



**ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ**

**ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ**

**ΟΔΗΓΟΣ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ**

**(ΝΟΣΗΛΙΩΝ, ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ, ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΩΝ κ.α.)**

**ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΕΝΙΑΙΟΣ ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ**

**ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

- **ΡΗΓΑΤΟΣ ΦΑΝΗΣ**
- **ΒΑΣΣΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ**
- **ΦΑΤΣΗ ΕΛΕΝΗ**
- **ΚΑΒΟΥΤΣΙΩΤΟΥ ΜΑΡΙΑ**
- **ΚΕΖΕΜΠΟΓΛΟΥ ΘΕΟΔΩΡΟΣ**

**ΝΟΜΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ: ΚΟΥΤΣΟΛΑΜΠΡΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝ/ΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ – ΠΑΡΟΧΩΝ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ

**ΟΔΗΓΟΣ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ**

**(ΝΟΣΗΛΙΩΝ, ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ, ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΩΝ κ.α.)**

**ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΕΝΙΑΙΟΣ ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ**

**ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ**

1. Όλοι οι πάροχοι υγείας, οι ελεγκτές ιατροί και οι ασφαλισμένοι τους οποίους εξυπηρετούν, πρέπει να διαθέτουν ΑΜΚΑ.
2. Όλες οι εντολές και τα δικαιολογητικά που θα υποβάλλονται στο Ε.Τ.Α.Α. από τους παρόχους υγείας θα είναι εσώκλειστα σε φάκελο Α4. Στο εξωτερικό των φακέλων θα επισυνάπτουν τη σχετική αίτηση που αρμόζει κατά περίπτωση, συμπληρωμένη. Σχέδια των αναφερόμενων αιτήσεων επισυνάπτονται στον παρόντα οδηγό.
3. Εντός των φακέλων θα πρέπει να περιλαμβάνονται:
  - Α. οι σχετικές αναλυτικές καταστάσεις με τα αιτούμενα ποσά,
  - Β. μία συγκεντρωτική κατάσταση (η οποία θα συνοψίζει τα δεδομένα των αναλυτικών καταστάσεων)
  - Γ. τα απαραίτητα, κατά περίπτωση, δικαιολογητικά και έντυπα (π.χ. εντολή παρακλινικής εξέτασης, δελτίο παροχής υπηρεσιών κ.λ.π.) με τα οποία θα τεκμηριώνεται η απαίτηση του παρόχου υγείας.
4. Ημερομηνία **έναρξης εφαρμογής** των προβλεπόμενων από τον οδηγό διαδικασιών είναι η **1<sup>η</sup> Νοεμβρίου 2011.**
5. **Η κατάθεση των δικαιολογητικών (για τις Παρακλινικές Εξετάσεις-Επισκέψεις κτλ) θα γίνεται στον κάθε Τομέα χωριστά.**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΞΟΔΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όταν υπάρχει εισαγωγή ασθενών σε ένα πάροχο υγείας για νοσηλεία (π.χ. κλινική, Μ.Χ.Α. κ.τ.λ.) θα πρέπει **ο εν λόγω πάροχος να στέλνει στο Ε.Τ.Α.Α. αυθημερόν, τόσο κατά την είσοδο όσο και κατά την έξοδο του ασθενούς** την ηλεκτρονική φόρμα «Στοιχεία εισαγωγών και εξόδων ασθενών σε παρόχους υγείας», που είναι αναρτημένη στην επίσημη ιστοσελίδα του Ε.Τ.Α.Α. ([www.etaa.gr](http://www.etaa.gr)), **με συμπληρωμένα όλα τα απαιτούμενα πεδία:**

- επωνυμία παρόχου υγείας,
- ονοματεπώνυμο ασθενούς,
- ΑΜΚΑ ασθενούς,
- ημερομηνία εισαγωγής ασθενούς,
- ημερομηνία εξαγωγής ασθενούς,
- τομέας Ε.Τ.Α.Α. στον οποίο απευθύνεται
- πιθανές ημέρες νοσηλείας
- παράταση (συμπληρώνεται με την ημερομηνία την οποία ζητήθηκε παράταση νοσηλείας και τον αριθμό των πιθανών ημερών παράτασης)

Τα στοιχεία πρέπει να αποστέλλονται στην εξής ηλεκτρονική διεύθυνση: [perithalpsi@etaa.gr](mailto:perithalpsi@etaa.gr)

