

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΒΑΣΗΣ  
«ΘΑΛΗΣ»  
ΕΛΕΓΚΤΗΡΙΟ ΔΑΠΑΝΩΝ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ  
13 Μαΐ 24

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Α» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ**  
**ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΝΑ ΑΛΕ**

<b>A/A</b>	<b>ΑΛΕ</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΑΡΟΧΩΝ</b>	<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ</b>
1	2240101001	Φαρμακευτική Περίθαλψη	<b>210-5382639</b>
2	2240102001	Ιατρική Περίθαλψη	<b>210-5382634</b>
3	2240103001	Παρακλινικές Εξετάσεις	<b>210-5382634</b>
4	2240104001	Οδοντιατρική Περίθαλψη	<b>210-5382637</b>
5	2240105001	Νοσοκομειακή Περίθαλψη σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα Ιδιωτικού Δίκαιου και Κλινικές	<b>210-5382607</b>
6	2230901001	Επίδομα Τοκετού	<b>210-5382637</b>
7	2240105001-9	Λοιπές Δαπάνες Νοσηλείας	<b>210-5382638</b>

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4°

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Β» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΟΔΗΓΙΕΣ**  
**ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΘΗ ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

1. Από 01 Ιουλίου 2020 η συνταγογράφηση των φαρμάκων γίνεται μόνο ηλεκτρονικά, οπότε δεν γίνονται δεκτές εντολές βιβλιαρίων για φάρμακα.
2. Η συνταγογράφηση από ιδιώτη ιατρό στα στελέχη επιτρέπεται μόνο σε έλλειψη στρατιωτικού ιατρού και ιατρού δημόσιου νοσοκομείου στη Φρουρά που υπηρετεί το στέλεχος, με την προσκόμιση αντίστοιχων βεβαιώσεων που πιστοποιούν την έλλειψη τους. Εξαιρούνται οι ιδιώτες Οδοντίατροι και Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι σε επιβεβαιωμένη κύηση.
3. Οι φαρμακευτικές δαπάνες κατατίθενται στα οικεία Κεντρικά Ταμεία Στρατού (ΚΤΣ), τα οποία αποστέλλουν συγκεντρωτικά ανα μήνα τις δαπάνες, σύμφωνα με τη Φ.820/124/807983/Σ.1831/18 Μαρ 15/ΓΕΣ/ΔΟΙ/3α.
4. Είναι αναγκαία η εφαρμογή αναλυτικής κοστολόγησης εκτυπωμένη από το ηλεκτρονικό σύστημα μηχανογράφησης του φαρμακείου. Να κατατίθεται η απόδειξη πληρωμής και οι ταινίες γνησιότητας των φαρμάκων.
5. Η κάλυψη των φαρμάκων για την εξωσωματική γονιμοποίηση δικαιολογείται για έως και τέσσερις προσπάθειες με διαφορά τετραμήνου, έπειτα από έγκριση της Επιτροπής Απαλλαγών του Σχηματισμού.
6. Οι παραπάνω οδηγίες αφορούν τα συχνότερα αίτια επιστροφής των δαπανών αυτών στους δικαιούχους.
7. **Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382639.**

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4<sup>ο</sup>



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Γ» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΔΑΠΑΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ (ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ)**

**ΜΟΝΟ ΤΑ ΜΕΛΗ**

1. Πρωτότυπη εντολή βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης πλήρως συμπληρωμένη (π.χ. αριθμός βιβλιαρίου, ΑΜΚΑ, στοιχεία στρατιωτικού όπισθεν, σφραγίδα του εκτελέσαντος) στην οποία να αναγράφεται υποχρεωτικά ο αριθμός επίσκεψης ανά μήνα στον ίδιο ιατρό πχ πρώτη, δεύτερη κτλ. Σε περίπτωση άνω των δύο (τεσσάρων για παιδίατρο) επισκέψεων ανά μήνα σε ιατρό ίδιας ειδικότητας, είναι απαραίτητη η θεώρηση από ελεγκτή ιατρό.

2. Υπόμνημα γενομένης δαπάνης σε τρία (3) αντίτυπα.

3. Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών με ίδια ημερομηνία με αυτήν της εντολής του βιβλιαρίου υγείας.

