



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

--	--	--	--

Α Ι Τ Η Σ Η – 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)

Περιγραφή αιτήματος : «Απόδοση Δαπάνης για Αξονική – Μαγνητική Τομογραφία και εκλεκτική ψηφιακή αγγειογραφία».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

* **Ο.Γ.Α.****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ.:	
Ημερομηνία γέννησης ⁽¹⁾ :		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	
		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:	
		E – mail:	
Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:			
Αριθμός Βιβλιαρίου Ασφαλισμένου ή συνταξιούχου:		Ισχύς Βιβλιαρίου :	
Α.Μ.Κ.Α. :			
Α.Μ. Δικαιούχου Περίθαλψης :			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

(συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο –Γονείς ανηλίκων δικαιούχων περίθαλψης, κληρονόμοι κλπ)

Επώνυμο :	Δήμος/Κοινότητα :
Όνομα :	Διεύθυνση (Οδός, Αριθ.) :
Πατρώνυμο :	Οικισμός:
Α. Δ. Τ	Νομός :
	Ταχ. Κωδ. (Τ.Κ.)
Επωνυμία Εταιρείας :	
Α.Φ.Μ.:	

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

Ο Αιτών



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

--	--	--	--

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ⁽⁴⁾ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	Τ.Κ:
Τηλ:		Fax:	E – mail:

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας	Έτος	Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας

(συμπληρώνεται από τις Υπηρεσίες του ΟΓΑ)

Ο Έλεγχος ΟΓΑ

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ⁽³⁾	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1)** Παραπεμπτικό Κρατικού Νοσοκομείου, θεωρημένο από τον Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α. (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περιθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	<input type="checkbox"/>		
2) Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών θεωρημένο από τον Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α. (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περιθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	<input type="checkbox"/>		
3) Έγκριση Ειδικής Επιτροπής προκειμένου για απόδοση δαπάνης μαγνητικής τομογραφίας – εκλεκτικής ψηφιακής αγγειογραφείας (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περιθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	<input type="checkbox"/>		
4) Βεβαίωση ανταποκριτή Ο.Γ.Α. ή φωτοτυπία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. του ασθενή από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία κατόχου του βιβλιαρίου και η διάρκεια ισχύος του (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περιθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	<input type="checkbox"/>		

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ: 1. Ο ασθενής να είναι κάτοχος Βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α.**2. Παραπομπή για τη διενέργεια της εξέτασης από Κρατικό Νοσοκομείο****3. Προέγκριση από τον Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α. προκειμένου για αξονική τομογραφία****4. Προέγκριση της ειδικής επιτροπής προκειμένου για μαγνητική τομογραφία – ψηφιακή εκλεκτική αγγειογραφία****** Τα δικαιολογητικά αυτά αφορούν προϋποθέσεις είσπραξης της δαπάνης από τρίτο πρόσωπο.**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο
4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽²⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- (3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
- (4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «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 υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

--	--	--	--

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	Απόδοση Δαπάνης για Αξονική – Μαγνητική Τομογραφία και εκλεκτική ψηφιακή αγγειογραφία		
Υπηρεσία Υποβολής:	Ο.Γ.Α.		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:	Επώνυμο:	
Αιτών:	Όνομα:	Επώνυμο:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ ⁽³⁾	ΔΕΝ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ
1)** Παραπεμπτικό Κρατικού Νοσοκομείου, θεωρημένο από τον Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α. (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περιθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	<input type="checkbox"/>		
2) Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών θεωρημένο από τον Ελεγκτή γιατρό του Ο.Γ.Α. (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περιθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	<input type="checkbox"/>		
3) Έγκριση Ειδικής Επιτροπής προκειμένου για απόδοση δαπάνης μαγνητικής τομογραφίας – εκλεκτικής ψηφιακής αγγειογραφίας (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περιθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	<input type="checkbox"/>		
4) Βεβαίωση ανταποκριτή Ο.Γ.Α. ή φωτοτυπία του βιβλιαρίου υγείας Ο.Γ.Α. του ασθενή από την οποία να προκύπτουν τα στοιχεία κατόχου του βιβλιαρίου και η διάρκεια ισχύος του (Κανονισμός Νοσοκομειακής Περιθαλψης Ασφαλισμένων Ο.Γ.Α. άρθρο 20)	<input type="checkbox"/>		

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)