



**ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΕΞΟΔΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΕ  
ΑΝΑΡΡΩΤΗΡΙΟ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ Ή ΑΝΑΛΟΓΟ ΙΔΡΥΜΑ  
Για ασφαλισμένους από το ΚΣΥΑ κατά κύρια ασφάλιση (\*)**

Σύμφωνα με τις διατάξεις του κεφαλαίου 4 του τίτλου ΙΙΙ των γενικών εκτελεστικών διατάξεων

Να διαβιβασθεί στο Εκκαθαριστικό Γραφείο του Κοινού Συστήματος Υγειονομικής Ασφάλισης – **βλ. λεπτομέρειες στην επόμενη σελίδα** ☐

Όνοματεπώνυμο του ασφαλισμένου: ..... αριθμός προσωπ./μητρώου  
συντάξεων:.....  
Θεσμικό όργανο και τόπος διορισμού: ..... Διοικητική διεύθυνση: .....Τηλ.:  
.....  
Για τους συνταξιούχους, διεύθυνση κατοικίας:  
.....  
Ημερομηνία λήξης καθηκόντων/ημερομηνία λήξης της σύμβασης: ..... (για έκτακτους υπαλλήλους ή  
συνταξιούχους)

**Αίτηση ανάληψης εξόδων περιθαλψής για <sup>1</sup> :**

☐ ασφαλισμένο ☐ σύζυγο ή αναγνωρισμένο σύντροφο ☐ τέκνο ☐ πρόσωπο εξομοιούμενο με  
συντηρούμενο τέκνο

Όνοματεπώνυμο: ..... Ημερομηνία γέννησης: .....

☐ **Παραμονή σε αναρρωτήριο, θεραπευτήριο ή ανάλογο ίδρυμα <sup>1</sup>:**

Συνολική μηνιαία δαπάνη <sup>2</sup> :

.....  
εκ των οποίων, μηνιαία έξοδα περιθαλψής:

.....  
μηνιαία έξοδα παραμονής: .....

Ημερομηνία έναρξης:

.....  
Στοιχεία αναφοράς της απόφασης (έγκριση) <sup>3</sup> : .....

**ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΡΡΩΤΗΡΙΟΥ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΥ Ή ΑΝΑΛΟΓΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ:**

Επωνυμία:

.....  
Διεύθυνση:

.....  
Πόλη και χώρα: .....

Τηλ.: ..... Φαξ: .....

Ηλεκτρονική διεύθυνση:

**Ο υπογεγραμμένος δηλώνω υπεύθυνα: <sup>1+4</sup>**

- ☐ Δεν έχω συμπληρωματική ασφάλιση η οποία να μου παρέχει το δικαίωμα πρόσθετων επιστροφών δαπανών.  
☐ Θα λάβω επιστροφή ποσού ..... ευρώ από συμπληρωματική ασφάλιση ή θα  
σας κοινοποιήσω το ποσό που θα μου επιστραφεί μόλις πληροφορηθώ το ύψος του.

**Σημείωση:**

**Σε περίπτωση αλλαγής ιδρύματος ή είδους ιδρύματος πρέπει να υποβάλλεται νέα αίτηση ανάληψης εξόδων.**

**Γνωρίζω τους ισχύοντες όρους και κανόνες και δεσμεύομαι να τους τηρήσω  
(βλ. επόμενη σελίδα)**

Ημερομηνία.....  
Υπογραφή του αιτούντος

☐ Ασφαλισμένος<sup>1</sup>  
☐ Νόμιμος εκπρόσωπος<sup>1</sup>  
Όνοματεπώνυμο: .....

<sup>1</sup> Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε το αντίστοιχο τετραγωνίδιο

<sup>2</sup> Επισυνάπτεται απαραίτητως αντίγραφο του τιμολογίου

<sup>3</sup> Αναφέρονται απαραίτητως τα στοιχεία αναφοράς της χορηγηθείσας εκ των προτέρων έγκρισης

<sup>4</sup> Απαραίτητες πληροφορίες, χωρίς τις οποίες δεν εκδίδεται η επιστολή ανάληψης ιατρικών εξόδων

## Επιστροφή εξόδων – Αναρρωτήρια και θεραπευτήρια – (Κεφάλαιο 3 του τίτλου ΙΙ των γενικών διατάξεων εφαρμογής)

Η αίτηση εκ των προτέρων έγκρισης πρέπει να συνοδεύεται από ιατρική έκθεση που αιτιολογεί την ανάγκη παραμονής σε ίδρυμα και ορίζει επακριβώς τη φύση των υπηρεσιών περίθαλψης που χρειάζεται ο ασθενής, καθώς και από τα δύο έντυπα [συνημμένα στο κεφάλαιο 3], δεόντως συμπληρωμένα από τον θεράποντα ιατρό.

