



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΓΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

**Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Εθνικός

Οργανισμός

Παροχής

Υπηρεσιών

Υγείας

**ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΥ**

**ΑΘΗΝΑ, 11/12/2012**

**ΑΡ. ΠΡΩΤ.: ΟΙΚ 145**

**ΠΡΟΣ: ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ**

**ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ**

Ιουστινιανού 28

Θεσσαλονίκη

Τ.Κ. 54631

ΤΗΛ. 2310 267026

FAX. 2310 287085

**Θέμα:** «Έντυπο αναγγελίας εισαγωγής – εισιτηρίου νοσηλείας δικαιούχου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.»

Το έντυπο που ακολουθεί, συμπληρώνεται από συμβεβλημένες με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιωτικές κλινικές και λειτουργεί ως αναγγελία εισαγωγής – εισιτήριο νοσηλείας δικαιούχου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Το έντυπο θα συμπληρωθεί ηλεκτρονικά από τη συμβεβλημένη με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιωτική κλινική και θα αποσταλεί στην ηλεκτρονική διεύθυνση [admission\\_clinic@eopyy.gov.gr](mailto:admission_clinic@eopyy.gov.gr). Στη συνέχεια, πρέπει να εκτυπωθεί, να υπογραφεί και σφραγιστεί, και να αποσταλεί στο fax της οικείας ΥΠΑΔ (βλέπε <http://www.opad.gr/Sector> για τους αριθμούς των fax), επισυνάπτοντας παράλληλα φωτοτυπία του βιβλιαρίου ασθενείας, από την οποία προκύπτουν τα στοιχεία του ασφαλισμένου και η ασφαλιστική του ικανότητα.

Με νεότερο έγγραφό μας θα υπάρξει ενημέρωση σχετικά με τη διαδικασία ελέγχου και υποβολής των λογαριασμών, το εξιτήριο κ.ά.

**Ο Αντιπρόεδρος ΕΟΠΥΥ**

**Κυριάκος Σουλιώτης**

**Κοινοποίηση:** 1. Γραφείο Προέδρου κ. Βουδούρη  
2. Διοίκηση ΙΚΑ-ΕΤΑΜ  
3. Διοίκηση ΟΠΑΔ – ΤΥΔΚΥ  
4. Διοίκηση ΟΓΑ  
5. Διοίκηση ΟΑΕΕ

**Συνημμένα:** 1. Έντυπο αναγγελίας εισαγωγής – εισιτηρίου νοσηλείας



## ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### ΑΝΑΓΓΕΛΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ - ΕΙΣΙΤΗΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΣΕ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	
Επωνυμία	ΑΦΜ
Δ/ση κλινικής	Περιοχή
Νομός	Τηλέφωνο

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	
Όνομα Ασφαλισμένου	Επώνυμο Ασφαλισμένου
ΑΜΚΑ Ασφαλισμένου	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
Τηλέφωνο Επικοινωνίας Ασφαλισμένου	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	
Ημερομηνία εισαγωγής	Ωρα εισαγωγής
Τμήμα Νοσηλείας	Αρ. Θαλάμου

Διάγνωση ICD-10
-----------------

Δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω σύμβαση σε ισχύ με τον ΕΟΠΥΥ και νοσηλεύω τον ως άνω ασφαλισμένο, που έχει ασφαλιστική κάλυψη, σύμφωνα με τους όρους της μεταξύ μας σύμβασης. Αποδέχομαι την παραπάνω δήλωση

Όνοματεπώνυμο Προϊστάμενου Γραφείου Κίνησης ή άλλου εντεταλμένου υπαλλήλου κλινικής

Υπογραφή και Σφραγίδα Προϊστάμενου