Στη συνέχεια παρατίθεται ένα ενδεικτικό παράδειγμα:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΚΑΙ ΕΞΟΔΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ Ε.Τ.Α.Α.							
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΠΑΡΟΧΟΥ ΥΓΕΙΑΣ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΜΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΤΟΜΕΑΣ Ε.Τ.Α.Α.	ΠΙΘΑΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΠΑΡΑΤΑΣΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ Χ	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ	12345678912	03/10/2011	08/10/2011	ΤΣΜΕΔΕ	5	08/10/2011, 2 ημέρες

**Προσοχή:** Τα στοιχεία των τομέων πρέπει απαραίτητα να γράφονται με κεφαλαία γράμματα, χωρίς τελείες, ως εξής: ΤΣΜΕΔΕ, ΤΣΑΥ, ΤΑΣ, ΤΥΔΕ, ΤΥΔΑ, ΤΥΔΠ, ΤΥΔΘ, ΤΑΝ (αφορά μόνο υπαλλήλους του ΤΑΝ και συνταξιούχους υπαλλήλους του ΤΑΝ), ΤΣΑΥ Θ, ΤΣΜΕΔΕ Θ (αφορούν τα γραφεία του ΤΣΑΥ και του ΤΣΜΕΔΕ στη Θεσσαλονίκη).

Το θέμα (subject) του e-mail που στέλνει ο πάροχος υγείας στο Ε.Τ.Α.Α. **ΘΑ ΞΕΚΙΝΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΩΣ ΜΕ ΤΗΝ ΛΕΞΗ NOSHS2O** (τα σύμβολα Ο είναι το γράμμα όμικρον στα αγγλικά και όχι το μηδέν).

Οι τομείς του Ε.Τ.Α.Α., αναλυτικά, είναι οι εξής:

Τομείς Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (για συντομία ΤΣΜΕΔΕ)

Τομείς Υγειονομικών (για συντομία ΤΣΑΥ)

Τομείς Συμβολαιογράφων (για συντομία ΤΑΣ)

Τομείς Δικηγόρων Επαρχιών και Δικαστικών Επιμελητών (για συντομία ΤΥΔΕ)

Τομείς Δικηγόρων Αθηνών (για συντομία ΤΥΔΑ)

Τομείς Δικηγόρων Πειραιά (για συντομία ΤΥΔΠ)

Τομείς Δικηγόρων Θεσσαλονίκης (για συντομία ΤΥΔΘ)

Τομείς Νομικών (για συντομία ΤΑΝ)

## ΑΝΑΛΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Κάθε πάροχος υγείας θα πρέπει να υποβάλλει σε τακτά χρονικά διαστήματα στον αντίστοιχο Τομέα του Ε.Τ.Α.Α. τα απαραίτητα δικαιολογητικά για την πληρωμή των αιτούμενων ποσών από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους ασφαλισμένους μας. **Οι υποβαλλόμενοι φάκελοι δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να περιλαμβάνουν δικαιολογητικά που να καλύπτουν χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τριών (3) μηνών, για τη συντομότερη δυνατή εξόφλησή τους.**

Ο υποβαλλόμενος φάκελος θα πρέπει να είναι τύπου Α4 και στη μία όψη του θα πρέπει να επισυνάπτεται η σχετική αίτηση, συμπληρωμένη με τα απαιτούμενα στοιχεία. Τα πρότυπα αιτήσεων των παρόχων υγείας παρατίθενται στη συνέχεια.

Εντός του φακέλου θα πρέπει να περιλαμβάνονται όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά, όπως εντολές υγειονομικής περίθαλψης, δελτίο παροχής, υπηρεσιών. Επίσης, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται εκτυπωμένες εις τριπλούν αναλυτικές καταστάσεις, οι οποίες θα περιλαμβάνουν τα δεδομένα των οικονομικών απαιτήσεων των παρόχων υγείας, καθώς και συγκεντρωτική κατάσταση η οποία θα περιλαμβάνει συνοπτικά το σύνολο των οικονομικών απαιτήσεων ανά μήνα, με μέγιστο όριο τους τρεις μήνες. Τα πρότυπα των αναλυτικών καταστάσεων και της συγκεντρωτικής κατάστασης παρατίθεται στη συνέχεια.

