέτησης, - Αντλίες (ελαστομερείς) μιας χρήσης για έγχυση φαρμάκου αποσιδήρωσης
 - ✓ Σύριγγες αποσιδήρωσης με ειδικό κούμπωμα ή σύριγγες απλές,
 - ✓ Water for injection (WFI) για τη διάλυση της δεσφεροξαμίνης,
 - ✓ Για τους ασθενείς που θεραπεύονται είτε με μονοθεραπεία με δεσφεροξαμίνη, είτε συνδυαστικά με δεσφεροξαμίνη και δεφεριπρόνη ή δεφερασιρόξη, τα ανωτέρω υλικά χορηγούνται μέχρι τριάντα (30) τεμάχια, μηνιαία, για κάθε είδος.
 - ✓ Ακόμη χορηγούνται: 1-2 λευκοπλάστ/μήνα, Οινόπνευμα ή άλλο αλκοολούχο διάλυμα 1Lt/ μήνα, Βαμβάκι 100 γρ/μήνα. Κατά περίπτωση σε όσους έχουν άτονα έλκη, εκτός των προαναφερθέντων υλικών, χορηγούνται: 1Bt οξυζενέ και 1Bt αντισηπτικού διαλύματος εξωτερικής χρήσης μηνιαίως.

Στα ανωτέρω υλικά, οι πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία ή δρεπανοκυτταρική νόσο ή συγγενή κληρονομική σιδηροβλαστική αναιμία δεν καταβάλλουν συμμετοχή.

- Υγειονομικό υλικό που απαιτείται για την αλλαγή τραύματος σε ασθενείς με Μηχανική Υποστήριξη Καρδιάς (ΜΥΚ) - καρδιακή αντλία και συγκεκριμένα αντιμικροβιακό διάλυμα εξωτερικής χρήσης, αποστειρωμένες γάζες, αποστειρωμένα γάντια, χάρτινη αυτοκόλλητη ταινία, με τιμή αποζημίωσης και αριθμό τεμαχίων ή ποσότητες, συμφώνως ΦΕΚ.
- Στους ασθενείς με α) βαριά καρδιοπάθεια με μηχανική υποστήριξη καρδιάς (ΜΥΚ) κάθε τύπου και σε αναμονή για μεταμόσχευση, β) θρομβοφιλία, γ) μεταλλική βαλβίδα καρδιάς που λαμβάνουν χρόνια αντιπηκτική αγωγή, χορηγείται συσκευή μέτρησης INR με τα αναλώσιμά της, ύστερα από θετική γνωμοδότηση της ANYE. Προϋπόθεση αποζημίωσης της συσκευής είναι να έχει ενταχθεί στα αποζημιούμενα είδη σε ΦΕΚ.

Στην αποζημίωση της συσκευής, ο ασθενής καταβάλλει συμμετοχή 10%.

- Στους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη με υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση ελκών, χορηγούνται, σύμφωνα με γνωμάτευση ειδικού ιατρού, ειδικά υποδήματα (θεραπευτικά υποδήματα διαβητικού) και λοιπά μέσα αποφόρτισης. Τέτοιοι διαβητικοί ασθενείς είναι, οι πάσχοντες από διαβητική πολυνευροπάθεια με απώλεια της αισθητικότητας ή/και περιφερική αγγειοπάθεια με συνοδό ιστορικό εξέλκωσης ή υπάρχουσα εξέλκωση ή ανατομικές δυσμορφίες που οδηγούν σε αυξημένες τοπικά, πιέσεις.
- Σε περίπτωση που απαιτούνται επιπλέον ποσότητες από τις ανωτέρω ορισθείσες ως μέγιστες, θα πρέπει να προσκομίζεται απαραίτητα αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, όπου θα αναφέρεται η ανάγκη για την πρόσθετη αιτούμενη ποσότητα, προκειμένου να την αξιολογεί και να αποφασίζει την έγκρισή της η Α.Ν.Υ.Ε.

20. ΑΓΟΡΑ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΕΙΔΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

(π.χ. Αγορά ειδικού γάλακτος)

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Υπόμνημα (εις τριπλούν)
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Απόδειξη Λιανικής Πώλησης (η ημερομηνία της Απόδειξης πρέπει να είναι ίδια ή μεταγενέστερη της ημερομηνίας συνταγογράφησης της εντολής)
5. Εντολή ΒΥΠ, η οποία στο μπροστινό μέρος φέρει ημερομηνία, σφραγίδα, υπογραφή & Α.Μ.Κ.Α. θεράποντος Ιατρού, θεώρηση από ελεγκτή Ιατρό εντός δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από τη συνταγογράφηση, ενώ στην πίσω όψη τίθεται σφραγίδα & υπογραφή στην ένδειξη «Ο ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΤΗΝ ΕΝΤΟΛΗ» από το κατάστημα αγοράς.
6. Φωτοαντίγραφο Γνωμάτευσης Α.Ν.Υ.Ε.

