



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ
(Ο.Π.Α.Δ.) (Ν.Π.Δ.Δ.)



Αθήνα, 28 / 06 / 2010
Αρ. Πρωτ.: Δ2α/οικ. 21234

Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΤΜΗΜΑ Α'

Ταχ. Δ/ση : Μακεδονίας 8, Αθήνα

Ταχ. Κώδ. : 10433

Πληροφορίες: Λεχουρίτης Γεώργιος

Τηλέφωνα : 210 8208803

FAX : 210 8208827

URL : www.opad.gr

e-Mail : d2c@opad.gr

ΠΡΟΣ:

1. Όλες τις Υ.Π.Α.Δ.

2. Δ1

3. Δ3 (προκειμένου οι αιτήσεις να αναρτηθούν στην ιστοσελίδα του Οργανισμού)

Θέμα : «Διαβίβαση Νέων Σχεδίων Αιτήσεων Υποβολής Λογαριασμών Προμηθευτών»

Στα πλαίσια του εξορθολογισμού και ελέγχου των δαπανών και πληρέστερης καταγραφής των αιτημάτων των συμβεβλημένων προμηθευτών **σας ενημερώνουμε ότι από 01-08-2010** αλλάζουν τα έντυπα των αιτήσεων με τα οποία θα υποβάλλουν τους λογαριασμούς οι συμβεβλημένοι προμηθευτές (ιατροί, εργαστηριακοί ιατροί, εργαστήρια ως Ν.Π., οπτικοί, φαρμακοποιοί, ιδιωτικές κλινικές και φυσικοθεραπευτές).

Ένεκα αστοχίας στο πρόγραμμα, η Υπηρεσία μας παρατήρησε σφάλματα στα σχέδια των αιτήσεων που σας έχουμε αποστείλει ή εκκρεμούν προς αποστολή με το υπ' αριθ. πρωτ. Δ2α/16164/10 έγγραφο, και ως εκ τούτου σας διαβιβάζουμε νέα σχέδια αιτήσεων με τα οποία θα υποβάλλουν τους λογαριασμούς τους οι συμβεβλημένοι προμηθευτές από 01-07-2010.

Τα σχέδια των νέων αιτήσεων βρίσκονται αναρτημένα στην ιστοσελίδα του Οργανισμού στην εξής ηλεκτρονική διεύθυνση: www.opad.gr/html/appl.htm.

Οι Υ.Π.Α.Δ. να ενημερώνουν τους κατά τόπους αρμόδιους ιατρικούς, φαρμακευτικούς και φυσικοθεραπευτικούς συλλόγους για τα νέα έντυπα αιτήσεων και να χορηγούν αντίγραφα αυτών σε κάθε προμηθευτή που υποβάλλει λογαριασμό προς πληρωμή από κοινοποίησής της παρούσας με την ενημέρωση ότι και οι ίδιοι μπορούν να τα εκτυπώσουν από την επίσημη ιστοσελίδα του Οργανισμού.

Οι διατάξεις περί ασφαλιστικής και φορολογικής ενημερότητας εξακολουθούν να ισχύουν. Στις περιπτώσεις που δεν προσκομίζεται Δ.Π.Υ. από τους συμβεβλημένους προμηθευτές δεν θα συμπληρώνεται κατά την καταγραφή του λογαριασμού το σχετικό πεδίο.

Το υπ' αριθμ. πρωτ. Δ2α/16164/10 έγγραφό μας, με το οποίο σας είχαμε αποστείλει σχέδια αιτήσεων, ανακαλείται με το παρόν.

Συνημμένα: 9 (εννέα) φύλλα

Κοινοποίηση:

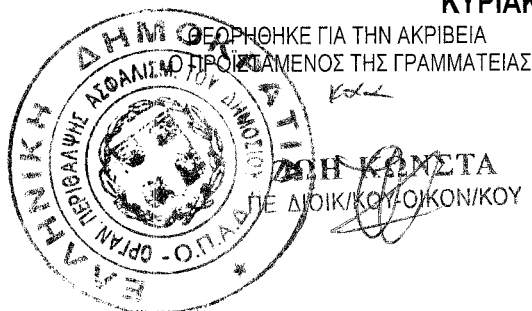
1. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο- Πειραιώς 134 & Αγαθημέρου, 118 54, Αθήνα (συν.1 (ένα))
2. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο- Πλουτάρχου 3, 106 75, Αθήνα (συν.3 (τρία))
3. Πανελλήνια Ένωση Οπτικών & Οπτομετρών – Μενάνδρου 49, 104 37, Αθήνα (συν.1 (ένα))
4. Σύλλογο Οπτικών & Οπτομετρών Νομού Αττικής και Νότιας Ελλάδας- Μαυροκορδάτου 6, 106 78, Αθήνα (συν.1 (ένα))
5. Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών – Γκυλφόρδου 12, 104 34, Αθήνα (συν.1 (ένα))