**Κατά τη συμπλήρωση τόσο των αιτήσεων, όσο και των αναλυτικών καταστάσεων, οι πάροχοι υγείας θα πρέπει να προσέξουν τα εξής:**

1. Εφόσον ο πάροχος υγείας είναι νομικό πρόσωπο, θα πρέπει στο κείμενο της αίτησης να αναγράφεται α) ο Α.Μ. Εργοδότη του ΤΣΑΥ και β) ο ΑΜΚΑ και ο Α.Μ. ΤΣΑΥ του επιστημονικά υπεύθυνου. Σε περίπτωση που ο πάροχος υγείας είναι φυσικό πρόσωπο, ο ΑΜΚΑ και ο Α.Μ. ΤΣΑΥ θα είναι του ιδίου. Τα σχετικά πεδία, όπου υπάρχουν στις αναλυτικές και συγκεντρωτικές καταστάσεις, θα πρέπει να συμπληρώνονται αναλόγως.
2. Ο ΑΦΜ, εφόσον ο πάροχος υγείας είναι νομικό πρόσωπο, θα πρέπει στο κείμενο της αίτησης να αναγράφεται ο ΑΦΜ του νομικού προσώπου και όχι του νομίμου εκπροσώπου ή του επιστημονικά υπεύθυνου του παρόχου. Σε περίπτωση που ο πάροχος υγείας είναι φυσικό πρόσωπο, θα πρέπει να αναγράφεται ο ΑΦΜ του φυσικού προσώπου. Τα σχετικά πεδία, όπου υπάρχουν στις αναλυτικές και συγκεντρωτικές καταστάσεις, θα πρέπει να συμπληρώνονται αναλόγως.
3. Θα πρέπει απαραιτήτως να αναγράφεται στο σχετικό πεδίο ο Τομέας του Ε.Τ.Α.Α. προς τον οποίο απευθύνεται ο πάροχος υγείας.
4. Οι πάροχοι υγείας που είναι εγγεγραμμένοι στο ΤΣΑΥ θα πρέπει να προσκομίζουν και ασφαλιστική ενημερότητα του ΤΣΑΥ τελευταίου τριμήνου. Επίσης, κάθε πάροχος υγείας θα πρέπει να προσκομίζει φορολογική ενημερότητα τελευταίου τετραμήνου.

5. Στο τέλος κάθε αναλυτικής κατάστασης απαιτείται ονοματεπώνυμο, υπογραφή και σφραγίδα του παρόχου υγείας, εφόσον είναι φυσικό πρόσωπο (π.χ. ιατρός, λογοθεραπευτής κ.τ.λ.) ή του νομίμου εκπροσώπου, εφόσον είναι νομικό πρόσωπο.

6. Τα σχετικά πρότυπα των αιτήσεων και των αναλυτικών καταστάσεων έχουν αναρτηθεί στην επίσημη ιστοσελίδα του Ε.Τ.Α.Α. ([www.etaa.gr](http://www.etaa.gr)). **Οι αναλυτικές καταστάσεις που θα αποστέλλουν οι πάρογοι υγείας θα πρέπει να συμπληρώνονται υποχρεωτικά μέσω των συγκεκριμένων προτύπων, καθώς σε διαφορετική περίπτωση τα δεδομένα δεν θα γίνονται αποδεκτά από το σύστημα.**



- η αξία των ιατρικών πράξεων, ο αριθμός των εντολών και ο αριθμός και η ημερομηνία του Δ.Π.Υ.
- το συνολικό αιτούμενο ποσό

Ανάλογα στοιχεία περιλαμβάνουν και οι αιτήσεις που αφορούν τους υπόλοιπους παρόχους υγείας.

**Τα πρότυπα για όλες τις περιπτώσεις αιτήσεων είναι αναρτημένα στην επίσημη ιστοσελίδα του Ε.Τ.Α.Α..**

### Στοιχεία Αναλυτικών Καταστάσεων

- Αναλυτική Κατάσταση Ιατρικών Επισκέψεων

#### ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ  
(Ε.Τ.Α.Α)

ΤΟΜΕΑΣ:.....

ΜΗΝΟΣ:.....

ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:.....

ΔΜ ΤΣΑΥ:.....

