

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

Ως προς την παράγραφο 2 για τον αριθμό της ΚΥΑ

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ****Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr****ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ : ΚΗΦΙΣΙΑΣ 39
Τ. Κ: 151 23 ΜΑΡΟΥΣΙ
ΤΗΛ. 210 6871719
FAX: 210 6871795****ΑΘΗΝΑ 16.2.12****Αρ. Πρωτ. ΕΞ. ΕΠΕΙΓΟΝ
Δ21/3247****ΠΡΟΣ**
Όλες τις Περιφερειακές Υπηρεσίες
ΕΟΠΥΥ (πρώην ΥΠΑΔ)**Κοινοποίηση :**

1. Γρ. Προέδρου
2. Γρ. Αντιπροέδρου κ. Νικόλη
3. Γρ. Αντιπροέδρου κ. Σουλιώτη

Θέμα: «Διαδικασία πληρωμής γιατρών συνεργαζόμενων με τον ΕΟΠΥΥ για ιατρική επίσκεψη ασφαλισμένων του Οργανισμού»

Σχετική: Η από 29.12.11 Ανακοίνωση που είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ.

Σας γνωρίζουμε ότι στην ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ (www.eopyy.gov.gr) έχει αναρτηθεί η λίστα με τους συνεργαζόμενους με τον Οργανισμό γιατρούς.

Στη λίστα συμπεριλαμβάνονται όσοι γιατροί είχαν ενεργή σύμβαση με τον ΟΠΑΔ ή ΟΑΑΕ μέχρι 31.12.11 και οι οποίοι απέστειλαν, την υπεύθυνη δήλωση σύμφωνα με την Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ 262/Α/16.12.11), με την οποία ρυθμίστηκαν θέματα συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ γιατρών, για τη συνεργασία τους με τον Οργανισμό μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία σύναψης των νέων συμβάσεων.

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

Ως προς την παράγραφο 2 για τον αριθμό της ΚΥΑ

Α. Διαδικασία πληρωμής των γιατρών που συνεργάζονται με τον ΕΟΠΥΥ για ιατρική επίσκεψη ασφαλισμένων του Οργανισμού.

1. Ο συνεργαζόμενος με τον ΕΟΠΥΥ γιατρός που εξέτασε ασφαλισμένους του Οργανισμού **υποβάλλει** στην αρχή κάθε μήνα στην αρμόδια πρώην ΥΠΙΑΔ της περιοχής του ιατρείου του, **αίτηση** (επισυνάπτεται σχετικό υπόδειγμα) και την **τελική συγκεντρωτική κατάσταση** για τους ασθενείς που εξετάστηκαν τον προηγούμενο μήνα υπογεγραμμένη και σφραγισμένη **στην οποία επισυνάπτονται και τα ατομικά έντυπα** (προσωπικά λευκά συνταγολόγια του γιατρού).
2. **Στην κατάσταση** θα αναγράφονται τα στοιχεία του γιατρού, ο ΑΜΚΑ, ο ΑΦΜ και ο αριθμός ΤΣΑΥ του γιατρού.

Επίσης θα αναγράφονται με αύξοντα αριθμό για κάθε ασφαλισμένο:

- Τα στοιχεία του ασφαλισμένου (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο). Επισημαίνεται ότι τα ονόματα των ασφαλισμένων θα αναφέρονται **υποχρεωτικά με τη χρονολογική σειρά** που εξετάστηκαν.
- Ο ασφαλιστικός φορέας από τον οποίο προέρχεται ο ασφαλισμένος.
- Ο Αριθμός Μητρώου του φορέα ασφάλισης
- Ο ΑΜΚΑ του ασφαλισμένου
- Αν έγινε αναγραφή φαρμάκων/εξετάσεων
- Η ημερομηνία της επίσκεψης

Στο τέλος της κατάστασης θα αναγράφεται υποχρεωτικά: «Δηλώνω υπεύθυνα ότι η παραπάνω κατάσταση συμπληρώθηκε σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγρ. Γ. άρθρο 7 της ΚΥΑ Φ90380/25916/3294/3/11/2011 (ΦΕΚ 2456/Β/2011) του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών του ΕΟΠΥΥ.

Υπόδειγμα της κατάσταση είναι αναρτημένο στην ιστοσελίδα του Οργανισμού

3. **Τα ατομικά έντυπα** που θα επισυνάπτονται με τη συγκεντρωτική κατάσταση θα φέρουν υποχρεωτικά:

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

Ως προς την παράγραφο 2 για τον αριθμό της ΚΥΑ

- Τα στοιχεία του ασφαλισμένου
 - Τον Α.Μ. του φορέα ασφάλισης και τον ΑΜΚΑ του ασφαλισμένου
 - Την ημερομηνία της επίσκεψης.
 - Την υπογραφή του ασφαλισμένου και του γιατρού
4. Εκτός από τα παραπάνω θα υποβληθούν και τα ακόλουθα δικαιολογητικά:
- Αντίγραφο της σύμβασης που είχε συνάψει ο γιατρός με τον ΟΠΑΔ ή τον ΟΑΕΕ και η οποία ήταν **ενεργή μέχρι της 31.12.11**
 - Η υπεύθυνη δήλωση που υπέβαλε ηλεκτρονικά ο γιατρός για να συμπεριληφθεί στη λίστα των συνεργαζόμενων με τον ΕΟΠΥΥ γιατρών.
 - Υπεύθυνη δήλωση του γιατρού που θα δηλώνει ότι δεν είναι γιατρός (μόνιμος – αορίστου χρόνου) των ενταχθέντων φορέων στον ΕΟΠΥΥ.

