

(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ)

**ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΚΛΑΔΩΝ Ε.Δ. ΚΑΙ ΛΙΜΕΝΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ**

Σας γνωρίζουμε ότι οι δαπάνες για την παρασχεθείσα περίθαλψη πρέπει να υποβάλλονται στις παρακάτω διευθύνσεις:

α. Αυτές που αφορούν στο Στρατό Ξηράς στη ΜΕΡΥΠ/ΔΥΓ/ΕΔΥΠ, Κων/νου Καραμανλή, Καλαμαριά Θεσσαλονίκης, Τ.Κ. 55133 (Στρατόπεδο «ΝΤΑΛΙΠΗ» ΒΣΤ 903). Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2310-805324.

β. Αυτές που αφορούν στην Πολεμική Αεροπορία, στο 251 ΓΝΑ Υπηρεσία Υγειονομικού Ελέγχου, Κανελλοπούλου 3, Αθήνα, Τ.Κ. 11525. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210-7464539-4537.

γ. Αυτές που αφορούν στο Πολεμικό Ναυτικό, στην Υπηρεσία Υγειονομικού Ελέγχου, Μεσογείων 229 Χολαργός Τ.Κ. 15561. Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210-6551115 - 6551672.

δ. Αυτές που αφορούν στο Λιμενικό Σώμα, στην Υπηρεσία Υγειονομικού Ελέγχου Λιμενικού Σώματος, Ακτή Βασιλειάδη, (Πύλη Ε-1-2) Πειραιάς, Τ.Κ. 18510 Τηλέφωνο επικοινωνίας: 213-1371236 - 1080.

(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΥ

(Αποστέλλεται μαζί με την υποβολή της δαπάνης)

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....  
ΟΝΟΜΑ:.....  
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:.....  
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:.....  
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....  
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....  
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....  
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΙΤΛΟΥ ΣΠΟΥΔΩΝ:  
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:.....  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....  
ΔΝΣΗ ΕΠΑΓΓ.ΣΤΕΓΗΣ:.....  
ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....  
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:.....  
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΝΣΗ:.....  
Α.Φ.Μ.....  
Δ.Ο.Υ.....  
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ:.....  
ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΣΥΜΒΑΣΗΣ:.....  
ΤΡΑΠΕΖΑ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜ. ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ:.....  
IBAN:.....

Θεσσαλονίκη, .....

Ο/Η  
ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

Τίθεται Σφραγίδα-Υπογραφή





(ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ)

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ**

**ΠΡΟΣ:**.....  
.....

Σας υποβάλλω συνημμένα κατάσταση εις τριπλούν με τα σχετικά δικαιολογητικά ιατρικών επισκέψεων ασφαλισμένων του ΥΠΕΘΑ. Παρακαλώ για τον έλεγχο και καταβολή της δικαιούμενης αμοιβής μου.

Του/της  
(Όνομα).....

(Επώνυμο).....

(Διεύθυνση).....

(Πόλη).....(Τ.Κ.).....

Α.Φ.Μ.....

Αντίγραφο της Σύμβασης.....

Τηλέφωνα:Οικείας:.....

Ιατρείου:.....

Κινητό:.....

Αριθμός Λογαριασμού Τράπεζας:.....

IBAN.....( ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ-ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΗΣ 1<sup>ης</sup> ΣΕΛΙΔΑΣ ΤΟΥ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ)

Αλλαγή διεύθυνσης ιατρείου στον ίδιο Ιατρικό Σύλλογο.

Αλλαγή διεύθυνσης ιατρείου σε έτερο Ιατρικό Σύλλογο.

Αλλαγή τηλεφώνου, φαξ, κινητού τηλεφώνου.

Άλλη αλλαγή.

Παρατηρήσεις

1. (Σημειώνετε με «√») και καταγράφετε τα νέα στοιχεία στην πίσω πλευρά της αίτησης  
2. Στην πρώτη περίπτωση, απαιτείται αποστολή Φ/Α χορήγησης από την οικεία Νομαρχία, της άδειας λειτουργίας του ιατρείου και στη δεύτερη, εκτός της πρώτης άδειας και βεβαίωση εγγραφής στον Ιατρικό Σύλλογο.

3. Για ποσά άνω των 1.500€ απαιτείται φορολογική ενημερότητα για **ΦΟΡΕΙΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**.

