

**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.: **78503/6228/1**

**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 δαπάνης για παρακλινικές ή εργαστηριακές εξετάσεις**

Κάθε παρακλινική ή εργαστηριακή εξέταση για να εγκριθεί θα πρέπει **οπωσδήποτε:**

1. Να αναγράφεται στο οικογενειακό βιβλιάριο υγειονομικής περίθαλψης (το μικρό χρώματος πορτοκαλί ) **ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ** από το εάν ο ιατρός είναι ή όχι συμβεβλημένος με το ΕΤΑΑ.
2. **ΟΛΑ** τα πεδία της εντολής να είναι συμπληρωμένα με το **ΙΔΙΟ** στυλό και τον **ΙΔΙΟ** γραφικό χαρακτήρα.
3. Να αναγράφεται το ΑΜΚΑ του **ασφαλισμένου** και το ΑΜΚΑ του **ιατρού** στο παραπεμπτικό των ιατρικών και παρακλινικών εξετάσεων.
4. Να φέρει **σφραγίδα** **και υπογραφή** του αρμόδιου ιατρού ο οποίος να δικαιούται βάση της ειδικότητάς του να παραγγείλει την/τις συγκεκριμένη/ες εξέταση/εις.
5. Να αναγράφεται **ευκρινώς** η **ΔΙΑΓΝΩΣΗ** βάση της οποίας ζητείται η συγκεκριμένη εξέταση ακόμα και όταν πρόκειται για εξετάσεις οι οποίες γίνονται προληπτικά (π.χ. Διάγνωση :Ετήσιος προληπτικός έλεγχος -Αιτουμένη εξέταση : Μαστογραφία ).
6. Να αναγράφεται **ευκρινώς** η **ημερομηνία** και το **ονοματεπώνυμο** του ασφαλισμένου, ο οποίος να έχει προσέλθει για την έγκριση – θεώρηση της συγκεκριμένης παρακλινικής εξέτασης ΕΝΤΟΣ 7 ΕΡΓΑΣΙΜΩΝ ΗΜΕΡΩΝ από την ημερομηνία του εντολέα ιατρού.
7. Σας ενημερώνουμε ότι για συγκεκριμένες παρακλινικές εξετάσεις υψηλού κόστους (π.χ. μαγνητικές τομογραφίες) απαιτείται **συμπληρωματική πρωτότυπη ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ** του παραπέμποντος ιατρού που να εξηγεί αναλυτικά τον λόγο για τον οποίο ενδείκνυται και ζητείται η συγκεκριμένη εξέταση και ΟΠΩΣΔΗΠΟΤΕ και **ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗ** .
8. Κάθε διόρθωση που γίνεται πρέπει να είναι σφραγισμένη και υπογεγραμμένη από το θεράποντα ιατρό.
9. Κάθε παρακλινική εξέταση, γνωμάτευση ή απόδειξη που προέρχεται από **Κρατικό Νοσοκομείο** **ΠΡΕΠΕΙ** να φέρει και την **στρογγυλή σφραγίδα** του νοσοκομείου.

 Ο Διευθυντής Υγειονομικού

Ρηγάτος Θεοφάνης