Η έγκριση μπορεί να χορηγείται για περίοδο που δεν υπερβαίνει τους 12 μήνες και είναι ανανεώσιμη.

Όλα τα έξοδα που συνδέονται με την παραμονή και την περίθαλψη του ασθενούς επιστρέφονται κατά 85%, ή 100% σε περίπτωση σοβαρής ασθένειας με μέγιστο επιστρεφόμενο ποσό τα 36 ευρώ/ημέρα για τα έξοδα παραμονής.

Σε περίπτωση συνολικής τιμολόγησης που δεν επιτρέπει τη διάκριση μεταξύ των εξόδων που αφορούν την περίθαλψη και εκείνων που αφορούν την παραμονή, εφαρμόζεται μια κατ' αποκοπή κατανομή, ανάλογα με τον βαθμό εξάρτησης βάσει του πίνακα που ακολουθεί:

Βαθμός εξάρτησης	Έξοδα που αφορούν την περίθαλψη	Έξοδα που αφορούν την παραμονή
4	30%	70%
3	50%	50%
2	60%	40%
1	70%	30%

Στην περίπτωση αυτή, για τα έξοδα παραμονής ισχύει το ίδιο μέγιστο επιστρεφόμενο ποσό των 36 ευρώ/ημέρα.

### Ανάληψη εξόδων

Εάν η τιμολόγηση των εξόδων περίθαλψης και των εξόδων παραμονής γίνεται χωριστά, η ανάληψη εξόδων θα αντιστοιχεί στο ποσό το σχετικό με τα έξοδα περίθαλψης και το τιμολόγιο που εκδίδει το ίδρυμα θα αντιστοιχεί στα έξοδα παραμονής.

Σε περίπτωση που το τιμολόγιο περιλαμβάνει όλα τα έξοδα, η ανάληψη εξόδων θα αντιστοιχεί στο ποσοστό των εξόδων περίθαλψης που εμφανίζεται στον ανωτέρω πίνακα, στο τιμολόγιο που εκδίδεται από το ίδρυμα πρέπει να αναφέρεται η συνολική τιμή και το ποσό που αφαιρείται για την ανάληψη εξόδων και η διαφορά θα αντιστοιχεί στο ποσοστό που αφορά τα έξοδα παραμονής.

Το σύστημα ανάληψης εξόδων το οποίο εφαρμόζουμε καλύπτει επίσης όλα τα ιατρικά έξοδα που δεν περιλαμβάνονται στα κατ' αποκοπή έξοδα περίθαλψης, όπως είναι οι επισκέψεις σε γιατρό, τα φαρμακευτικά προϊόντα, οι αναλύσεις και εξετάσεις, καθώς και τα έξοδα ασθενοφόρου (βάσει των δικαιολογητικών που επισυνάπτονται στο τιμολόγιο). Η προκαταβολή πρέπει να εξοφληθεί κατ' αρχήν εντός τριών ετών το αργότερο από την ημερομηνία χορήγησής της. (άρθρο 30 της ρύθμισης σχετικά με την υγειονομική ασφάλιση των υπαλλήλων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων).

### Υπερβολικές δαπάνες (άρθρο 20 παράγραφος 2 της κοινής ρύθμισης)

Για την παροχή υπηρεσιών για τις οποίες δεν ορίζεται ανώτατο όριο επιστροφής, δεν επιστρέφεται το τμήμα των εξόδων που θεωρούνται υπερβολικά σε σύγκριση με τα συνήθη έξοδα στη χώρα όπου πραγματοποιήθηκε η δαπάνη. Το τμήμα των εξόδων που κρίνεται υπερβολικό καθορίζεται κατά περίπτωση από το γραφείο εκκαθάρισης κατόπιν γνωμάτευσης του ιατρού συμβούλου.

### (\*) Ειδικές διατάξεις για δικαιούχους συμπληρωματικής ασφάλισης - (κεφάλαιο 3 του τίτλου ΙΙΙ των γενικών διατάξεων εφαρμογής)

Οι δικαιούχοι συμπληρωματικής ασφάλισης πρέπει καταρχάς να υποβάλουν στο εθνικό τους σύστημα κύριας κοινωνικής ασφάλισης αίτηση για την επιστροφή ιατρικών εξόδων, δεδομένου ότι, στην περίπτωση αυτή, το ΚΣΥΑ λειτουργεί μόνο ως συμπληρωματικό καθεστώς.

