



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικός
Οργανισμός
Ε.Ο.Π.Υ.Υ Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΥ Β'
ΤΑΧ. Δ/ΣΗ: ΚΗΦΙΣΙΑΣ 39
ΤΑΧ. ΚΩΔ. 151 23 ΜΑΡΟΥΣΙ

ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΕΠΕΙΓΟΝ

ΑΘΗΝΑ, 10-04-2012

Αρ. Πρωτ.: 16362

ΠΡΟΣ

1. Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας ΕΟΠΥΥ:
 - Νομαρχιακές & Τοπικές Μονάδες Υγείας
 - Υποκ/τα ΙΚΑ- ΕΤΑΜ(για τις υπηρεσίες υγείας που δεν λειτουργούν με αυτοτέλεια)
2. ΥΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ
3. ΟΓΑ
4. ΟΑΕΕ
5. Όλους τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ γιατρούς

Κοινοποίηση :

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

ΘΕΜΑ: «Οδηγίες σχετικά με: (α) την πιστοποίηση και συνταγογράφηση θεραπόντων ιατρών συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρικών εταιρειών και ιδιωτικών πολυϊατρείων βάσει του Π.Δ. 84/2001 και (β) υπογραφή και σφραγίδα συνταγών και παραπεμπτικών»

Α. Πιστοποίηση και συνταγογράφηση θεραπόντων ιατρών συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρικών εταιρειών και ιδιωτικών πολυϊατρείων βάσει του Π.Δ. 84/2001

Οι Ιατρικές εταιρείες ή Ιδιωτικά πολυϊατρεία παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που είχαν σύμβαση με κάποιον από τους εντασσόμενους στον ΕΟΠΥΥ φορείς, ή/και έχουν υπογράψει σύμβαση για διενέργεια ιατρικών επισκέψεων και εκτέλεση ιατρικών πράξεων με τον ΕΟΠΥΥ και έχουν αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ ως συμβεβλημένοι φορείς, θα μπορούν να συνταγογραφούν και να παραπέμπουν για ιατρικές πράξεις ηλεκτρονικά. Για να πιστοποιηθούν ηλεκτρονικά, θα πρέπει να ακολουθήσουν τα ακόλουθα βήματα:

- **Ιατρική εταιρεία**

Στην περίπτωση συμβεβλημένης με τον ΕΟΠΥΥ ιατρικής εταιρείας, δικαίωμα συνταγογράφησης έχουν μέχρι τρεις (3) ιατροί (1 επιστημονικά υπεύθυνος και 2 συνεργάτες θεράποντες ιατροί) ανά ιατρική εταιρεία, όπως ορίζεται στη σχετική

σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ και όπως αυτοί [τρεις (3) ιατροί ανά ιατρική εταιρεία] έχουν δηλωθεί στο Παράρτημα Β της σύμβασης.

Μία ιατρική εταιρεία για να πιστοποιηθεί και να παραλάβει κωδικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ή ηλεκτρονικής καταγραφής παρακλινικών εξετάσεων, θα πρέπει αρχικά να αποστείλει στα fax 210 9282199 ή 210 9282499 την επισυναπτόμενη **αίτηση που αφορά:**

- ✓ *την κατάργηση του κωδικού (στην περίπτωση που έχει παλαιότερα αποκτήσει κωδικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ή ηλεκτρονικής καταγραφής παρακλινικών εξετάσεων δηλώνοντας το ΑΦΜ της ιατρικής εταιρείας) και*
- ✓ *τη δημιουργία κωδικού για κάθε ιατρό που δεν είναι πιστοποιημένος*

Στη συνέχεια θα σας αποσταλεί ηλεκτρονικό μήνυμα στο email που έχετε δηλώσει στην αίτησή σας για να πραγματοποιήσετε την πιστοποίησή σας ώστε να αποκτήσετε κωδικό για να παραπέμπετε (www.e-diagnosis.gr) και να συνταγογραφείτε (www.e-syntagografisi.gr) ηλεκτρονικά.

• **Ιδιωτικό Πολυϊατρείο**

Στην περίπτωση του συμβεβλημένου με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικού πολυϊατρείου δικαίωμα συνταγογράφησης έχουν μέχρι 3 ιατροί του ανά τμήμα (1 επιστημονικά υπεύθυνος και 2 συνεργάτες θεράποντες ιατροί) που έχουν δηλωθεί στη λίστα, όπως ορίζεται στη σχετική σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ και όπως αυτοί [τρεις (3) ιατροί ανά τμήμα (1 επιστημονικά υπεύθυνος και 2 συνεργάτες θεράποντες ιατροί)] έχουν δηλωθεί στο Παράρτημα Β της σύμβασης.