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

1. Γραφείο Προέδρου
2. Δ2α
3. Δ2γ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ



ΙΣΧΥΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΑΠΟ ΕΩΣ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: 1399/12573/30653/41425/4255/43308/44407/45025/45574/517

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ONOMA :

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ:

ΠΕΡΙΟΧΗ:

T. K:
.....

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:

AP. KIN. THA: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99

A.Φ.Μ.:

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

- ◊ Συγκεντρωτική κατάσταση εις τριπλούν.
- ◊ Αναλυτικές καταστάσεις των κατηγοριών εις τριπλούν.
- ◊ Σύμβαση εκχώρησης

110

NAI

11

OXI

Σημείωση:

1. Παρακαλούμε για τη σωστή αναγραφή των στοιχείων λόγω μηχανογράφησης
2. Σε περίπτωση αλλαγής τα νέα στοιχεία να σημειώνονται με κόκκινη μελάνη

ΠΡΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (ΝΠΙΔ)

ΥΠΑΔ.....

Σας υποβάλλω συνημμένα φάκελο με εντολές υγειονομικής περίθαλψης ασφαλισμένων του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) που εκτελέστηκαν στο ιατρείο μου για το χρονικό διάστημα

ΜΗΝΑΣ / ΕΤΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ(0522-01).....€

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΤΟΛΩΝ

ΑΡ. ΗΜΕΡ/ΗΜΙΑ Δ.Π.Υ.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ (0522-02)€

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΤΟΛΩΝ

AP. HMEP/HNIA Δ.Π.Υ.

ΣΥΝΟΛ ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ €

Συγχρόνως δηλώνω ότι όλες οι εντολές Υγειονομικής Περίθαλψης είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και εκτελεσμένες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία

Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες για την εξόφληση του λογαριασμού .

...../...../20.....

ΑΡ ΛΟΓ. ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ[illegible]

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ

ΙΣΧΥΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΑΠΟ ΕΩΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ONOMA:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΤ/ΡΙΟΥ:.....

ΠΕΡΙΟΧΗ:

T. K:

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:

AP. KIN. THA.:

A.Φ.Μ:

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

- ◊ Συγκεντρωτική κατάσταση εις τριπλούν.
- ◊ Αναλυτικές καταστάσεις των κατηγοριών εις τριπλούν.
- ◊ Σύμβαση εκχώρησης

NAI OXI

Σημείωση:

1. Παρακαλούμε για τη σωστή αναγραφή των στοιχείων λόγω μηχανογράφησης
2. Σε περίπτωση αλλαγής τα νέα στοιχεία να σημειώνονται με κόκκινη μελάνη

ΠΡΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (ΝΠΔΔ)

ΥΠΑΔ.....

Σας υποβάλλω συνημμένα φάκελο με εντολές υγειονομικής περίθαλψης ασφαλισμένων του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) που εκτελέστηκαν στο εργαστήριο μου για το χρονικό διάστημα

ΜΗΝΑΣ / ΈΤΟΣ

AP. HMEP/HNIA A.L.Y.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΤΟΛΩΝ

ΠΑΡΑΚ/ΚΕΣ ΕΞ/ΣΕΙΣ(0523-01)..... €

Συγχρόνως δηλώνω ότι όλες οι εντολές Υγειονομικής Περιθάλψης είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και εκτελεσμένες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία

Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες για την εξόφληση του λογαριασμού .

...../...../20.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ

ΑΡ ΛΟΓ. ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ[illegible]

ΕΩΣ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ*

ΥΠΑΔ.....

Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ:

ПЕРІОХН:

T. K:

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:.....