ΔΜΚΑ:.....

ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:.....

Α/Α	ΗΜ/ΝΙΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΔΜΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΡ. ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ	ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	ΑΙΤ. ΠΟΣΟ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>						

Ο ΙΑΤΡΟΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ



Σημ.: Στο πεδίο ημερομηνία θα πρέπει να αναγράφεται η ημερομηνία της επίσκεψης στον ιατρό.

Στα διπλανά πεδία θα πρέπει να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο και ο ΑΜΚΑ του ασθενούς.

Στο πεδίο αριθμός επίσκεψης θα αναγράφεται ο αριθμός 1 αν πρόκειται για την πρώτη επίσκεψη, ο αριθμός 2 αν πρόκειται για τη δεύτερη επίσκεψη κ.τ.λ..

Στο πεδίο σύσταση εξετάσεων θα αναγράφεται η λέξη ΝΑΙ ή ΟΧΙ, αναλόγως με το αν ο ιατρός έχει προχωρήσει ή όχι στη σύσταση εξετάσεων.

Τέλος, στο σχετικό πεδίο θα πρέπει να αναγράφεται το αιτούμενο ποσό.

- Αναλυτική Κατάσταση Ιατρικών Πράξεων (Παραπεμπτικά)

#### ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ (ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΑ)

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ  
(Ε.Τ.Α.Α)

ΤΟΜΕΑΣ:.....

ΜΗΝΟΣ:.....

ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:.....

ΑΜ ΤΣΑΥ:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:.....

Α/Α	ΗΜ/ΝΙΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΑΜΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΜΚΑ ΕΛΕΓΚΤΗ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤ. ΠΟΣΟ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>					

Ο ΙΑΤΡΟΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ



Σημ.: Στο πεδίο ημερομηνία θα πρέπει να αναγράφεται η ημερομηνία της εκτέλεσης της εξέτασης.

Στα διπλανά πεδία θα πρέπει να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο και ο ΑΜΚΑ του ασθενούς.

Στα σχετικά πεδία θα πρέπει να αναγράφεται ο ΑΜΚΑ του ελεγκτή ιατρού και το αιτούμενο ποσό.

- Αναλυτική Κατάσταση Παρακλινικών Εξετάσεων για Μικροβιολόγους

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΥΣ**

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ  
(Ε.Τ.Α.Α)

ΤΟΜΕΑΣ:.....

ΜΗΝΟΣ:.....

ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:.....

ΑΜ ΤΣΑΥ:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:.....

Α/Α	ΗΜ/ΝΙΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΜΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΑΜΚΑ ΣΥΣΤΗΘΕΑΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤ. ΠΟΣΟ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>						

Ο ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΟΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Σημ: Στο πεδίο ημερομηνία θα πρέπει να αναγράφεται η ημερομηνία της εκτέλεσης της εξέτασης.

Στα διπλανά πεδία θα πρέπει να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο και ο ΑΜΚΑ του ασθενούς.

Στο πεδίο σύνολο πράξεων θα πρέπει να αναγράφεται ο συνολικός αριθμός πράξεων που εκτελέστηκαν στον ασθενή (π.χ. εξετάσεις T3, T4, TSH: σύνολο πράξεων 3).

Επίσης, στα σχετικά πεδία θα αναγράφεται ο ΑΜΚΑ του συστήσαντος ιατρού και το αιτούμενο ποσό.

- Αναλυτική Κατάσταση Φυσιοθεραπευτικών Πράξεων

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ**

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ

(Ε.Τ.Α.Α)

ΤΟΜΕΑΣ:.....

ΜΗΝΟΣ:.....

ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ / ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ  
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ:

ΕΠΩΝΥΜΙΑ:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:.....

Α/Α	ΗΜ/ΝΙΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΜΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΜΚΑ ΣΥΣΤΗΣΑΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΑΙΤ. ΠΟΣΟ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
					<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>	

Ο ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Σημ: Στο πεδίο ημερομηνία θα πρέπει να αναγράφεται η ημερομηνία της εκτέλεσης της πράξης.

Στα διπλανά πεδία θα πρέπει να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο και ο ΑΜΚΑ του ασθενούς.