Ένα ιδιωτικό πολυϊατρείο για να πιστοποιηθεί και να παραλάβει κωδικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ή ηλεκτρονικής καταγραφής παρακλινικών εξετάσεων, θα πρέπει αρχικά να αποστείλει στα fax 210 9282199 ή 210 9282499 την επισυναπτόμενη **αίτηση που αφορά:**

- ✓ *την κατάργηση του κωδικού (στην περίπτωση που έχει παλαιότερα αποκτήσει κωδικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ή ηλεκτρονικής καταγραφής παρακλινικών εξετάσεων δηλώνοντας το ΑΦΜ του πολυϊατρείου) και*
- ✓ *τη δημιουργία κωδικού για κάθε ιατρό που δεν είναι πιστοποιημένος*

Στη συνέχεια θα σας αποσταλεί ηλεκτρονικό μήνυμα στο email που έχετε δηλώσει στην αίτησή σας για να πραγματοποιήσετε την πιστοποίησή σας ώστε να αποκτήσετε κωδικό για να παραπέμπετε (www.e-diagnosis.gr) και να συνταγογραφείτε (www.e-syntagografisi.gr) ηλεκτρονικά.

Β. Υπογραφή και σφραγίδα συνταγών και παραπεμπτικών

- Στα έντυπα των επισκέψεων των ασφαλισμένων υπογράφει και σφραγίζει ο θεράπων ιατρός. Στις περιπτώσεις που δεν έχει δηλωθεί στη σύμβαση άλλος

θεράπων ιατρός εκτός από τον επιστημονικά υπεύθυνο, υπογράφει και σφραγίζει ο επιστημονικά υπεύθυνος.

- Στα έντυπα παραπομπής για παρακλινικές εξετάσεις ή συνταγογράφησης φαρμάκου υπογράφει και σφραγίζει ο θεράπων ιατρός. Στις περιπτώσεις που δεν έχει δηλωθεί στη σύμβαση άλλος θεράπων ιατρός εκτός από τον επιστημονικά υπεύθυνο, υπογράφει και σφραγίζει ο επιστημονικά υπεύθυνος
- Στα έντυπα εκτέλεσης ιατρικών πράξεων ή παρακλινικών εξετάσεων τίθεται η σφραγίδα του εκτελέσαντα ή θεράποντος ιατρού και του επιστημονικά υπεύθυνου. Στις περιπτώσεις που δεν έχει δηλωθεί στη σύμβαση άλλος θεράπων ιατρός εκτός από τον επιστημονικά υπεύθυνο, υπογράφει και σφραγίζει μόνο ο επιστημονικά υπεύθυνος.
- Στις συγκεντρωτικές καταστάσεις υποβολής τίθεται η σφραγίδα του επιστημονικά υπεύθυνου, του επιστημονικού διευθυντή καθώς και του νομίμου εκπροσώπου του πολυϊατρείου ή της ιατρικής εταιρείας.

Ο επιστημονικός διευθυντής, ο επιστημονικά υπεύθυνος και ο θεράπων ιατρός που απασχολούνται σε Ιδιωτικά Πολυϊατρεία ή Ιατρικές εταιρείες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ, θα πρέπει να χρησιμοποιούν τον ακόλουθο τύπο σφραγίδας:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΑΜΚΑ, ΑΜ ΤΣΑΥ

**ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ / ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ
/ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ**

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ / ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ

Ακολουθεί σχετικό υπόδειγμα:

ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ

ΑΜΚΑ: 1234567890, ΑΜ ΤΣΑΥ: 12345

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

«ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.»

ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ

Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΙΑΤΡΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογράφων με στοιχεία:

ΦΥΛΟ ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

ΑΦΜ ΑΜΚΑ.....

Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΔΡΑΣ.....

ΑΡΙΘΜΟΣ..... Τ.Κ..... ΠΟΛΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ.....

ΣΤΑΘ.ΤΗΛ..... ΚΙΝ. ΤΗΛ.....

EMAIL:.....

ως νόμιμος εκπρόσωπος της ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

με την ΕΠΩΝΥΜΙΑ,

ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟ ΤΙΤΛΟ.....,

ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:..... Δ/ΝΣΗ:.....,

ΑΡΙΘΜΟΣ..... Τ.Κ..... ΠΟΛΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ.....

