



Αθήναι, 12 Ιανουαρίου 2014

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΑΥΤΕΚΩ
ΤΟΜΕΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΤΡΑΠΕΖΩΝ
ΠΙΣΤΕΩΣ-ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΜΕΡ.ΕΞΠΡΕΣ
Ν.Π.Δ.Δ.
Χ Α Ρ. Τ Ρ Ι Κ Ο Υ Π Η 6-8-10
106 79 ΑΘΗΝΑ
www.taapt.gr

ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 210-3605547
FAX : 210.3605545

Προς: ΤΡΑΠΕΖΕΣ-ΜΕΛΗ

Κοιν: - ΣΥΛΛΟΓΟΙ
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ
ΤΡΑΠΕΖΩΝ
- ΟΤΟΕ

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ Νο.190

ΤΑΚΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΜΕΝΩΝ ΑΠΟΔΕΙΞΕΩΝ ΑΠΟ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΕΠΑΡΧΙΑΣ

Αφορά ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ τα Καταστήματα Επαρχίας

ΘΕΜΑ : Οδηγίες για την τακτοποίηση των καμένων αποδείξεων που είχαν σταλεί από τα Καταστήματα Επαρχίας για εκκαθάριση στο Ταμείο Υγείας με τα παλαιά Έντυπα τύπου «σεντόνια» και καταστράφηκαν

Κατόπιν του ελέγχου που διεξήγαγε το **Υπουργείο Εργασίας** αποφάσισε ότι η καταβολή των ποσών που αφορούν τις κατεστραμμένες αποδείξεις από την πυρκαγιά της 12/2/2012 που έπληξε το Ταμείο Υγείας, **θα γίνει σε όλες τις περιπτώσεις μόνο με την προσκόμιση φωτοαντιγράφων των παραστατικών επικυρωμένων από τον εκδότη τους.**

Προκειμένου να υλοποιηθεί άμεσα η ανωτέρω απόφαση του Υπουργείου Εργασίας για να αποζημιωθούν οι ασφαλισμένοι, είναι απαραίτητη η συνδρομή σας στον ορισμό Υπεύθυνου ή Υπευθύνων για την παραλαβή των φωτοαντιγράφων, δεδομένου ότι δεν υπάρχει πλέον ο θεσμός του «Εκπροσώπου του Ταμείου Υγείας».

Ενδεδειγμένο θα ήταν να οριστεί ως Υπεύθυνος παραλαβής, συνάδελφος που να έχει ασχοληθεί με το αντικείμενο στο παρελθόν, ώστε να διαθέτει γνώση και εμπειρία για τον έλεγχο των παραστατικών.

☞ Διευκρινίζεται ότι η παρούσα διαδικασία ΔΕΝ αφορά τους ασφαλισμένους Αθήνας – Επαρχίας που έχουν ΗΔΗ αποστείλει επικυρωμένα φωτοαντίγραφα αποδείξεων με το συγκεντρωτικό έντυπο ΕΠ4, το έντυπο ΕΠ3 και Υπεύθυνη Δήλωση τους.

Αφορά ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ τις καταστάσεις καταστημάτων Επαρχίας με τα ΠΑΛΑΙΑ Έντυπα τύπου «ΣΕΝΤΟΝΙΑ» (Αρ. Εντύπων 10-50-50Χ2), όπου δεν είχε ζητηθεί ποτέ από τους ασφαλισμένους να προσκομίσουν επικυρωμένα

φωτοαντίγραφα αποδείξεων.

Η διαδικασία που θα σταλούν για κοστολόγηση και εκκαθάριση οι κατεστραμμένες αποδείξεις που είχαν αποσταλεί με τα Έντυπα τύπου «Σεντόνια» (Αρ.Εντύπου 10-50-50Χ2) έχει ως εξής:

- Θα σταλούν τα Έντυπα τύπου «σεντόνια» με τις φωτοτυπημένες και **επικυρωμένες** από τους **εκδότες** τους αποδείξεις που συμπεριλαμβάνοντουσαν σε κάθε ένα από αυτά.
- Τα επικυρωμένα από τον εκδότη τους φωτοαντίγραφα των παραστατικών θα συνοδεύονται από το συνημμένο έντυπο **ΕΠ3** με συμπληρωμένα σωστά όλα τα στοιχεία του άμεσα ασφαλισμένου και των έμμεσων μελών του (Α.Μ. Ταμείου, ΑΜΚΑ, ΙΒΑΝ – Λογαριασμός Τραπέζης, τηλέφωνο, υποβληθέν ποσό, υπογραφή του ασφαλισμένου, κλπ.)
- Επίσης θα αποστέλλεται μαζί με το ΕΠ3, η προ-συμπληρωμένη Υπεύθυνη Δήλωση του άμεσα ασφαλισμένου, με Βεβαίωση του Γνήσιου της Υπογραφής του, που να δηλώνει ότι:
«Για τις συγκεκριμένες αποδείξεις με Αριθμό Απόδειξης, Ποσού €, που είχα προσκομίσει για εκκαθάριση και καταστράφηκαν, δεν έχω αποζημιωθεί από το Ταμείο Υγείας είτε από τον προσωρινό λογαριασμό της Τράπεζας όπου τηρείται ».
- Όλες οι φωτοτυπίες των παραστατικών πρέπει να είναι ευανάγνωστες και να φαίνονται ευκρινώς όλα τα αναγραφόμενα στοιχεία.
- Την φωτοτυπία του Εντύπου της συγκεντρωτικής κατάστασης («σεντόνι») θα την υπογράψει ο εκάστοτε Υπεύθυνος παραλαβής της Τράπεζας.
- Σε **καμία περίπτωση** δεν θα γίνεται δεκτή η προσκόμιση φωτοτυπημένων παραστατικών από **μεμονωμένους** ασφαλισμένους στο Ταμείο Υγείας.
- **Καταληκτική ημερομηνία αποστολής των ανωτέρω στο Ταμείο Υγείας ορίζεται 30/04/2014.**
- **Δεν θα δοθεί καμία παράταση μετά την λήξη της ημερομηνίας αποστολής.**
- Οι Υπεύθυνοι παραλαβής θα πρέπει να κάνουν προσεκτικό και υπεύθυνο έλεγχο στα προσκομιζόμενα φωτοαντίγραφα των παραστατικών, ακολουθώντας πιστά τις οδηγίες του Ταμείου Υγείας.

