



**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ ΕΓΚΡΙΣΗ
Η ΤΗΝ ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΤΗΣ ΙΣΧΥΟΣ ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ ΕΓΚΡΙΣΗΣ**

**Να αποσταλεί στο αρμόδιο Γραφείο Εκκαθάρισης του Κοινού Συστήματος Υγειονομικής Ασφάλισης
(ΚΣΥΑ): βλ. διεύθυνση στην τελευταία σελίδα**

Όνοματεπώνυμο του ασφαλισμένου:.....
 Αριθμός προσωπ./μητρώου συντάξεων:.....
 Θεσμικό όργανο και τόπος διορισμού:..... Διεύθυνση γραφείου:.....
 Τηλ:

Για τους συνταξιούχους, διεύθυνση κατοικίας / Ηλεκτρονική διεύθυνση:

Ημερομηνία λήξης καθκόντων / ημερομηνία λήξης της σύμβασης:..... (για έκτακτους υπαλλήλους ή συμβασιούχους)

Αίτηση για την **ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ ΕΓΚΡΙΣΗ**, για¹ :

ασφαλισμένο σύζυγο ή αναγνωρισμένο σύντροφο τέκνο πρόσωπο εξομοιούμενο με συντηρούμενο τέκνο.
 Ονοματεπώνυμο:..... Ημερομηνία γέννησης:.....

Αίτηση για την **ΠΑΡΑΤΑΣΗ** της ισχύος της εκ των προτέρων έγκρισης για ¹ :

ασφαλισμένο σύζυγο ή αναγνωρισμένο σύντροφο τέκνο πρόσωπο εξομοιούμενο με συντηρούμενο τέκνο.
 Ονοματεπώνυμο:..... Ημερομηνία γέννησης:.....
 Στοιχεία αναφοράς προηγούμενης εκ των προτέρων απόφασης: Ημερομηνία λήξης ισχύος:.....

Για θεραπείες των οποίων οι συνεδρίες **υπερβαίνουν** τον προβλεπόμενο μέγιστο ετήσιο αριθμό συνεδριών χωρίς εκ των προτέρων έγκριση (να διευκρινιστεί το είδος της θεραπείας)⁽⁴⁾

Κατόπιν συνταγής / λεπτομερούς ιατρικής έκθεσης (να επισυναφθεί σε σφραγισμένο φάκελο υπόψην του ιατρού συμβούλου)²
 του ιατρού ΣΤΙΣ:

Η παρούσα αίτηση αφορά :

- ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ:** στοιχεία αναφοράς της απόφασης Ημερομηνία λήξης ισχύος

- ΑΤΥΧΗΜΑ:** του ασφαλισμένου: Ημερομηνία του ατυχήματος
 προσώπου που είναι έμμεσα ασφαλισμένο από το ΚΣΥΑ (μόνο εφόσον υπάρχει ευθύνη τρίτου)
- ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ (ΑΤΥΧ) :** ημερομηνία

Έλαβα γνώση των ισχυόντων όρων και κανόνων και δεσμεύομαι να τους τηρήσω:

Ημερομηνία

Υπογραφή

- Ασφαλισμένος¹
 Άλλο πρόσωπο που εκπροσωπεί τον αιτούντα:
 Ονοματεπώνυμο :.....

Επεξεργασία δεδομένων σύμφωνα με τον κανονισμό 45/2001 - https://intracomm.ec.europa.eu/pers_admin/sick_insur/pdf/confidentialite_en_art72_73.pdf

¹ Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε το αντίστοιχο τετραγωνίδιο

² Ορισμένες θεραπείες υπόκεινται σε ειδικούς όρους όσον αφορά τη συνταγογράφησή τους (για παράδειγμα, η ψυχοθεραπεία που έχει συνταγογραφηθεί από ψυχίατρο / νευροψυχίατρο / νευρολόγο : για τις λεπτομέρειες και τις προϋποθέσεις για κάθε θεραπεία, βλ. τίτλο II των γενικών διατάξεων εφαρμογής.

ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΓΙΑ ³:

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ		Παρατηρήσεις	Κωδικός ΚΣΥΑ
Αριθμός συνεδριών, βάσει της ιατρικής συνταγής:			
<input type="checkbox"/>	Λεμφική παροχέτευση	1	401
<input type="checkbox"/>	Εργασιοθεραπεία (απασχολησιοθεραπεία)	1	402
<input type="checkbox"/>	Λειτουργική αποκατάσταση διαφόρων ειδικοτήτων για εξωτερικούς ασθενείς νοσοκομείων	1	403
<input type="checkbox"/>	Μέθοδος αποκατάστασης προβλημάτων σπονδυλικής στήλης / MDX / DBC	1	404
<input type="checkbox"/>	Χειροπρακτική/ οστεοπαθητική για παιδιά κάτω των 12 ετών	1 + 2	405
<input type="checkbox"/>	Μεσοθεραπεία	1	407
<input type="checkbox"/>	Υπεριώδης ακτίνες	1	408
<input type="checkbox"/>	Ρευματολογικές θεραπείες με ωστικά κύματα	1	409
<input type="checkbox"/>	Ψυχοθεραπεία από ψυχολόγο / ψυχοθεραπευτή : ατομικές συνεδρίες	1	420
<input type="checkbox"/>	Ψυχοθεραπεία από ψυχολόγο / ψυχοθεραπευτή : οικογενειακές συνεδρίες	1	421
<input type="checkbox"/>	Ψυχοθεραπεία από ψυχολόγο / ψυχοθεραπευτή : ομαδικές συνεδρίες	1	422
<input type="checkbox"/>	Νευροψυχολογική αξιολόγηση από διάφορους ειδικούς	1	424
<input type="checkbox"/>	Λογοθεραπεία για άτομα άνω των 12 ετών	1	426/427
<input type="checkbox"/>	Ορθοψία	1	429
<input type="checkbox"/>	Ενδερμολογία για μη αισθητικούς σκοπούς	1 + 2	431
<input type="checkbox"/>	Αποτρίχωση (αποψίλωση): περιορισμένη	1 + 2	432
<input type="checkbox"/>	Αποτρίχωση (αποψίλωση): εκτεταμένη	1 + 2	433
<input type="checkbox"/>	Θεραπεία με λέιζερ ή δυναμική φωτοθεραπεία στη δερματολογία	1 + 2	434
<input type="checkbox"/>	Θεραπεία με λέιζερ από γενικό παθολόγο ιατρό	1 + 2	441
<input type="checkbox"/>	Υπερβαρικός θάλαμος	1	440
<input type="checkbox"/>	Άλλες θεραπείες που δεν αναφέρονται στις γενικές διατάξεις εφαρμογής – Τίτλος II, κεφάλαιο 8, σημείο 2	1 + 2	441 / 950
<input type="checkbox"/>	Για θεραπείες των οποίων οι συνεδρίες υπερβαίνουν τον προβλεπόμενο μέγιστο ετήσιο αριθμό συνεδριών χωρίς εκ των προτέρων έγκριση (να διευκρινιστεί το είδος της θεραπείας) ⁴	1 + 2	

ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ		Παρατηρήσεις	Κωδικός ΚΣΥΑ
<input type="checkbox"/>	Θεραπεία από νοσηλευτικό προσωπικό εκτός από τις υπηρεσίες κατ' οίκον περίθαλψης	1	560

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ			
<input type="checkbox"/>	Προσωρινές υπηρεσίες κατ' οίκον μέριμνας (60 ημέρες κατ' ανώτατο όριο)	1 + 3	760
<input type="checkbox"/>	Μακροχρόνιες υπηρεσίες κατ' οίκον μέριμνας	1 + 3	761/762
<input type="checkbox"/>	Υπηρεσίες αποκλειστικού νοσοκόμου σε νοσοκομειακό περιβάλλον	1	763

ΚΟΣΤΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΕ ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ			
<input type="checkbox"/>	Παραμονή / περίθαλψη σε οίκο ανάρρωσης και περίθαλψης	1 + 3	701 έως 704 / 720 / 721
<input type="checkbox"/>	Παραμονή / περίθαλψη σε κέντρο ημέρας	1 + 3	711 έως 714 / 720 / 722
<input type="checkbox"/>	Παραμονή / περίθαλψη σε μη νοσοκομειακό κέντρο αποτοξίνωσης	1	730 έως 732

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ : Συμπληρωματικές πληροφορίες που πρέπει να παρασχεθούν:

Παρακαλείστε να συμπληρώσετε την αίτησή σας για την εκ των προτέρων έγκριση λαμβάνοντας υπόψη τις παρατηρήσεις που αναφέρονται για καθεμιά από τις ανωτέρω θεραπείες:

- Παρατήρηση 1:
Όνοματεπώνυμο του θεράποντος (παρόχου περίθαλψης) / επωνυμία του ιδρύματος
- Ειδικότητα του θεράποντος (παρόχου περίθαλψης) / είδος ιδρύματος**
- Διεύθυνση (+ αριθ. τηλ. / φαξ εάν είναι δυνατόν):**
-
- Παρατήρηση 2 : Παρακαλείστε να διευκρινίσετε το είδος επέμβασης / θεραπείας / συσκευής / προϊόντος / άλλο (βλ. ιατρική συνταγή)

-
- Παρατήρηση 3: Το έντυπο αξιολόγησης της λειτουργικής ανεξαρτησίας (κλίμακα εξάρτησης) πρέπει να συμπληρωθεί από τον θεράποντα ιατρό (βλ. Γενικές διατάξεις εφαρμογής, Τίτλο II, κεφάλαιο 3)

³ Παρακαλείστε να συμπληρώσετε το αντίστοιχο τετραγωνίδιο

⁴ **Ετήσιος αριθμός συνεδριών χωρίς εκ των προτέρων έγκριση:** κινήσιοθεραπεία, φυσιοθεραπεία και παρόμοιες θεραπείες (60)· χειροπρακτική/οστεοπαθητική για άτομα ηλικίας 12 ετών και άνω (24)· Βελονισμός (30)· Θεραπεία με αερόδη διαλύματα φαρμάκων (30)· επισκέψεις σε διατολόγο (10)· ψυχοθεραπεία από ψυχίατρο (30)· λογοθεραπεία για παιδιά μέχρι 12 ετών (180 σε πολλά έτη)· Ψυχοκινητικότητα/ γραφοκινητικότητα (60)· ιατρική καλοθεραπεία (12).

	ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	Παρατηρήσεις	Κωδικός ΚΣΥΑ
<input type="checkbox"/>	Ειδικές αναλύσεις / εξετάσεις που υπόκεινται σε εκ των προτέρων έγκριση	2	545

	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ	Παρατηρήσεις	Κωδικός ΚΣΥΑ
<input type="checkbox"/>	Ειδικά φαρμακευτικά προϊόντα που υπόκεινται σε εκ των προτέρων έγκριση	2	521 / 523/ 525
<input type="checkbox"/>	Διαιτητικά προϊόντα	2	522

	ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ, ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	Παρατηρήσεις	Κωδικός ΚΣΥΑ
<input type="checkbox"/>	Παραμονή σε νοσοκομείο και ειδική περίθαλψη που απαιτούν εκ των προτέρων έγκριση	1 + 2	221
<input type="checkbox"/>	Επεμβάσεις διορθωτικής ή επανορθωτικής πλαστικής χειρουργικής	1 + 2	201 έως 209
<input type="checkbox"/>	Εξωσωματική γονιμοποίηση (I.V.F.)	2	260/261

	ΙΑΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	Παρατηρήσεις	Κωδικός ΚΣΥΑ
<input type="checkbox"/>	Κόστος παραμονής / ιαματικής θεραπείας	1	490 / 491
<input type="checkbox"/>	Κόστος λουτροθεραπείας	1 + 2	492 έως 498
<input type="checkbox"/>	Κόστος περίθαλψης με λουτροθεραπεία, σε περίπτωση σοβαρής ασθένειας	1 + 2	499

	ΔΑΠΑΝΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ		Κωδικός ΚΣΥΑ
<input type="checkbox"/>	Έξοδα μη επείγουσας μεταφοράς για την οποία απαιτείται εκ των προτέρων έγκριση Μεταφορικό μέσο : Συχνότητα (αριθμός διαδρομών μετ'επιστροφής): συνολική χιλιομετρική απόσταση:.....		291
<input type="checkbox"/>	Έξοδα μεταφοράς του συνοδού μεταφορικό μέσο: Συχνότητα (αριθμός διαδρομών μετ'επιστροφής) συνολική χιλιομετρική απόσταση:..... Όνοματεπώνυμο του συνοδού:		291

	ΕΞΟΔΑ ΣΥΝΟΔΟΥ	Παρατηρήσεις	Κωδικός ΚΣΥΑ
<input type="checkbox"/>	Έξοδα συνοδού σε ίδρυμα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης Αριθμός ημερών: Όνοματεπώνυμο του συνοδού:	1	222
<input type="checkbox"/>	Έξοδα συνοδού (κατά τη θεραπεία παιδιού κάτω των 14 ετών) Αριθμός ημερών: Όνοματεπώνυμο του συνοδού:	1	222

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ : Συμπληρωματικές πληροφορίες που πρέπει να παρασχεθούν:

Παρακαλείστε να συμπληρώσετε την αίτησή σας για την εκ των προτέρων έγκριση λαμβάνοντας υπόψη τις παρατηρήσεις που αναφέρονται για καθεμιά από τις ανωτέρω θεραπείες:

- Παρατήρηση 1:
Όνοματεπώνυμο του θεράποντος (παρόχου περίθαλψης) / επωνυμία του ιδρύματος
.....
Ειδικότητα του θεράποντος (παρόχου περίθαλψης) / είδος ιδρύματος
.....
Διεύθυνση (+ αριθ. τηλ. / φαξ εάν είναι δυνατόν):
.....
.....
.....
- Παρατήρηση 2 : Παρακαλείστε να διευκρινίσετε το είδος επέμβασης / θεραπείας / συσκευής / προϊόντος / άλλο (βλ. ιατρική συνταγή)
.....
.....