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

1. Αποζημιώνονται μόνο τα είδη των Προϊόντων Ειδικής Διατροφής που είναι κοστολογημένα σε Φ.Ε.Κ.
2. Σε περίπτωση προσκόμισης Απόδειξης Λιανικής Αγοράς μικρότερης αξίας, η αποζημίωση είναι ίση με την αξία της Απόδειξης
3. Συμφώνως άρθρου 10 του Ε.Κ.Π.Υ.:

A. Ως σκευάσματα Ειδικής Διατροφής για θεραπευτικούς σκοπούς θεωρούνται ειδικά προϊόντα και σκευάσματα που είναι απαραίτητα για την διαιτητική αγωγή σε πάσχοντες και περιέχουν τις θρεπτικές ουσίες των τροφών.

Συγκεκριμένα, αυτά τα προϊόντα δύναται να χορηγηθούν σε πάσχοντες από τα ακόλουθα νοσήματα ή διαταραχές όπως προσδιορίζονται με βάση τον κωδικό νόσου (ICD10):

A1. Ενδογενείς διαταραχές του μεταβολισμού με γενετική επιβεβαίωση, σύμφωνα με τις θεραπευτικές ενδείξεις για την αναγκαιότητα χορήγησης διατροφικών σκευασμάτων και έπειτα από έγκριση της Α.Ν.Υ.Ε.

A2. Κουλιοκάκη (K90.0).

A3. Δυσασπορρόφηση από

A3.1. φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, όπως

A3.1.1. Ελκώδη Κολίτιδα (K51.0, K51.1, K51.9), με δεύτερο πεδίο K90

A3.1.2. νόσο Crohn (K50.0, K50.1, K50.8), με δεύτερο πεδίο K90.

A3.2. Σύνδρομο βραχέος εντέρου (K91.2), εκτομή ειλεού (K91.2).

A3.3. Υφολική (μερική) γαστρεκτομή με γαστρονησιδο-αναστόμωση (Billroth II, Z90.3) ή ολική γαστρεκτομή (K91.1, K91.2, Z90.3).

- A3.4.** Ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα (K52.8), με δεύτερο πεδίο K90, έως τρία (3) χρόνια χορήγηση των ειδικών προϊόντων.
- A3.5.** Ακτινική εντερίτιδα (K52.0) με υποχρεωτικό δεύτερο πεδίο K90, και ακτινική οισοφαγίτιδα (K20.8) με δεύτερο πεδίο T66 ή K22.2 με δεύτερο πεδίο Z92.3.
- A4.** Συρίγγια γαστρικά, γαστροδωδεκαδακτυλικά, γαστρονηστιδικά (K31.6), ειλεοκολικά (K63.2).
- A5.** Κυστική ίνωση (E84).
- A6.** Σε βαριά πάσχοντες που για οποιοδήποτε ιατρικό λόγο σιτίζονται μέσω γαστροστομίας (Z93.1 και με κωδικό βασικής νόσου στα σχόλια) ή/και νησιδοστομίας (Z93.4 και κωδικό βασικής νόσου στα σχόλια), καθώς και με ρινογαστρικό ή ρινονηστιδικό σε παιδιά.
- A7.** Σε παιδιά με αλλεργία στο γάλα αγελάδας, με ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα οφειλόμενη στο γάλα T78.0, T78.1 (IgE μηχανισμός), K52.2 (μη IgE μηχανισμός), K52.8 (ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα οφειλόμενη στο γάλα), χορηγούνται ειδικά θεραπευτικά γάλατα έως την ηλικία των δύο (2) ετών και για χορήγηση πέραν των δύο (2) ετών είναι απαραίτητη ειδική αλλεργιολογική εκτίμηση ανά έτος.
- A8.** Σε πρόωρα και λιποβαρή νεογνά (P07 με πρόσθετο κωδικό στα σχόλια για το βάρος του νεογνού P07.0, P07.1 και την προωρότητα του P07.2, P07.3) μέχρι την ηλικία των έξι (6) μηνών, καθώς και σε νεογνά με νεκρωτική εντεροκολίτιδα (P77.9) ή σύνδρομο βραχέως εντέρου (K91.2)
- A9.** Σε ανήλικους με μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων και ιστών (Z94.0, Z94.1, Z94.2, Z94.3, Z94.4, Z94.6 Z94.8 με σχόλιο «μυελός των οστών, πάγκρεας, έντερο»), καθώς και σε ανήλικους πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια (N18.0) 2ου, 3ου, 4ου και τελικού σταδίου, και ηπατική ανεπάρκεια (K74.0, K74.1, K74.2, K72.1), με υποχρεωτικό σχόλιο «ηπατική εγκεφαλοπάθεια»), εφόσον έχει συσταθεί ειδική διατροφή από τον θεράποντα ιατρό τους

