

(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 ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ**

1. Οι αμοιβές θα υπολογίζονται βάσει των ποσών που ορίζονται από την πρώτη (μικρότερη στήλη) από τα εκάστοτε ισχύοντα Π.Δτα «Περί Ιατρικών Αμοιβών», μετά την αφαίρεση του ποσοστού που βαρύνει τον ασφαλισμένο στις περιπτώσεις που υπάρχει αυτή η υποχρέωση και το οποίο θα καταβάλλεται απ' ευθείας από τον ασφαλισμένο.

2. Ο φυσικοθεραπευτής υποβάλλει στην Ελεγκτική Υπηρεσία του αντίστοιχου Κλάδου:

α. Τις εντολές των επισκέψεων και των φυσιοθεραπευτικών πράξεων για κάθε κατηγορία χωριστά. Οι εντολές ιδίων στρατιωτικών (πράσινου χρώματος) θα υποβάλλονται σε χωριστές δαπάνες από τις εντολές μελών οικογενειών (κίτρινου χρώματος).

β. Συγκεντρωτική κατάσταση σε τρία (3) αντίτυπα

γ. Αίτηση

3. Οι εντολές περίθαλψης θα αφορούν κατ' ελάχιστο χρονικό διάστημα ενός (1) μηνός και μέγιστο τριών (3) μηνών, για το οποίο ο φυσικοθεραπευτής δεν θα επανέρχεται. Το εν λόγω διάστημα αναγράφεται τόσο επί της αίτησης όσο και επί της 3/τυπης κατάστασης.

4. Οι εντολές που αφορούν τον ίδιο τον ασφαλισμένο 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 Εντύπου Εντολής

δ. Ολικό Ποσό Εντολής

ε. Ποσό συμμετοχής (20% για τα μέλη-0% για τα στελέχη)

στ. Πόσο που βαρύνει το Δημόσιο.

5. Μετά τον έλεγχο και την έγκριση, η πληρωμή θα γίνεται από προκαθορισμένες Στρατιωτικές Διαχειρίσεις Χρηματικού, αφού ο Φυσικοθεραπευτής προσκομίσει Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών για το ποσό που εγκρίθηκε.

6. Μαζί με τις δαπάνες που υποβάλλονται, πλέον των ανωτέρω θα υποβάλλεται και δελτίο παροχής υπηρεσιών

7. Η κατάσταση αυτή, εφόσον ζητηθεί από το ΕΔΥΠ, δύναται να υποβάλλεται και σε ηλεκτρονική μορφή (αρχείο excel).

## ΟΔΗΓΙΕΣ

### ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

1. Ο θεραπευτής υποβάλλει στην Ελεγκτική Υπηρεσία του αντίστοιχου Κλάδου:

- α. Αίτηση.
- β. Συγκεντρωτική κατάσταση σε τρία (3) αντίτυπα
- γ. Τις εντολές υγειονομικής περίθαλψης
- δ. Φωτοτυπίες των γνωματεύσεων
- ε. Δελτίο παροχής υπηρεσιών

2. Οι εντολές περίθαλψης θα αφορούν κατ' ελάχιστο χρονικό διάστημα ενός (1) μηνός και μέγιστο τριών (3) μηνών, για το οποίο ο θεραπευτής δεν θα επανέρχεται. Το εν λόγω διάστημα αναγράφεται τόσο επί της αίτησης όσο και επί της 3/τυπης κατάστασης.

3 . Οι εντολές που αφορούν τον ασφαλισμένο 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 (20% για τα μέλη)
- στ. Πόσο που βαρύνει το Δημόσιο.

4. Μετά τον έλεγχο και την έγκριση, η πληρωμή θα γίνεται από προκαθορισμένες Στρατιωτικές Διαχειρίσεις Χρηματικού, αφού ο ιατρός προσκομίσει Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών για το ποσό που εγκρίθηκε

5. Η κατάσταση αυτή δύναται να υποβάλλεται και σε ηλεκτρονική μορφή (αρχείο excel), εφόσον ζητηθεί από το Ε.Δ.Υ.Π.