Στο πεδίο σύνολο πράξεων θα πρέπει να αναγράφεται ο συνολικός αριθμός πράξεων που εκτελέστηκαν στον ασθενή σε συγκεκριμένη συνεδρία (αναφέρεται σε περιπτώσεις που εκτελούνται περισσότερα του ενός είδη φυσιοθεραπευτικών πράξεων σε μια συνεδρία).

Επίσης, στα σχετικά πεδία θα αναγράφεται ο ΑΜΚΑ του συστήσαντος ιατρού και το αιτούμενο ποσό.

- Αναλυτική Κατάσταση Παρακλινικών Εξετάσεων για Διαγνωστικά Κέντρα

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ**

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ  
(Ε.Τ.Α.Α)

ΤΟΜΕΑΣ:.....

ΜΗΝΟΣ:.....

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:.....

ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:.....

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:.....

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:.....

ΕΠΩΝΥΜΙΑ:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:.....

Α/Α	ΗΜ/ΝΙΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΜΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΑΜΚΑ ΣΥΣΤΗΞΑΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤ. ΠΟΣΟ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>						

Ο ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Σημ: Στο πεδίο ημερομηνία θα πρέπει να αναγράφεται η ημερομηνία της εκτέλεσης της εξέτασης.

Στα διπλανά πεδία θα πρέπει να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο και ο ΑΜΚΑ του ασθενούς.

Στο πεδίο σύνολο πράξεων θα πρέπει να αναγράφεται ο συνολικός αριθμός πράξεων που εκτελέστηκαν στον ασθενή (π.χ. εξετάσεις T3, T4, TSH: σύνολο πράξεων 3).

Επίσης, στα σχετικά πεδία θα αναγράφεται ο ΑΜΚΑ του συστήσαντος ιατρού και το αιτούμενο ποσό.

- Αναλυτικές Καταστάσεις για: Κλινικές, Δημόσια Νοσοκομεία, Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, Μονάδες Εξωσωματικής Λιθοτριψίας, Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Ημερήσιας ή/και Κλειστής Νοσηλείας, Μονάδες Ακτινοθεραπείας Cyber Knife και Νεογνικές Μονάδες

Ενδεικτικά, για τις Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης το πρότυπο είναι το εξής:

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΜΟΝΑΔΕΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ**

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ  
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ  
(Ε.Τ.Α.Α)

ΤΟΜΕΑΣ:.....

ΜΗΝΟΣ:.....  
ΕΠΩΝΥΜΙΑ:.....  
ΑΜΚΑ:.....  
ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:.....

Α/Α	ΗΜ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ	ΗΜ/ΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΜΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΡ. ΕΙΣΙΤΗΡΙΟΥ	ΑΜΚΑ ΣΥΣΤΗΣΑΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤ. ΠΟΣΟ
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>							

Ο ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ



Σημ: Στα πρώτα πεδία θα πρέπει να αναγράφονται η ημερομηνία εισόδου και εξόδου του ασθενούς.

Στα διπλανά πεδία θα πρέπει να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο και ο ΑΜΚΑ του ασθενούς.

Επίσης, θα πρέπει να αναγράφεται ο αριθμός εισιτηρίου του ασθενούς.

Τέλος, στα σχετικά πεδία θα αναγράφεται ο ΑΜΚΑ του συστήσαντος ιατρού και το αιτούμενο ποσό.

- Αναλυτική Κατάσταση για Καρδιοχειρουργικές Επεμβάσεις (αφορά περιπτώσεις κλινικών που έχουν υπογράψει σύμβαση για καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις)

#### ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ

(Ε.Τ.Α.Α)

ΜΗΝΟΣ:.....

ΕΠΩΝΥΜΙΑ:.....

ΤΟΜΕΑΣ:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:.....

Α/Α	ΗΜ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ	ΗΜ/ΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΜΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΕΣ (ΑΞΙΑ)	ΑΜΚΑ ΣΥΣΤΗΣΑΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤ. ΠΟΣΟ
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>							

Ο ΝΟΜΙΜΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Σημ: Στα πρώτα πεδία θα πρέπει να αναγράφονται η ημερομηνία εισόδου και εξόδου του ασθενούς.