4. Μη υπηρεσιακή αναφορά με διαβιβαστικό της Μονάδας.

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

α. Οι επισκέψεις στελεχών σε ιδιώτες ιατρούς επιτρέπονται, εφόσον το στέλεχος υποβάλλει βεβαιώσεις για την έλλειψη της αντίστοιχης ειδικότητας τόσο από Στρατιωτικό όσο και από Δημόσιο Νοσοκομείο, κατά τη χρονική περίοδο της εξέτασης.

β. **Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382634.**

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4º



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Δ» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΔΑΠΑΝΩΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ**  
**(ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ)**

**ΣΤΕΛΕΧΗ**

1. Εντολή βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης πλήρως συμπληρωμένη (π.χ. αριθμό βιβλιαρίου, ΑΜΚΑ, στοιχεία στρατιωτικού όπισθεν, σφραγίδα του εκτελέσαντος), συνταγογραφημένη μόνο από Ιατρό Στρκου Νοσοκομείου/ΣΤΕΠ ή από Ιατρό Δημόσιου Νοσοκομείου αντίστοιχης ειδικότητας και θεωρημένη από ελεγκτή Ιατρό.
2. Βεβαίωση από το ΣΤΕΠ ή Στρατιωτικό Νοσοκομείο και από Δημόσιο Νοσοκομείο της Φρουράς ότι δε δύναται να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη ιατρική πράξη λόγω έλλειψης μέσων, προσωπικού ή ύπαρξης λίστας αναμονής.
3. Υπόμνημα γενομένης δαπάνης σε τρία (3) αντίτυπα.
4. Τιμολόγιο εξοφλημένο ή Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών με υπογραφή και σφραγίδα του εκδόσαντος.
5. Μη υπηρεσιακή αναφορά με διαβιβαστικό της Μονάδας.

**ΜΕΛΗ**

1. Εντολή βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης πλήρως συμπληρωμένη (π.χ. αριθμό βιβλιαρίου, ΑΜΚΑ, στοιχεία στρατιωτικού όπισθεν, σφραγίδα του εκτελέσαντος), θεωρημένη από ελεγκτή Ιατρό.
2. Υπόμνημα γενομένης δαπάνης σε τρία (3) αντίτυπα.
3. Τιμολόγιο εξοφλημένο ή Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών με υπογραφή και σφραγίδα του εκδόσαντος.
4. Μη υπηρεσιακή αναφορά με διαβιβαστικό της Μονάδας.

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

α. Διαχωρισμός ιατρικών πράξεων και επισκέψεων και υποβολή τους με διαφορετικά διαβιβαστικά.

β. Σε περίπτωση πραγματοποίησης μαγνητικής τομογραφίας είναι υποχρεωτική η επισύναψη ανάλογης ιατρικής γνωμάτευσης.

γ. Στις περιπτώσεις που στην περιοχή δεν υπηρετεί ελεγκτής ιατρός-οδοντίατρος του Στρατού Ξηράς, οι ασφαλισμένοι καλύπτονται κατά σειρά από ελεγκτή διαφορετικού Κλάδου ή από ελεγκτή του ΕΟΠΥΥ ή επισυνάπτουν βεβαιώσεις για τη μη ύπαρξη ελεγκτή ή υπεύθυνη δήλωση του ν.1599/1986.

**δ. Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382634.**

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4<sup>ο</sup>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Ε» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΒΑΣΗΣ  
«ΘΑΛΗΣ»  
ΕΛΕΓΚΤΗΡΙΟ ΔΑΠΑΝΩΝ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ  
13 Μαΐ 24

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΔΑΠΑΝΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

1. Εντολή βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης, ορθώς συμπληρωμένη (π.χ. αριθμός βιβλιαρίου, ΑΜΚΑ, στοιχεία στρατιωτικού όπισθεν, σφραγίδα του εκτελέσαντος, σφραγίδα και υπογραφή του **ελεγκτή οδοντίατρου** για την έναρξη και τη λήξη εργασιών) και θεωρημένη από **ελεγκτή οδοντίατρο**, σύμφωνα με τα ισχύοντα.
2. Οι οδοντοθεραπευτικές και οδοντοπροσθετικές εργασίες να αναγράφονται σε ξεχωριστή εντολή και οι αποδείξεις να αντιστοιχούν ξεχωριστά στην ανάλυση εργασιών κάθε εντολής.
3. Υπόμνημα γενομένης δαπάνης σε τρία (3) αντίτυπα.
4. Τιμολόγιο εξοφλημένο ή Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών.
5. Μη υπηρεσιακή αναφορά με διαβιβαστικό της Μονάδας.
6. **Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382637.**