ΣΤΑΘ.ΤΗΛ.....

δηλώνω ότι:

- Επιθυμώ την κατάργηση του κωδικού που έχω λάβει στο ΑΦΜ της ιατρικής εταιρείας
- Οι ιατροί της ιατρικής εταιρείας, όπως αυτοί έχουν δηλωθεί στο Παράρτημα Β της σύμβασης που έχω υπογράψει με τον ΕΟΠΥΥ, είναι οι ακόλουθοι

	Επιστημονικά υπεύθυνος	Συνεργάτης θεράπων ιατρός 1	Συνεργάτης θεράπων ιατρός 2
ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΟΝΟΜΑ			
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ			
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ			
ΑΦΜ			
ΑΜΚΑ			
Α.Μ. ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ)			
ΕΤΟΣ ΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ			
ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ (ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚ./ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)			
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ (ΝΑΙ / ΟΧΙ)			

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΙΑΤΡΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ

Ο κάτωθι υπογράφων με στοιχεία:

ΦΥΛΟ ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

ΑΦΜ ΑΜΚΑ

Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΔΡΑΣ.....

ΑΡΙΘΜΟΣ..... Τ.Κ..... ΠΟΛΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ.....

ΣΤΑΘ.ΤΗΛ..... ΚΙΝ. ΤΗΛ.....

EMAIL:.....

ως νόμιμος εκπρόσωπος του ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ

με την ΕΠΩΝΥΜΙΑ,

ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟ ΤΙΤΛΟ.....,

ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:..... Δ/ΝΣΗ:.....,

ΑΡΙΘΜΟΣ..... Τ.Κ..... ΠΟΛΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ.....

ΣΤΑΘ.ΤΗΛ.....

δηλώνω ότι:

- Επιθυμώ την κατάργηση του κωδικού που έχω λάβει στο ΑΦΜ του πολυιατρείου
- Οι ιατροί του πολυιατρείου, όπως αυτοί έχουν δηλωθεί στο Παράρτημα Β της σύμβασης που έχω υπογράψει με τον ΕΟΠΥΥ, είναι οι ακόλουθοι

	ΟΝΟΜΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ		
	Επιστημονικά υπεύθυνος	Συνεργάτης θεράπων ιατρός 1	Συνεργάτης θεράπων ιατρός 2
ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΟΝΟΜΑ			
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ			
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ			
ΑΦΜ			
ΑΜΚΑ			
Α.Μ. ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ)			
ΕΤΟΣ ΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ			
ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ (ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚ./ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)			
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ (ΝΑΙ / ΟΧΙ)			

	ΟΝΟΜΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ		
	Επιστημονικά υπεύθυνος	Συνεργάτης θεράπων ιατρός 1	Συνεργάτης θεράπων ιατρός 2
ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΟΝΟΜΑ			
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ			
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ			
ΑΦΜ			
ΑΜΚΑ			
Α.Μ. ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ)			
ΕΤΟΣ ΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ			
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ (ΝΑΙ / ΟΧΙ)			

	ΟΝΟΜΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ		
	Επιστημονικά υπεύθυνος	Συνεργάτης θεράπων ιατρός 1	Συνεργάτης θεράπων ιατρός 2
ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΟΝΟΜΑ			
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ			
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ			
ΑΦΜ			
ΑΜΚΑ			
Α.Μ. ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ)			
ΕΤΟΣ ΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ			
ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ (ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚ./ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)			
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ (ΝΑΙ / ΟΧΙ)			

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

	ΟΝΟΜΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ		
	Επιστημονικά υπεύθυνος	Συνεργάτης θεραπόντων ιατρός 1	Συνεργάτης θεραπόντων ιατρός 2
ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΟΝΟΜΑ			
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ			
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ			
ΑΦΜ			
ΑΜΚΑ			
Α.Μ. ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ)			
ΕΤΟΣ ΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ			
ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ (ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚ./ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)			
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ (ΝΑΙ / ΟΧΙ)			

	ΟΝΟΜΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ		
	Επιστημονικά υπεύθυνος	Συνεργάτης θεραπόντων ιατρός 1	Συνεργάτης θεραπόντων ιατρός 2
ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΟΝΟΜΑ			
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ			
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ			
ΑΦΜ			
ΑΜΚΑ			
Α.Μ. ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ)			
ΕΤΟΣ ΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ			
ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ (ΑΡ. ΠΡΩΤΟΚ./ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)			
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ (ΝΑΙ / ΟΧΙ)			

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.
(Υπογραφή)