Στα διπλανά πεδία θα πρέπει να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο και ο ΑΜΚΑ του ασθενούς.  
 Επίσης, θα πρέπει να αναγράφεται η αξία τυχόν βηματοδότη που έχει τοποθετηθεί στον ασθενή.  
 Τέλος, στα σχετικά πεδία θα αναγράφεται ο ΑΜΚΑ του συστήσαντος ιατρού και το αιτούμενο ποσό.

- Αναλυτική Κατάσταση Λογοθεραπευτικών Πράξεων, Ψυχολόγων, Χημικών

Ενδεικτικά, για Λογοθεραπευτές το πρότυπο είναι το εξής:

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ**

**ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ**  
**ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ**  
**(Ε.Τ.Α.Α)**  
**ΤΟΜΕΑΣ:.....**

**ΜΗΝΟΣ:.....**  
**ΤΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ / ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ**  
**ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ:**  
**ΕΠΩΝΥΜΙΑ:.....**

**ΑΜΚΑ:.....**  
**ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:.....**

Α/Α	ΗΜ/ΝΙΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΜΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΜΚΑ ΣΥΣΤΗΣΑΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΑΙΤ. ΠΟΣΟ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>						

Ο ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

Σημ: Στο πεδίο ημερομηνία θα πρέπει να αναγράφεται η ημερομηνία της εκτέλεσης της πράξης.

Στα διπλανά πεδία θα πρέπει να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο και ο ΑΜΚΑ του ασθενούς.

Στο πεδίο σύνολο πράξεων θα πρέπει να αναγράφεται ο συνολικός αριθμός πράξεων που εκτελέστηκαν στον ασθενή.

Επίσης, στα σχετικά πεδία θα αναγράφεται ο ΑΜΚΑ του συστήσαντος ιατρού και το αιτούμενο ποσό.

- Αναλυτική Κατάσταση Οπτικών

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΠΤΙΚΩΝ**

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ

(Ε.Τ.Α.Α)

ΤΟΜΕΑΣ:.....

ΜΗΝΟΣ:.....

ΤΟΥ ΟΠΤΙΚΟΥ / ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΟΠΤΙΚΩΝ:

ΕΠΩΝΥΜΙΑ:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:.....

A/A	ΗΜ/ΝΙΑ	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΜΚΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΜΚΑ ΣΥΣΤΗΣΑΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ	ΑΙΤ. ΠΟΣΟ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>ΣΥΝΟΛΟ:</b>					

Ο ΟΠΤΙΚΟΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ



Σημ: Στο πεδίο ημερομηνία θα πρέπει να αναγράφεται η ημερομηνία της εκτέλεσης της πράξης.

Στα διπλανά πεδία θα πρέπει να αναγράφεται το ονοματεπώνυμο και ο ΑΜΚΑ του ασθενούς.

Επίσης, στα σχετικά πεδία θα αναγράφεται ο ΑΜΚΑ του συστήσαντος ιατρού και το αιτούμενο ποσό.

### Στοιχεία Συγκεντρωτικής Κατάστασης

Στη συγκεντρωτική κατάσταση θα πρέπει να αναγράφεται ο αριθμός των ασθενών που εξετάστηκαν ή για τους οποίους εκτελέστηκαν πράξεις σε μηνιαία βάση, ο μήνας τον οποίο αφορούν και το συνολικά αιτούμενο ποσό για κάθε μήνα. Στη συγκεντρωτική κατάσταση υπάρχει περιθώριο για την αναγραφή δεδομένων μέχρι τριών μηνών, καθώς αυτό είναι και το ανώτατο χρονικό όριο για τα υποβαλλόμενα δικαιολογητικά.

**ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ  
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ (Ε.Τ.Α.Α)

ΤΟΥ ΠΑΡΟΧΟΥ ΥΓΕΙΑΣ:

ΕΠΩΝΥΜΙΑ:.....

ΤΟΜΕΑΣ:.....

ΑΜΚΑ:.....

ΑΦΜ:..... ΔΟΥ:.....

Α/Α	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΜΗΝΑΣ	ΑΙΤ. ΠΟΣΟ
1			
2			
3			
ΤΕΛΙΚΟ ΠΟΣΟ:			

Ο ΠΑΡΟΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

**Τα πρότυπα για όλες τις περιπτώσεις αναλυτικών καταστάσεων που περιγράφονται στον οδηγό είναι αναρτημένα την επίσημη ιστοσελίδα του Ε.Τ.Α.Α..**