



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΓΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΑΘΗΝΑ, 12/01/2012

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 219

Εθνικός

Οργανισμός

Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Παροχής

Υπηρεσιών

Υγείας

ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΥ

Θέμα: «ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Π.Φ.Υ. ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΣΤΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΕΙΟ»

Παρακαλούμε όπως οι γιατροί του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (μόνιμοι ή αορίστου χρόνου) που παρέχουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. εκτός ωραρίου εργασίας τους στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ στα ιδιωτικά τους ιατρεία, καθώς και οι μη συμβεβλημένοι γιατροί με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (εξαιρουμένων των ιατρών που έχουν κάνει ήδη δήλωση για να συμπεριληφθούν στους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ γιατρούς), και όπως αυτοί περιγράφονται στην Κ.Υ.Α. αρ.Φ90380/25916/4456/29-12-2011 που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 3008/29-12-2011, συμπληρώσουν την επισυναπτόμενη υπεύθυνη δήλωση – αίτηση και την αποστείλουν υπογεγραμμένη και σφραγισμένη με Fax, στα 210-9282199, 210-9282499, 210-9282267, 210-9215940, 213-2168422.

Στην περίπτωση που ένας γιατρός έχει πιστοποιηθεί στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και έχει λάβει κωδικό χρήστη, αποστέλλοντας αυτή την αίτηση, μπορεί να συνταγογραφεί **μόνο ηλεκτρονικά** φαρμακευτικά σκευάσματα ή παρακλινικές εξετάσεις για τους ασφαλισμένους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., κατ' εφαρμογή των διατάξεων της Κ.Υ.Α. Αριθμ. Φ.90380/25916/3294 που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 2456B/3-11-2011, της Κ.Υ.Α. αρ.Φ90380/25916/4456/29-12-2011 που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 3008/29-12-2011, και σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3892/2010 (Α', 189).

Στην περίπτωση που ένας γιατρός δεν έχει πιστοποιηθεί στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και δεν έχει λάβει κωδικό χρήστη, αποστέλλοντας αυτή τη δήλωση - αίτηση, θα ενημερωθεί μέσω απαντητικού email για τη διαδικασία πιστοποίησής του και απόκτησης κωδικού, ώστε να μπορεί να συνταγογραφεί και να παραπέμπει ηλεκτρονικά.

Ο Αντιπρόεδρος ΕΟΠΥΥ

Κυριάκος Σουλιώτης

Συνημμένα: 1. Υπεύθυνη δήλωση



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)							
ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	Ε.Ο.Π.Υ.Υ.						
Ο - Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Ο Ιατρός με στοιχεία Ταυτότητας,

ΦΥΛΟ ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ
 ΑΦΜ ΑΜ. ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ)*
 ΑΜΚΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
 ΕΤΟΣ ΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ
 Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ Αριθμός
 ΠΟΛΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ Ταχ. Κωδ.
 Email
 Σταθ. Τηλ. Κιν. Τηλ.
 Έχω πιστοποιηθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση ΝΑΙ ΟΧΙ

*Αν δεν υπάρχει ΑΜ. ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ) (π.χ. Στρατιωτικοί Ιατροί) να αναγραφεί ο αρ. Υπηρεσιακής Ταυτότητας με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή
- αποδέχομαι να συνταγογραφώ και να εκδίδω παραπεμπτικά σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της Κ.Υ.Α. αρ.Φ90380/25916/4456/29-12-2011, που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 3008/29-12-2011
- αποδέχομαι τους όρους και τις προϋποθέσεις της Ηλεκτρονικής συνταγογράφησης όπως περιγράφονται από τον νόμο ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3892-ΦΕΚ 189/Α 4-11-2010.
- αποδέχομαι την ανάρτηση των προσωπικών μου στοιχείων (ονοματεπώνυμο, δ/ση ιατρείου, τηλέφωνο, ειδικότητα (κ.λπ.) στα ειδικά πληροφοριακά έντυπα και στο site του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των υπόλοιπων ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ - ΕΤΑΜ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ), καθώς και τη χρήση τους από το εκάστοτε σύστημα διαχείρισης Πιστοποιημένων Ιατρών στο Σύστημα Ηλ. Συνταγογράφησης.
- δεν έχω σε ισχύ ποινή διακοπής ή καταγγελίας σύμβασης έστω από έναν από τους εντασσόμενους στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φορείς (4)

Ημερομηνία: 20

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα

**ΔΗΛΩΣΗ ΑΝΑΚΛΗΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΟΥ ΜΕ
ΤΟΝ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΑΞΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ
(ΦΕΚ 262/Α/16.12.2011)

ΘΑ ΑΠΟΣΤΑΛΕΙ ΜΕ ΦΑΞ ΣΤΟ: 210-9282199

ΟΝΟΜΑ:
ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:
Α.Μ. ΤΣΑΥ:
ΑΜΚΑ:
ΑΦΜ:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:
EMAIL:

Παρακαλώ να με διαγράψετε από τη λίστα των συνεργαζόμενων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιατρών και να με μεταφέρετε στη λίστα των μη συμβεβλημένων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιατρών, που μπορούν να συνταγογραφούν στους ασφαλισμένους φαρμακευτικά σκευάσματα και παρακλινικές εξετάσεις, σύμφωνα με την ΚΥΑ Φ90380/οικ. 32290/4456, ΦΕΚ Β 3008.
Για το σκοπό αυτό έχω υποβάλει την αίτηση υπαγωγής στη σχετική λίστα των μη συμβεβλημένων ιατρών με φαξ στις:

ΕΔΕΣΣΑ

Ο ΙΑΤΡΟΣ