4. Για ποσά άνω των 3.000 € απαιτείται και ασφαλιστική ενημερότητα. Ο/Η

ΑΙΤΩΝ/ΑΙΤΟΥΣΑ  
Τίθεται Σφραγίδα-Υπογραφή

**ΟΔΗΓΙΕΣ**  
**ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ**

1. Ο φαρμακοποιός υποβάλλει στην Ελεγκτική Υπηρεσία του αντίστοιχου Κλάδου:
  - α. Αίτηση.
  - β. Συγκεντρωτική κατάσταση σε τρία (3) αντίτυπα
  - γ. Τις συνταγές φαρμάκων
  - δ. Τιμολόγιο παροχής υπηρεσιών
2. Οι συνταγές φαρμάκων θα αφορούν κατ' ελάχιστο χρονικό διάστημα ενός (1) μηνός και μέγιστο τριών (3) μηνών, για το οποίο ο φαρμακοποιός δεν θα επανέρχεται. Το εν λόγω διάστημα αναγράφεται τόσο επί της αίτησης όσο και επί της 3/τυπης κατάστασης. Οι συνταγές αποστέλλονται ομαδοποιημένες ανά Κλάδο (Στρατό, Ναυτικό, Αεροπορία) ή το Λιμενικό Σώμα στις αντίστοιχες Ελεγκτικές Υπηρεσίες. Κατά την υποβολή να υπάρχει αναλυτική κατάσταση με τις εντολές (εις τριπλούν) και τιμολόγιο. **Τα αναλώσιμα , θα αποστέλλονται για έλεγχο ξεχωριστά από τις δαπάνες φαρμάκων, με δικό τους τιμολόγιο και αντίστοιχο διαβιβαστικό (Αίτηση).**
3. Οι συνταγές θα ταξινομούνται μαζί και κατά χρονολογική σειρά. Μετά την ταξινόμηση οι εντολές αριθμούνται στο πάνω δεξιά μέρος και καταχωρούνται με αυτή τη σειρά στις τριπλότυπες καταστάσεις με τα παρακάτω στοιχεία:
  - α. Αύξων Αριθμός
  - β. Αριθμός Βιβλιαρίου
  - γ. Αριθμός Εντολής
  - δ. Ολικό Ποσό Εντολής
  - ε. Ποσό συμμετοχής ασφαλισμένου
  - στ. Πόσο που βαρύνει το Δημόσιο.
4. Η κατάσταση αυτή, εφόσον ζητηθεί από το ΕΔΥΠ, δύναται να υποβάλλεται και σε ηλεκτρονική μορφή (αρχείο excel).
5. Αν το τελικό εγκρινόμενο ποσό υπερβαίνει τα 1500€ απαιτείται Φορολογική Ενημερότητα (θα πρέπει να είναι πρόσφατη και ισχύουσα). Αν υπερβαίνει τα 3000€, εκτός από Φορολογική Ενημερότητα, απαιτείται και Ασφαλιστική Ενημερότητα. Αν το τελικό εγκρινόμενο/ καταλογιστέο ποσό για το φαρμακείο είναι μεγαλύτερο από το ποσό που αναγράφεται στο τιμολόγιο τότε απαιτείται συμπληρωματικό τιμολόγιο στο ποσό της διαφοράς.
6. Μετά τον έλεγχο και την έγκριση, η πληρωμή θα γίνεται από

προκαθορισμένες Στρατιωτικές Διαχειρίσεις Χρηματικού.

7. Για δαπάνες αγοράς φαρμάκων που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα, αναγνωρίζονται μετά από γνωμάτευση της αρμόδιας Επιτροπής Απαλλαγών
8. Στην περίπτωση που το ταμείο του ΥΠΕΘΑ & Λιμενικού Σώματος ενταχθεί στο σύστημα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, η εκτέλεση των συνταγών θα γίνεται με τους κανόνες αυτής. Ο λογαριασμός του Φαρμακείου θα υποβάλλεται βάσει σχεδίου καταστάσεως, και θα περιλαμβάνει τις κατωτέρω στήλες (υποδιαίρεσεις) :
  - α. Αύξων αριθμός
  - β. Αριθμός βιβλιαρίου ασφαλισμένου
  - γ. Έντυπο αριθμός συνταγής
  - δ. Αρχική συνολική αξία συνταγής
  - ε. Ποσό συμμετοχής ασφαλισμένου
  - στ. Υπόλοιπο πληρωτέο