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4°





ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΒΑΣΗΣ  
«ΘΑΛΗΣ»  
ΕΛΕΓΚΤΗΡΙΟ ΔΑΠΑΝΩΝ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ  
13 Μαΐ 24

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Ζ» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΤΟΚΕΤΟΥ**

1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/1986 από τον/την στρατιωτικό, στην οποία, να δηλώνεται ο τοκετός (φυσιολογικός ή μη), η υγειονομική δομή που έλαβε χώρα, καθώς και ότι δεν θα υποβάλει στην υπηρεσία οποιαδήποτε δαπάνη νοσηλείας για τον υπόψη τοκετό .
2. Ληξιαρχική Πράξη γεννήσεως.
3. Μη υπηρεσιακή αναφορά με διαβιβαστικό της Μονάδας.

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:**

- α. Μόνο σε ασφαλισμένες στο ΥΕΘΑ** χορηγείται το επίδομα τοκετού.
- β. Η δαπάνη φυσιολογικού τοκετού σε δημόσιο νοσοκομείο **επιβαρύνει** την ίδια την δικαιούχο του επιδόματος.
- γ. Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382637.**

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4<sup>ο</sup>



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Η» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΠΙΝΑΚΑΣ**  
**ΛΟΙΠΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

<b>ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΤΟΥ ΑΛΕ: 2240105001-9 (ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ)</b>		
<b>A/A</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</b>	<b>ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ</b>
1	Οπτικά Οράσεως	Το επίδομα χορηγείται σε εν ενεργεία στελέχη και σε μέλη οικογενείας με ασφάλεια ΥΠΕΘΑ.
2	Ατομικές Υγειονομικές Συσκευές	Αναπνευστικές συσκευές, CPAP, BIPAP, νεφελοποιητές, κ.α.
3	Οδοιπορικά Έξοδα	Εισιτήρια μετακίνησης ασθενών-συνοδών
4	Ειδικές Θεραπείες	Λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ειδική διαπαιδαγώγηση, ειδική συμπεριφορά, ασκήσεις ομιλίας, ψυχοθεραπείες.
5	Αναλώσιμο Υγειονομικό Υλικό	Ταινίες σακχάρου, βελόνες, σκαρφιστήρες, επιθέματα, ειδικές τροφές, παιδικά γάλατα, διατροφικά σκευάσματα
6	Ορθοπεδικά Είδη	Κηδεμόνες, νάρθηκες κ.α.
7	Φυσιοθεραπείες	Ισχύει όπως στο Παράρτημα «Δ» Δικαιολογητικά Δαπανών Παρακλινικών Εξετάσεων και στις χρόνιες περιπτώσεις όπως α/α 4 «Ειδικές Θεραπείες».
8	Ακουστικά Βαρηκοΐας	
9	Αεροθεραπείες	

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4<sup>ο</sup>

### **ΠΡΟΣΘΗΚΕΣ**

- «1» Δικαιολογητικά Δαπανών Επιδόματος Οπτικών Οράσεως
- «2» Δικαιολογητικά Δαπανών Ατομικών Υγειονομικών Συσκευών
- «3» Δικαιολογητικά Δαπανών Οδοιπορικών Εξόδων
- «4» Δικαιολογητικά Δαπανών Επιδόματος Ειδικών Θεραπειών
- «5» Δικαιολογητικά Δαπανών Αναλώσιμου Υγειονομικού Υλικού
- «6» Δικαιολογητικά Δαπανών Ορθοπεδικών Ειδών
- «7» Δικαιολογητικά Δαπανών Ακουστικών Βαρηκοΐας
- «8» Δικαιολογητικά Δαπανών Επιδόματος Αεροθεραπείας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «ΣΤ» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΔΑΠΑΝΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**  
**ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ**