Συνημμένα σας παραθέτουμε για διευκόλυνσή σας πίνακα με τις πιο **συνηθισμένες παροχές** ανά κωδικό και τις **απαιτούμενες προϋποθέσεις** για την εκκαθάρισή των αποδείξεων τους.

Για τις παροχές που **δεν** αναφέρονται στον συνημμένο πίνακα, οι αποδείξεις ή τα τιμολόγια τους θα επικυρώνονται ομοίως από τους εκδότες τους και θα συμβουλευέστε για τα δικαιολογητικά που απαιτούνται το Ενημερωτικό Φυλλάδιο 2011 και τις Ανακοινώσεις του Ταμείου Υγείας (www.taapt.gr).
Για περαιτέρω πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε με το Τμήμα Παροχών στο τηλέφωνο 210-3605946.

Ευχαριστούμε για την συνεργασία σας.

Αντώνιος Σφακάκης
Υπεύθυνος Τομέα

Συνημμένα Έντυπα :

- 1) Πίνακας με απαιτούμενες προϋποθέσεις για τις πιο συνηθισμένες παροχές
- 2) Έντυπο ΕΠ3
- 3) Υπεύθυνη Δήλωση

Φωτοτυπία Απόδειξης	Απαιτούμενες Προϋποθέσεις - Παρατηρήσεις
Αποδείξεις απλών Ιατρικών επισκέψεων όλων των Ειδικοτήτων	Σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη τους ιατρού.
Αποδείξεις Ιατρών με Ιατρικές εξετάσεις πέραν της επίσκεψης, όπου θα αναγράφονται στην απόδειξη οι εξετάσεις που έγιναν	Σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη τους ιατρού και αντίστοιχη ιατρική γνωμάτευση με τις γενόμενες εξετάσεις
Αποδείξεις Μικροβιολογικών εξετάσεων όπου θα αναγράφονται αναλυτικά οι εξετάσεις που έγιναν	Σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη τους και ιατρική γνωμάτευση με τις προτεινόμενες εξετάσεις
Αποδείξεις Ακτινολογικών εξετάσεων όπου θα αναγράφονται αναλυτικά οι εξετάσεις που έγιναν	Σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη τους και ιατρική γνωμάτευση με τις προτεινόμενες εξετάσεις
Αποδείξεις Φαρμακείων	Σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη τους και συνταγή των φαρμάκων όπου θα είναι συμπληρωμένα όλα τα πεδία που απαιτούνται (ονοματεπώνυμο, πάθηση, ποσότητα φαρμάκων, τιμές κλπ). Εάν δεν υπάρχουν φωτοαντίγραφα αποδείξεων θα πρέπει να συνοδεύεται κάθε συνταγή από αντίστοιχη χειρόγραφη Βεβαίωση του Φαρμακείου που να αναφέρεται η ποσότητα και η τότε τιμή των φαρμάκων που αγοράστηκαν με την συγκεκριμένη συνταγή
Νοσηλείες Κρατικών και Ιδιωτικών Νοσοκομείων Τοκετοί	Αποδείξεις ιατρών για τις Ιδιωτικές Κλινικές, και για όλα, εισιτήρια, εξιτήρια, αναλυτικό εξοφλημένο τιμολόγιο κλινικής, τιμολόγιο ή λίστα φαρμάκων όπου χρησιμοποιήθηκαν, Τιμές Παρατηρητήριων και ιατρικές γνωματεύσεις όταν πρόκειται για υλικά, και στην περίπτωση των τοκετών, εκτός των ανωτέρω, Ληξιαρχική πράξη γέννησης και την σχετική Υπεύθυνη Δήλωση). Σε περίπτωση Επεμβάσεων που απαιτούνταν οιαδήποτε προέγκριση πχ. Διόρθωση Μυωπίας με Laser, Δακτύλιος και Γαστρικό Μανίκι (Sleeve), Αρθροπλαστική κλπ. θα πρέπει να προσκομισθούν φωτοαντίγραφα των προεγκρίσεων τους.
Αποδείξεις Κρατικών και Ιδιωτικών Νοσοκομείων με δαπάνες εκτός Νοσηλίων	Σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη τους και ιατρική γνωμάτευση με τις προτεινόμενες εξετάσεις
Αποδείξεις Οπτικών	Σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη τους και ιατρική γνωμάτευση με τους βαθμούς της πάθησης. Θα είναι σαφές τι είδος γυαλιών αγοράστηκε για μακριά ή κοντά και οι τιμές τους αναλυτικά πχ. σκελετός€ κρύσταλλα€
Αποδείξεις Καταστημάτων Εμπορίας διαφόρων θεραπευτικών ειδών πχ. ορθοπεδικών	Σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη τους και ιατρική γνωμάτευση με την πάθηση. Θα είναι σαφές τι είδος αγοράστηκε και πάνω από 75€ απαιτούνται 3 προσφορές ανά περίπτωση. Σε κάποιες περιπτώσεις πχ. βηματοδότες, ακουστικά βαρηκοΐας, καρτοσάκια κλπ. απαιτείται προέγκριση
Αποδείξεις Ψυχολόγων, Λογοθεραπευτών, κλπ με αναγραφόμενο το είδος και τη ποσότητα των συνεδριών που έγιναν	Σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη τους (συμπεριλαμβανομένων και όλων των ειδικοτήτων θεραπευτών που αναφέρονται στην προέγκριση) και ιατρική γνωμάτευση με τις προτεινόμενες συνεδρίες. Εάν υπάρχει αντίγραφο της προέγκρισης θα πρέπει να προσκομίζεται
Αποδείξεις Φυσιοθεραπευτών με αναγραφόμενο αναλυτικά το είδος και η ποσότητα των	Σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη τους και ιατρική γνωμάτευση με τις προτεινόμενες θεραπείες. Εάν υπάρχει αντίγραφο της προέγκρισης θα πρέπει να προσκομίζεται