B. Συμμετοχές:

Η συμμετοχή στην δαπάνη των σκευασμάτων Ειδικής Θεραπευτικής Διατροφής ορίζεται σε 10%. Εξαιρούνται της συμμετοχής δικαιούμενοι μηδενικής συμμετοχής (0%), οι πάσχοντες από ενδογενή μεταβολικά νοσήματα της παραγράφου A1 του παρόντος, και συγκεκριμένα για τα νοσήματα Γλυκογονίαση-γλυκογονίαση τύπου 1B (icd-10 E74.0, με υποχρεωτικό σχόλιο ότι πρόκειται για γλυκογονίαση τύπου 1B), έλλειψη ορνιθο - καρβαμυλο -τρανσφεράση (icd-10 E72.4, με υποχρεωτικό σχόλιο ότι πρόκειται για ορνιθιναίμια τύπου I και II), νόσο Nieman-Pick τύπου C (icd-10 E75.2), καθώς και υπερφαινωλαλανιναίμια(με icd10 E70.0), σύμφωνα με τα οριζόμενα στην με αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ. 104747 (ΦΕΚ Β΄2883/26/10/2012) κοινή υπουργική απόφαση, όπως ισχύει κάθε φορά, καθώς και οι πάσχοντες από νοσήματα που περιγράφονται στις παραγράφους A3.5, A5, A6, A7, A8, A9 και οι ασθενείς ΑμεΑ με αναπηρία 80% και άνω.

Γ. Στους πάσχοντες από κοιλιοκάκη, ως προϊόντα ειδικής διατροφής χωρίς γλουτένη, αποζημιώνονται τα βασικά είδη διατροφής, όπως ζυμαρικά, δημητριακά, ψωμί, αλεύρι ή άλλα προϊόντα χωρίς γλουτένη.

Δύναται να αποζημιώνονται οι δικαιούχοι,

- ενήλικες μέχρι 100 ευρώ μηνιαίως και
- παιδιά μέχρι 150 ευρώ μηνιαίως,

εφόσον αγοράζουν τα προϊόντα ειδικής διατροφής χωρίς γλουτένη, από το ελεύθερο εμπόριο βάσει αποδείξεων αγοράς όπου θα περιγράφεται το προϊόν και η τιμή μονάδος του προϊόντος

Δ. Τα σκευάσματα Ειδικής Θεραπευτικής Διατροφής, πρέπει να φέρουν ειδική σήμανση ιχνηλάτησης (barcode) και εν γένει να τηρούν τα οριζόμενα στην ευρωπαϊκή και εθνική νομοθεσία.

A. ΕΝΤΟΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Τα Στελέχη Λ.Σ. με τα μέλη των οικογενειών τους δικαιούνται περίθαλψη εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης με χρήση των εντύπων S1, S2 και ΕΚΑΑ. Ανωτέρω έντυπα εκδίδονται πριν την αναχώρηση τους από το Γραφείο Βιβλιαρίων Υγειονομικής Υπηρεσίας. Από αρμόδιο γραφείο ΔΟΔ Α΄ ακολουθείται διαδικασία αποζημίωσης απευθείας των ξένων φορέων/οργανισμών μετά από υποβολή σχετικών δικαιολογητικών από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Για εξαιρετικές περιπτώσεις που απαιτείται περίθαλψη στο εξωτερικό εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χωρίς να είναι δυνατή η χρήση των προαναφερόμενων εντύπων, τότε απαιτείται γνωμάτευση ΑΝΥΕ πριν την αναχώρηση του Στελέχους Λ.Σ και απαιτούνται τα δικαιολογητικά υποβολής της επόμενης παραγράφου.

B. ΕΚΤΟΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Τα Στελέχη Λ.Σ. και τα μέλη των οικογενειών τους εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εκτελούν την δαπάνη και για την αποζημίωση τους απαιτείται σχετική υποβολή των δικαιολογητικών στην Υγειονομική Υπηρεσία για έγκριση δαπάνης από την ΑΝΥΕ και σε θετική περίπτωση υποβάλλονται τα κάτωθι δικαιολογητικά:

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

1. Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. (υπογεγραμμένη από το στέλεχος)
2. Κατάσταση δαπάνης σε τρία αντίτυπα.
3. Φωτοτυπία βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN του δικαιούχου
4. Επίσημες εξοφλητικές αποδείξεις πληρωμής Νοσοκομείων, γιατρών, φαρμακείων, πρωτότυπες, μεταφρασμένες και θεωρημένες από την πλησιέστερη Ελληνική Προξενική ή Στρατιωτική Αρχή, για το κανονικό της τιμής σύμφωνα μ' αυτά που ισχύουν σε εκείνη τη χώρα. Οι παραπάνω αποδείξεις, για να αποτελούν επίσημα αποδεικτικά στοιχεία, πρέπει να έχουν συνταχθεί σύμφωνα με τη νομοθεσία της χώρας και όχι σε απλό χαρτί.
5. Γνωμάτευση θεράποντα ιατρού, πρωτότυπη και μεταφρασμένη, στην οποία να φαίνεται η πάθηση, τα φάρμακα ή άλλου είδους θεραπεία, καθώς και οι τυχόν παρακλινικές εξετάσεις. Όταν πρόκειται για ενδοноσοκομειακή περίθαλψη απαιτείται λεπτομερειακή γνωμάτευση για την νοσηλεία που παρασχέθηκε και τις εξετάσεις που έγιναν.
6. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (μέσω εφαρμογής gov.gr) στελέχους ΛΣ στην οποία δηλώνεται ότι το συγκεκριμένο μέλος της οικογένειάς του δεν είναι ασφαλισμένο σε άλλο ασφαλιστικό φορέα.
7. Αντίγραφο Απόφασης Μετακίνησης στο Εξωτερικό
8. Πρωτότυπη απόφαση Α.Ν.Υ.Ε.

22. ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΕΩΝ ΛΑΠ

1. Υποβάλλεται Αίτηση Στελέχους Λ.Σ. για έκδοση βεβαίωσης ΛΑΠ, με σαφή αναγραφή του αριθμού εντάλματος που αφορά
2. Σε περίπτωση υποβολής φωτοαντιγράφων αποδείξεων, θα υποβάλλεται μαζί με την αίτηση και υπόμνημα, με αναγραφή των αποδείξεων και των ποσών.
3. Αιτήσεις που δεν υποβάλλονται συμφώνως των ανωτέρω, δεν θα γίνονται δεκτές.

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΧΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΠΟΣΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΩΝ ΑΡΘΡΟΥ 5 & 9 ΠΔ 62/2023 (ΦΕΚΑ' 114/17.05.2023)

ΣΤΕΛΕΧΗ Λ.Σ. (ΑΜΕΣΑ ΜΕΛΗ)		
α/α	ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ	ΠΟΣΟ
1.	Αγορά ακουστικών βαρηκοΐας	470,40€ (εφάπαξ ποσό)
2.	Αγορά γυαλιών οράσεως	122,50€ (εφάπαξ ποσό)
3.	Φυσιολογικός τοκετός	1.300,00€ (εφάπαξ ποσό)
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ Λ.Σ. (ΕΜΜΕΣΑ ΜΕΛΗ)		
α/α	ΕΙΔΟΣ ΔΑΠΑΝΗΣ	ΠΟΣΟ
4.	Φυσιολογικός τοκετός	900,00€ (εφάπαξ ποσό)
5.	Εκπαίδευση κωφαλάλων τέκνων ως εσωτερικοί ασθενείς	425,00€ / μήνα
6.	Εκπαίδευση κωφαλάλων τέκνων ως εξωτερικοί ασθενείς	360,00€ / μήνα
7.	Εκπαίδευση τέκνων με νοητική υστέρηση, βαριά σωματική ή ψυχική αναπηρία ή διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή ως εσωτερικοί ασθενείς	36,00€ / ημέρα νοσηλείας
8.	Εκπαίδευση τέκνων με νοητική υστέρηση, βαριά σωματική ή ψυχική αναπηρία ή διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή ως εξωτερικοί ασθενείς	180,00€ / μήνα & διαταραχή
9.	Εκπαίδευση τυφλών μελών οικογένειας στρατιωτικών	360,00€ / μήνα
10.	Αγορά ακουστικών βαρηκοΐας	470,40€ (εφάπαξ ποσό)
11.	Αγορά γυαλιών οράσεως	61,25€ (εφάπαξ ποσό)

Τα ανωτέρω ποσά διπλασιάζονται με τις προϋποθέσεις των π.δ. 62/2023 και ΠαΔ 7-8/2024/ΓΕΕΘΑ.