**ΣΤΕΛΕΧΗ ΚΑΙ ΜΕΛΗ**

1. Εντολή βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό για την εισαγωγή του ασθενή.
2. Εντολή βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης για τη λήξη της νοσηλείας, στην οποία καταχωρείται περιληπτικά ο λογαριασμός περίθαλψης και οι ημέρες νοσηλείας, όπως αναγράφονται στο δελτίο παροχής υπηρεσιών ή τιμολόγιο, θεωρημένη από ελεγκτή Ιατρό.
3. Τιμολόγιο ή Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών, εξοφλημένο.
4. Υπόμνημα γενομένης δαπάνης σε τρία (3) αντίτυπα
5. Μη υπηρεσιακή αναφορά με διαβιβαστικό της Μονάδας.
6. Αναλυτικό φύλλο νοσηλείας, με λεπτομερειακή περιγραφή των ειδικών εξετάσεων και παροχών ή θεραπειών, φάρμακα και υγειονομικό υλικό.
7. Βεβαίωση από το ΣΤΕΠ ή Στρατιωτικό Νοσοκομείο και από Δημόσιο Νοσοκομείο αντίστοιχης ειδικότητας της Φρουράς ότι δε δύναται να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη ιατρική πράξη λόγω έλλειψης μέσων, προσωπικού.  
**(ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥΣ).**
8. **Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382607.**

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικήτης

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4<sup>ο</sup>



ΠΡΟΣΘΗΚΗ «1» ΣΤΟ  
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Η» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΔΑΠΑΝΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΟΠΤΙΚΩΝ ΟΡΑΣΕΩΣ**

1. Εντολή βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό και στην πίσω σελίδα (ή σε υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/1986) να δηλώνεται από τον Στρατιωτικό ή το μέλος πόσες φορές έχει λάβει (έστω και καμία) χρηματικό επίδομα αγοράς γυαλιών οράσεως (για την ηλικία των άνω ή κάτω των σαράντα ετών) και το έτος γεννήσεώς του, καθώς και την ημερομηνία τελευταίας χορήγησης οπτικών οράσεως.
2. Πρωτότυπη γνωμάτευση της αρμόδιας Υγειονομικής Επιτροπής στην οποία να γνωματεύεται η μείωση της οπτικής οξύτητας για μακριά ή κοντά, εξαιτίας μεταβολής της διαθλαστικής ικανότητας των οφθαλμών.
3. Υπόμνημα γενομένης δαπάνης σε τρία (3) αντίτυπα.
4. Τιμολόγιο εξοφλημένο ή απόδειξη, όπου να αναγράφεται ακριβώς το είδος που προμηθεύτηκε (σκελετός-κρύσταλλα) και όχι «οπτικά» μόνον.
5. Μη υπηρεσιακή αναφορά με διαβιβαστικό της Μονάδας.
6. Βεβαίωση από το κατάστημα οπτικών.

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**

- α. Το επίδομα χορηγείται και στα στελέχη **και στα μέλη**.
- β. Τα στελέχη μέχρι ηλικίας σαράντα (40) ετών έχουν δικαίωμα αγοράς οπτικών οράσεων μέχρι τέσσερις (4) φορές κατά ανώτατο όριο, ενώ τα στελέχη από 41 ετών και άνω μέχρι έξι (6) φορές. **Δικαιούνται ένα ζεύγος γυαλιών κάθε δύο (2) χρόνια.**



- γ. Τα μέλη δικαιούνται οπτικά οράσεως κάθε τέσσερα (4) χρόνια.  
δ. Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382638.

