

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝ/ΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

**ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ**

**ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ – ΠΑΡΟΧΩΝ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ**

Δ/νση: Μάρνη 22, 10433, Αθήνα

Αριθμός τηλεφώνου.: 2105217318

Αριθμός τηλεομοιότυπου: 2105217407

Ηλ. Ταχυδ.: yy-etaa@tsmede.gr

Πληροφορίες: Γ. Βαζίκας

Αθήνα, 16-05-2011

Αρ. Πρωτ.: **78543/6245/1**

**Προς:**

1. **Προέδρους των Δικηγορικών Συλλόγων Επαρχίας**
2. **Πρόεδρο της Ομοσπονδίας Δικαστικών Επιμελητών Ελλάδος**
3. **Προέδρους των Συλλόγων Δικαστικών Επιμελητών**

**Θέμα: Δικαιολογητικά που απαιτούνται για την έγκριση της δαπάνης για υπερηχογράφημα, εργαστηριακές εξετάσεις κατά τη διάρκεια της κύησης και εξωσωματική γονιμοποίηση**

**Α) ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ**

* Εγκρίνεται η εφαρμογή της **υπερηχογραφικής εξέτασης** σε όλες ανεξαιρέτως τις κυήσεις **μέχρι τρεις (3) φορές**, για όλη τη διάρκεια της κύησης και ιδιαίτερα την *10η, 20η και 30η* εβδομάδα εγκυμοσύνης.
* Σε κυήσεις **με αυξημένο κίνδυνο**, η συχνότητα υπερηχογραφικής εξέτασης **επαφίεται στην εκτίμηση του εξειδικευμένου ιατρού**, ο οποίος λειτουργεί σε εξειδικευμένα κέντρα. Τα κέντρα αυτά πρέπει να εντάσσονται σε πλήρεις μονάδες εμβρυομητρικής ιατρικής ή σε μονάδες ιατρικών απεικονιστικών μεθόδων, εφόσον σε αυτές υπηρετεί ειδικός ιατρός, ο οποίος θα έχει ειδική άδεια, όπως ισχύει για τους **μαιευτήρες – γυναικολόγους**.
* Ο χαρακτηρισμός μιας κύησης ως χρήζουσας συστηματικότερης υπερηχογραφικής παρακολούθησης είναι απαραίτητο να δίδεται από εξειδικευμένο **Κρατικό Φορέα**.

**Β) ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

* Εγκρίνεται ο συνηθισμένος, προβλεπόμενος εργαστηριακός έλεγχος κατά τη διάρκεια της κύησης.

**Γ) ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ**

Για την έγκριση των δαπανών της εξωσωματικής γονιμοποίησης απαιτούνται τα κάτωθι:

* Εμπεριστατωμένη γνωμάτευση εξειδικευμένου ιατρού στην οποία να αναφέρεται η **αίτια** καθώς και η **τεχνική** **(αναλυτικά και χρονολογικά)** των σταδίων που θα ακολουθηθούν κατά την εξωσωματική γονιμοποίηση.
* Εμπεριστατωμένη γνωμάτευση εξειδικευμένου ιατρού στην οποία να **βεβαιώνεται** το **είδος** των φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν ανά στάδιο, η **ποσότητα** που χορηγήθηκε ανά στάδιο και ακριβώς τα **χρονικά διαστήματα** που χορηγήθηκαν.
* Ξεχωριστά τιμολόγια για την **ωοληψία** και την **εμβρυομεταφορά**.
* Σε περίπτωση που χρειαστεί επανάληψη της διαδικασίας ωοληψίας και εμβρυομεταφοράς πρέπει να έχει παρέλθει **χρονικό διάστημα τριών (3) μηνών τουλάχιστον**, προκειμένου να εγκριθεί εκ νέου η δαπάνη.

Ο Διευθυντής Υγειονομικού

 Ρηγάτος Θεοφάνης