Σημειώνεται ότι τα δικαιολογητικά αυτά δεν θα υποβάλλονται κάθε μήνα παρά μόνο με την υποβληθείσα κατάσταση του Ιανουαρίου 2012.

Β. Το ανώτατο όριο επισκέψεων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 6 της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου, η οποία δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 262/Α/16.12.11, **ανέρχεται σε 200 ανά μήνα. Η δε αμοιβή από τις ίδιες διατάξεις προσδιορίζεται σε 10,00€ ανά επίσκεψη.**

Οι ως άνω διατάξεις έχουν εφαρμογή αποκλειστικά και μόνο για τους γιατρούς που είχαν ενεργή σύμβαση με τον ΟΠΑΔ ή ΟΑΕΕ μέχρι 31.12.11.

Ως εκ τούτου:

- μετά τη συμπλήρωση των ανώτατων ορίων **ο γιατρός δεν θα πληρώνεται** για τις τυχόν πέραν των 200 επισκέψεων που υποβάλει για να πληρωθεί.
- Εάν από το αντίγραφο της σύμβασης που θα υποβάλλει ο γιατρός προκύψει ότι **η σύμβασή του δεν ήταν ενεργή** μέχρι της 31.12.11 εξυπακούεται ότι **δεν θα πληρωθεί ο γιατρός.**

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

Ως προς την παράγραφο 2 για τον αριθμό της ΚΥΑ

Εάν διαπιστωθεί από τον έλεγχο ότι γιατροί που δεν είχαν ενεργή σύμβαση έχουν υποβάλει καταστάσεις για να πληρωθούν, παρακαλούμε να ενημερώσετε άμεσα την υπηρεσία μας με τα στοιχεία των γιατρών αυτών.

- **Επισημαίνεται ότι όποιος γιατρός δεν συμπεριλαμβάνεται στη λίστα δεν μπορεί να υποβάλλει κατάσταση επισκέψεων προς πληρωμή.**
- **Στην περίπτωση που γιατροί συμπεριλήφθηκαν στη λίστα και με αίτησή τους εξαιρέθηκαν από τη δίκτυο των συνεργαζόμενων με τον ΕΟΠΥΥ γιατρών, οι γιατροί αυτοί θα αποζημιωθούν μόνο για τις επισκέψεις που πραγματοποιήθηκαν μέχρι και την ημερομηνία αποστολής της αίτησης ανάκλησης στον ΕΟΠΥΥ.**

Οι γιατροί των περιπτώσεων αυτών θα υποβάλλουν εκτός από τα προαναφερθέντα δικαιολογητικά και υπεύθυνη δήλωση στην οποία θα δηλώνεται η ακριβής ημερομηνία υποβολής της αίτησης ανάκλησης.

Τόσο η συγκεντρωτική κατάσταση όσο και τα ατομικά έντυπα είναι υποχρεωτικό να φέρουν τα στοιχεία που αναφέρονται στο παρόν έγγραφο.

Επομένως είναι αυτονόητο ότι εάν τα δικαιολογητικά που υποβάλλονται για πληρωμή από τους γιατρούς είναι ελλιπή δεν θα προβαίνετε στην πληρωμή των συγκεκριμένων επισκέψεων για τις οποίες δεν υπάρχουν στοιχεία.

Τέλος πριν την ενταλματοποίηση της σχετικής δαπάνης, θα πρέπει να ζητηθεί από το γιατρό φορολογική ενημερότητα ισχύος τουλάχιστον για ένα μήνα και για ακαθάριστο ποσό αμοιβής πάνω από 1.500,00 € και απόδειξη παροχής υπηρεσιών.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ**ΙΩΑΝΝΗΣ Ν. ΒΑΦΕΙΑΔΗΣ**

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

Ως προς την παράγραφο 2 για τον αριθμό της ΚΥΑ

**ΟΝΟΜΑ:**.....**ΕΠΩΝΥΜΟ:**.....**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**.....**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ**

.....

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:**ΑΜΚΑ:****ΑΦΜ:****ΔΟΥ:****ΤΗΛΕΦΩΝΟ:****ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ:**

.....

ΑΙΤΗΣΗ**ΠΡΟΣ ΥΠΑΔ**

Σας καταθέτω την Ονομαστική Συγκεντρωτική Κατάσταση και τα ατομικά έντυπα (προσωπικά λευκά συνταγολόγια σύμφωνα με την αίτηση συνεργασίας με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) των ασφαλισμένων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που εξέτασα στο Ιατρείο μου το Μήνα του έτους

Ο/Η Αιτών/ούσα

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

Ως προς την παράγραφο 2 για τον αριθμό της ΚΥΑ