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4<sup>ο</sup>

ΠΡΟΣΘΗΚΗ «2» ΣΤΟ  
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Η» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΔΑΠΑΝΩΝ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ**

1. Εντολή βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό.
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν.1599/1986 από το δικαιούχο στην οποία να αναγράφεται ότι «δεν έχω αγοράσει ή αγοράσα τον/την τελευταίο/α ..... (χρόνο, διετία κτλ) την συγκεκριμένη υγειονομική συσκευή , εις βάρος του Δημοσίου»
3. Γνωμάτευση από τον θεράποντα ιατρό θεωρημένη από στρατιωτικό ελεγκτή ιατρό.
4. Υπόμνημα γενομένης δαπάνης σε τρία (3) αντίτυπα.
5. Τιμολόγιο εξοφλημένο.
6. Μη υπηρεσιακή αναφορά με διαβιβαστικό της Μονάδας.
7. Βεβαίωση εμπορίας (πιστοποιητικό καταλληλότητας CE) ιατροτεχνολογικών ειδών από το κατάστημα αγοράς του υλικού (εξαιρείται όταν η αγορά του είδους πραγματοποιηθεί από φαρμακείο).

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**

1. Για τις συσκευές υψηλού κόστους (C-PAP, Bi-PAP κλπ), απαιτείται έγκριση από την Επιτροπή Απαλλαγών και η αντικατάστασή τους δικαιολογείται μετά την παρέλευση τετραετίας από την ημερομηνία χορήγησης, με την προϋπόθεση της ολικής βλάβης λόγω φθοράς χρήσης.

2. Για την αντλία χορήγησης ινσουλίνης και τον εξωτερικό επεξεργαστή ομιλίας κοχλιακού εμφυτεύματος, απαιτείται έγκριση του ΚΕΠΑ ή γνωμάτευση της αρμόδιας-οικείας Υγειονομικής Επιτροπής Απαλλαγών.

3. Εν απουσία συμβεβλημένων παρόχων η Υπηρεσία δύναται να αποζημιώνει την αγορά ή ενοικίαση συσκευών οξυγονοθεραπείας στην τιμή που έχει ορίσει το Δ.Σ του ΕΟΠΥΥ.

4. Στην ενοικίαση συσκευών οξυγονοθεραπείας επιτρέπεται τους θεράποντες ιατρούς να χορηγούν επαναλαμβανόμενη συνταγή έως και εξάμηνης διάρκειας ως εξής: χειρόγραφα στα έντυπα των ΑΒΝ, χρησιμοποιώντας έως έξι συνεχή φύλλα, στο καθένα εκ των οποίων θα αναγράφουν τις λέξεις <<Επαναλαμβανόμενη Συνταγή Εξάμηνης Διάρκειας, Ημερομηνία Έναρξης Εκτέλεσης της Συνταγής:.....>>.Το κάθε φύλλο εκτελείται χωριστά ανά μήνα, εντός δεκαπέντε ημερών από την αναγραφόμενη στο κάθε φύλλο ημερομηνία έναρξης εκτέλεσής της.

**5. Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382638.**

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4<sup>ο</sup>

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΒΑΣΗΣ  
«ΘΑΛΗΣ»  
ΕΛΕΓΚΤΗΡΙΟ ΔΑΠΑΝΩΝ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ  
13 Μαΐ 24

ΠΡΟΣΘΗΚΗ «3» ΣΤΟ  
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Η» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΔΑΠΑΝΩΝ ΟΔΟΙΠΟΡΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ**

1. Εντολή βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, στην οποία να δικαιολογείται η ανάγκη μετακίνησης του ασθενή και τυχόν συνοδού, καθώς και ειδικού μεταφορικού μέσου (εάν απαιτείται).
2. Γνωμάτευση της αρμόδιας Υγειονομικής Επιτροπής στην οποία να γνωματεύεται η ανάγκη μετακίνησης του ασθενή με συνοδό σε καθορισμένη χρονική στιγμή και η χρησιμοποίηση ειδικού μεταφορικού μέσου (εάν απαιτείται).
3. Πρωτότυπη απόδειξη πληρωμής του εισιτηρίου του ασθενή και τυχόν του συνοδού και τα αποκόμματα αυτών ή βεβαίωση εταιρείας για το αντίτιμο του εισιτηρίου.
4. Εξοφλητική απόδειξη σε περίπτωση μίσθωσης ειδικού μεταφορικού μέσου.
5. Μη υπηρεσιακή αναφορά με διαβιβαστικό της Μονάδας.
6. Βεβαίωση εισαγωγής ή εξέτασης του ασθενή στα Εξωτερικά Ιατρεία, από το Νοσοκομείο της αντίστοιχης-μετακινούμενης Φρουράς κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.
7. Υπόμνημα γενομένης δαπάνης σε τρία (3) αντίτυπα.