	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	Παρατηρήσεις	Κωδικός ΚΣΥΑ
Τιμή αγοράς:			
<input type="checkbox"/>	Ακουστικά βαρηκοΐας: ειδικές περιπτώσεις – γενικές διατάξεις εφαρμογής – τίτλος II, κεφάλαιο 11, σημείο 2.4 (παιδιά έως 18 ετών / σοβαρή ασθένεια του ακουστικού συστήματος)	2	821
<input type="checkbox"/>	Εξοπλισμός για τη θεραπεία του διαβήτη με ινσουλινοθεραπεία	2	842
<input type="checkbox"/>	Εξοπλισμός για το διαβήτη του τύπου-2	2	843
<input type="checkbox"/>	Σακχαρόμετρο για διαβητικούς		875
<input type="checkbox"/>	Εξοπλισμός για ακράτεια		844
<input type="checkbox"/>	Ορθοπεδικά διορθωτικά υποδήματα κατά παραγγελία	2	855 / 856
<input type="checkbox"/>	Τριχοειδής πρόθεση – περούκα		861
<input type="checkbox"/>	Τεχνητά μέλη, τμήματα μελών: αγορά / επισκευή	2	862
<input type="checkbox"/>	Συσκευή για την υπνική άπνοια (CPAP): αγορά		865
<input type="checkbox"/>	Συσκευή για την υπνική άπνοια (CPAP): ενοικίαση για διάστημα άνω των 3 μηνών		866
<input type="checkbox"/>	Συσκευή για την υπνική άπνοια (CPAP): Εξαρτήματα/ συντήρηση της συσκευής, εκτός του έτους αγοράς		867
<input type="checkbox"/>	Πιεσόμετρο		870
<input type="checkbox"/>	Αεροζόλ : αγορά		871
<input type="checkbox"/>	Αεροζόλ : ενοικίαση για διάστημα άνω των 3 μηνών		872
<input type="checkbox"/>	Συστήματα κενού για θεραπεία της ανικανότητας		876
<input type="checkbox"/>	Συσκευή μέτρησης του χρόνου πήξης του αίματος (σε περίπτωση ισόβιας χορήγησης αντιπηκτικής αγωγής)		877
<input type="checkbox"/>	Περιπατητήρας: αγορά		881
<input type="checkbox"/>	Περιπατητήρας: ενοικίαση για διάστημα άνω των 3 μηνών		882
<input type="checkbox"/>	Κάθισμα τουαλέτας / λουτρού : αγορά		883
<input type="checkbox"/>	Κάθισμα τουαλέτας / λουτρού : ενοικίαση για διάστημα άνω των 3 μηνών		884
<input type="checkbox"/>	Κρεβάτι νοσοκομειακού τύπου (στο σπίτι) : αγορά		885
<input type="checkbox"/>	Κρεβάτι νοσοκομειακού τύπου (στο σπίτι) ενοικίαση για διάστημα άνω των 3 μηνών		886
<input type="checkbox"/>	Στρώμα κατά των ελκών κατάκλισης : αγορά		887
<input type="checkbox"/>	Στρώμα κατά των ελκών κατάκλισης : ενοικίαση για διάστημα άνω των 3 μηνών		888
<input type="checkbox"/>	Αναπηρικό καροτσάκι: αγορά	2	890
<input type="checkbox"/>	Αναπηρικό καροτσάκι: Μίσθωση	2	891
<input type="checkbox"/>	Αναπηρικό καροτσάκι: επιδιόρθωση	2	892
<input type="checkbox"/>	Λοιπός εξοπλισμός + εξοπλισμός δαπάνης άνω των 2000 € (υποβάλλονται υποχρεωτικώς 2 λεπτομερείς συγκριτικές εκτιμήσεις εξόδων)	2	895
<input type="checkbox"/>	Λοιπός εξοπλισμός : μίσθωση	2	896

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ : Συμπληρωματικές πληροφορίες που πρέπει να παρασχεθούν:

Παρακαλείστε να συμπληρώσετε την αίτησή σας για την εκ των προτέρων έγκριση λαμβάνοντας υπόψη τις παρατηρήσεις που αναφέρονται για καθεμιά από τις ανωτέρω θεραπείες:

Παρατήρηση 2 : διευκρινίστε το είδος επέμβασης / θεραπείας / συσκευής / προϊόντος / άλλο (βλ. ιατρική συνταγή)

.....
.....

Διευθύνσεις των Γραφείων Εκκαθάρισης του Κοινού Συστήματος Υγειονομικής Ασφάλισης (ΚΣΥΑ)

Γραφείο Εκκαθάρισης Βρυξελλών Ευρωπαϊκή Επιτροπή SC27 00/05 B-1049 Brussels Pmo-caisse-maladie-medecins@ec.europa.eu	Γραφείο Εκκαθάρισης στο Ispra Ευρωπαϊκή Επιτροπή PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra (Va) PMO-ISPRA-RCAM@ec.europa.eu	Γραφείο Εκκαθάρισης Λουξεμβούργου Ευρωπαϊκή Επιτροπή DRB - B1/061 L-2920 Luxembourg
--	---	--

PMO-CONTACT@ec.europa.eu

+ 32 (0)2 29 97777