θεραπειών που έγιναν	
Αποδείξεις Οδοντιάτρων	Σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη τους και ιατρική γνωμάτευση με τις προτεινόμενες θεραπείες. Εάν υπάρχει αντίγραφο της προέγκρισης θα πρέπει να προσκομίζεται
Αποδείξεις Ορθοδοντικών όπου θα αναφέρεται ότι πρόκειται για ορθοδοντική θεραπεία	Σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη τους. Εάν υπάρχει αντίγραφο της προέγκρισης θα πρέπει να προσκομίζεται. Εάν πρόκειται για εξοφλητική απόδειξη θα πρέπει να συνοδευτεί με αντίστοιχη Γνωμάτευση – Βεβαίωση του Ορθοδοντικού για την περάτωση της θεραπείας. <u>Προσοχή</u> στο λεκτικό, θα πρέπει να αναφέρεται ότι πρόκειται για ορθοδοντική θεραπεία.
Αποδείξεις για παροχές που έχουν έγκριση για 1 έτος πχ. Υλικά μέτρησης Ζαχάρου, Ειδική Διατροφή, Υγρά Φακών Επαφής, Ενοίκιο Συμπυκνωτή Οξυγόνου, Καθετήρες, Πάνες, κλπ.	Σφραγίδα και υπογραφή του εκδότη τους . Εάν υπάρχει αντίγραφο της έγκρισης θα πρέπει να προσκομίζεται. Θα πρέπει στην απόδειξη να αναφέρεται το είδος, η ποσότητα και η τιμή της παροχής. Εάν δεν αναγράφεται θα πρέπει να συνοδεύεται από χειρόγραφη Βεβαίωση του Καταστήματος που να αναλύεται το είδος, η ποσότητα και η τιμή των ειδών που αγοράστηκαν



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	Τομέας Ασθένειας Προσωπικού Τραπεζών Πίστωσης, Γενικής και Αμερικαν Εξηρές						
Ο - Η Ονομα:				Επίσημο:			
Όνομα και Επίσημο Πατέρα:							
Όνομα και Επίσημο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: **Για τις συγκεκριμένες παρακάτω αποδείξεις με:**

Αριθμό Απόδειξης	Ποσό €	/	Αριθμό Απόδειξης	Ποσό €
Αριθμό Απόδειξης	Ποσό €	/	Αριθμό Απόδειξης	Ποσό €
Αριθμό Απόδειξης	Ποσό €	/	Αριθμό Απόδειξης	Ποσό €
Αριθμό Απόδειξης	Ποσό €	/	Αριθμό Απόδειξης	Ποσό €
Αριθμό Απόδειξης	Ποσό €	/	Αριθμό Απόδειξης	Ποσό €

που είχα προσκομίσει για εκκαθάριση και καταστράφηκαν, δεν έχω αποζημιωθεί από το Ταμείο Υγείας είτε από τον προσωρινό λογαριασμό της Τράπεζας, όπου τηρείται. (4)

Ημερομηνία:20.....

Ο - Η Δ/Λ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπάλληλος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εκυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλέπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.