8. Βεβαίωση του Δημοσίου Νοσοκομείου της Φρουράς, ότι δεν υπάρχει ιατρός αντίστοιχης ειδικότητας.

**9. Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382638.**

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4<sup>ο</sup>

ΠΡΟΣΘΗΚΗ «4» ΣΤΟ  
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Η» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΔΑΠΑΝΩΝ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ**

1. Εντολή βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης, συνταγογραφημένη εντός των 5 πρώτων ημερών από ιατρό αντίστοιχης ειδικότητας (παιδίατρο, παιδοψυχίατρο, φυσίατρο κλπ.) στην οποία να αναγράφεται και ο Α.Μ.Κ.Α. του ασθενούς, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό.
2. Αντίγραφο γνωμάτευσης της αρμόδιας-οικείας Υγειονομικής Επιτροπής Απαλλαγών.
3. Πρωτότυπο δελτίο παροχής υπηρεσιών στο οποίο θα αναγράφονται αναλυτικά ο αριθμός των θεραπειών, το διάστημα θεραπειών και αποδεικτικό συνεργασίας στην περίπτωση διαφορετικών ειδικοτήτων.
4. Μη υπηρεσιακή αναφορά με διαβιβαστικό της Μονάδας.
5. Υπόμνημα γενομένης δαπάνης σε τρία (3) αντίτυπα.
6. Γνωμάτευση Ιατρού Ειδικότητας όπως αυτή καθορίζεται στο ΦΕΚ 6544/21 Δεκ 22, παρ.3.
7. Βεβαίωση του θεραπευτή ή του Ιδιοκτήτη του Κέντρου, στην οποία θα αναφέρονται οι ημερομηνίες διενέργειας των θεραπειών καθώς και τα στοιχεία των θεραπευτών (ονοματεπώνυμο, ειδικότητα, άδεια ασκήσεως επαγγέλματος).
8. Βεβαίωση δραστηριοτήτων του θεραπευτή ή του νόμιμου εκπροσώπου του κέντρου (μέσω του taxisnet), η οποία υποβάλλεται με την κάθε δαπάνη.

## ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1. Οι Ειδικές Θεραπείες συνταγογραφούνται ανά μήνα σε μία εντολή υγειονομικής περίθαλψης και οι αποδείξεις αφορούν αντίστοιχα ένα μήνα θεραπείας.

2. Στο μηνιαίο επίδομα για την εκπαίδευση τέκνων με νοητική υστέρηση, βαρεία σωματική ή ψυχική αναπηρία ή διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή στο έντυπο γνωμάτευσης Στρατιωτικής Υγειονομικής Επιτροπής (ΣΥΕ) δεν είναι απαραίτητη η αντιστοιχία τους σε κωδικό ICD-10.

**3. Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382638.**

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4°

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΒΑΣΗΣ  
«ΘΑΛΗΣ»  
ΕΛΕΓΚΤΗΡΙΟ ΔΑΠΑΝΩΝ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ  
13 Μαΐ 24

ΠΡΟΣΘΗΚΗ «5» ΣΤΟ  
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Η» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΔΑΠΑΝΩΝ ΑΝΑΛΩΣΙΜΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ**

1. Εντολή βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης με επισυναπτόμενο στην πίσω όψη της εντολής το κουπόνι του αντίστοιχου υλικού (π.χ. ταινίες σακχάρου, ειδικά γάλατα, επιθέματα), θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό.
2. Ιατρική γνωμάτευση θεράποντος ιατρού, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό, στην οποία να αιτιολογείται η αναγκαιότητα χορήγησης του υλικού και να καθορίζεται το χρονικό διάστημα χορήγησης 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, στις επιπλέον ποσότητες και στη χορήγηση ειδικών διατροφικών σκευασμάτων, απαιτείται έγκριση από την Επιτροπή Απαλλαγών του Σχηματισμού, με ισχύ έως και ένα έτος.
3. Απόδειξη αγοράς του υλικού.
4. Τα σκευάσματα ειδικής διατροφής πρέπει να φέρουν ειδική σήμανση ιχνηλάτισης (barcode).
5. Βεβαίωση με το EAN του προϊόντος από τον προμηθευτή (ότι ανήκει στα αποζημιούμενα είδη του ΕΟΠΥΥ).
6. Μη υπηρεσιακή αναφορά με διαβιβαστικό της Μονάδας.