Ωστόσο, τα έξοδα που αφορούν παροχές για τις οποίες το σύστημα κύριας ασφάλισης δεν δικαιολογεί επιστροφή, μπορούν να επιστρέφονται από το ΚΣΥΑ, υπό την προϋπόθεση ότι οι συγκεκριμένες παροχές είναι επιλέξιμες για επιστροφή από το εν λόγω σύστημα. Στην περίπτωση αυτή, η συμμετοχή του ΚΣΥΑ είναι ανάλογη με εκείνη που θα ίσχυε εάν επρόκειτο για κύρια ασφάλιση.

Εάν, λόγω της άσκησης του δικαιώματος επιλογής εκ μέρους του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως για τα έξοδα που απορρέουν από παροχές που προσφέρονται στο εξωτερικό, δεν είναι εφικτή καμία επιστροφή εξόδων από το σύστημα κύριας ασφάλισης, το ΚΣΥΑ μπορεί επίσης να συμμετέχει για τις παροχές για τις οποίες εγγυάται επιστροφή εξόδων, υπό την προϋπόθεση ότι αποδεικνύεται μέσω έγκυρων εγγράφων ότι έχουν τηρηθεί οι σχετικές διαδικασίες και κανόνες του συστήματος κύριας ασφάλισης. Στις περιπτώσεις αυτές, το ΚΣΥΑ υποκαθιστά το σύστημα κύριας ασφάλισης σε ό,τι αφορά τις συγκεκριμένες παροχές.

Οι δικαιούχοι συμπληρωματικής ασφάλισης, που υπάγονται σε εθνικό σύστημα υγείας, δεν μπορούν να λαμβάνουν επιστροφή για έξοδα που πραγματοποιούνται στον ιδιωτικό τομέα – για τις παροχές που ακολουθούν – παρά μόνο εφόσον μπορούν να τεκμηριώσουν ότι το δημόσιο σύστημα χαρακτηρίζεται από εμφανείς ελλείψεις (π.χ. μακροχρόνια αναμονή ή ανυπαρξία της συγκεκριμένης θεραπείας):

- νοσηλεία σε νοσοκομείο και χειρουργικές επεμβάσεις,
- θεραπείες και νοσοκομειακές εξετάσεις,
- αναρρωτήρια και θεραπευτήρια,
- αποκλειστικοί νοσοκόμοι,
- λουτροθεραπείες και αναρρωτικές θεραπείες.

Για τις παροχές αυτές απαιτείται προηγούμενη έγκριση.

Τα έξοδα για παροχές πέραν των ανωτέρω μπορούν να επιστρέφονται από το ΚΣΥΑ εφόσον οι παροχές αυτές είναι επιλέξιμες για επιστροφή από το συγκεκριμένο σύστημα.

**Οι περιορισμοί ως προς την ελευθερία επιλογής δεν ισχύουν ούτε για τον ασφαλισμένο ούτε για τα συντηρούμενα τέκνα που καλύπτονται από συμπληρωματική ασφάλιση.**

## Διευθύνσεις των Γραφείων Εκκαθάρισης του ΚΣΥΑ:

<b>Brussels Settlements Office European Commission</b> JSIS Brussels – Direct billing B-1049 Brussels  Tel : +32-2-29-59856 (9:30 – 12:30) Fax: +32-2-29-59701  JSIS Contact hotline +32-2-29-97777 (9:30–12:30)	<b>Ispra Settlements Office European Commission</b> JSIS Ispra – Direct billing PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra  Tel : +39-0332-789966 (9:30 – 12:30) Fax: +39-0332-789423  JSIS Contact hotline +39-0332-785757 (9:30-12:30)	<b>Luxemburg Settlements Office European Commission</b> JSIS Luxembourg – Direct billing DRB - B1/073 L-2920 Luxembourg  Tel : +352-4301-36103 (9:30–12:30) Fax: +352-4301-36019  JSIS Contact hotline +352-4301-36100 (9:30–12:30)
<b>STAFF Contact</b> – <a href="https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx">https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx</a>		

## Γνωρίζω τους ισχύοντες όρους και κανόνες και δεσμεύομαι να τους τηρήσω:

Ημερομηνία.....  
Υπογραφή του αιτούντος

☐ ☐ Ασφαλισμένος<sup>1</sup>  
☐ Νόμιμος εκπρόσωπος<sup>1</sup>  
Ονοματεπώνυμο:.....