7. Υπόμνημα γενομένης δαπάνης σε τρία (3) αντίτυπα.

8. Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382638.

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4<sup>ο</sup>

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΒΑΣΗΣ  
«ΘΑΛΗΣ»  
ΕΛΕΓΚΤΗΡΙΟ ΔΑΠΑΝΩΝ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ  
13 Μαΐ 24

ΠΡΟΣΘΗΚΗ «6» ΣΤΟ  
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Η» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΔΑΠΑΝΩΝ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ**

1. Εντολή βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό.
2. Γνωμάτευση από την Επιτροπή Απαλλαγών του Σχηματισμού.
3. Ιατρική Γνωμάτευση συνταγογραφημένη από ιατρό αντίστοιχης ειδικότητας με την πάθηση, θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό.
4. Πρωτότυπο τιμολόγιο εξοφλημένο με αναλυτική περιγραφή του είδους που χορηγήθηκε.
5. Μη υπηρεσιακή αναφορά με διαβιβαστικό της Μονάδας.
7. Υπόμνημα γενομένης δαπάνης σε τρία (3) αντίτυπα.
8. Βεβαίωση με το EAN του προϊόντος από τον προμηθευτή.
9. Βεβαίωση από το αντίστοιχο στρατιωτικό ορθοπεδικό εργοστάσιο για την μη χορήγηση του αντίστοιχου υλικού.
- 10. Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382638.**

Ακριβές Αντίγραφο

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4<sup>ο</sup>

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΒΑΣΗΣ  
«ΘΑΛΗΣ»  
ΕΛΕΓΚΤΗΡΙΟ ΔΑΠΑΝΩΝ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ  
13 Μαΐ 24

ΠΡΟΣΘΗΚΗ «7» ΣΤΟ  
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Η» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΔΑΠΑΝΩΝ ΑΚΟΥΣΤΙΚΩΝ ΒΑΡΗΚΟΙΑΣ**

1. Εντολή βιβλιαρίου υγειονομικής περίθαλψης θεωρημένη από ελεγκτή ιατρό.
2. Τιμολόγιο εξοφλημένο.
3. Αντίγραφο γνωμάτευσης της αρμόδιας-οικείας Υγειονομικής Επιτροπής Απαλλαγών, στην οποία να γνωματεύεται η μεταβολή της ακουστικής οξύτητας του δικαιούχου.
4. Μη υπηρεσιακή αναφορά με διαβιβαστικό της Μονάδας.
5. Υπόμνημα γενομένης δαπάνης σε τρία (3) αντίτυπα.
6. **Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382638.**

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4°

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΒΑΣΗΣ  
«ΘΑΛΗΣ»  
ΕΛΕΓΚΤΗΡΙΟ ΔΑΠΑΝΩΝ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ  
13 Μαΐ 24

ΠΡΟΣΘΗΚΗ «8» ΣΤΟ  
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ «Η» ΣΤΟ  
Φ.758/9/25350/Σ.2104

**ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**  
**ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΑΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

1. Ιατρική Γνωμάτευση από ιατρό σχετικής με την πάθηση ειδικότητας, στην οποία βεβαιώνεται η πάθηση και η συνέχιση της θεραπείας.
2. Υπεύθυνη Δήλωση στην οποία δηλώνεται ότι ο δικαιούχος δεν έλαβε και δεν θα λάβει την αποζημίωση αυτή από έτερο φορέα ασφάλισης ή άλλο φορέα..
3. Υπόμνημα γενομένης δαπάνης σε τρία (3) αντίτυπα.
4. **Τηλέφωνο επικοινωνίας Χειριστή ΑΛΕ: 210-5382638.**

Ακριβές Αντίγραφο

Ταχχος Νεκτάριος Φραγκάκης  
Υποδιοικητής

Λγός (ΥΟ) Σωτήριος Μάρης  
Τμχης ΔΥΒ/ΔΥΓ/4<sup>ο</sup>