AP. KIN. THA:

A.Φ.Μ: _____

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

- ◊ Συγκεντρωτική κατάσταση εις τριπλούν.
- ◊ Αναλυτικές καταστάσεις των κατηγοριών εις τριπλούν.
- ◊ Σύμβαση εκχώρησης

NAI OXI

Σημείωση:

1. Παρακαλούμε για τη σωστή αναγραφή των στοιχείων λόγω μηχανογράφησης
2. Σε περίπτωση αλλαγής τα νέα στοιχεία να σημειώνονται με κόκκινη μελάνη

Σας υποβάλλω συνημμένα φάκελο με εντολές υγειονομικής περιθάλψης ασφαλισμένων του Οργανισμού Περιθάλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) που εκτελέστηκαν στο εργαστήριό μας για το χρονικό διάστημα

ΜΗΝΑΣ / ΈΤΟΣ.....

ΙΑΤΡ. ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ(0522-01).....€

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΤΟΛΩΝ

AP. HMEP/HNIA Δ.Π.Υ.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ (0522-02) €

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΤΟΛΩΝ

ΑΡ. ΗΜΕΡ/ΗΜΙΑ Δ.Π.Υ......

ΠΑΡΑΚ/ΚΕΣ ΕΞ/ΣΕΙΣ(0523-01)..... €

ΑΡ. ΗΜΕΡ/ΗΝΙΑ Δ.Π.Υ......

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΤΟΛΩΝ

ΣΥΝΟΛ. ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ €

Συγχρόνως δηλώνω ότι όλες οι εντολές Υγειονομικής Περιθαλψης είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και εκτελεσμένες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία

Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες για την
εξόφληση του λογαριασμού .

...../...../20....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ

ΑΡ ΛΟΓ. ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ[illegible]

ΑΙΤΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ (ΚΑΕ 0521-01)

ΘΕΜΑ : ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ
(πληρωμής λογαριασμού)

ΕΠΩΝΥΜΟ/ΜΙΑ: _____

ONOMA:

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

Δ/ΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ:

ΠΕΡΙΟΧΗ:

T. K.

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:

AP. KIN. THA.:

A.Φ.Μ.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

- ◊ Συγκεντρωτική κατάσταση εις τριπλούν.
- ◊ Αναλυτικές καταστάσεις των κατηγοριών εις τριπλούν.
- ◊ Σύμβαση εκχώρησης

NAI **OXI**

Σημείωση:

1. Παρακαλούμε για τη σωστή αναγραφή των στοιχείων λόγω μηχανογράφησης
2. Σε περίπτωση αλλαγής τα νέα στοιχεία να σημειώνονται με κόκκινη μελάνη

ΠΡΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (ΝΠΙΔ)

ΥΠΛΔ.....

Σας υποβάλλω συνημμένα φάκελο με συνταγές ασφαλισμένων του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) που εκτελέστηκαν στο φαρμακείο μου για το χρονικό διάστημα από

ΜΗΝΑΣ /ΕΤΟΣ

AP. TIMOA.- HM/NIA.....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΤΑΓΩΝ

ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ (ΟΠΑΔ)......€

ΑΡ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ- ΗΜ/ΝΙΑ ΕΤΥΑΠ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΝΤΑΓΩΝ.....

ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ(ΕΤΥΑΠ).....€

Συγχρόνως δηλώνω ότι όλες οι εντολές Υγειονομικής Περιθαλψης είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και εκτελεσμένες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία

Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες για την
εξόφληση του λογαριασμού .

...../...../20.....

ΑΡ ΛΟΓ. ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ΙΣΧΥΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΑΠΟ ΕΩΣ

ΠΡΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (ΝΠΙΔ)

ΥΠΑΔ.....

Σας υποβάλλω συνημμένα κατάσταση φυσιοθεραπευτικών πράξεων ασφαλισμένων του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) μαζί με εγκεκριμένες εντολές περίθαλψης για το χρονικό διάστημα από

ΠΕΡΙΟΧΗ:

T. K:

ΜΗΝΑ /ΕΤΟΣ......

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:

ΑΡ.ΕΝΤΟΛΩΝ

AP. KIN. THA:

AP. Δ.Π.Υ.- ΗΜΕΡ/ΗΝΙΑ

A. Ф. М.:

ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΠΟΣΟ.....€

- ◇ Αναλυτικές καταστάσεις των κατηγοριών εις τριπλούν.
- ◇ Σύμβαση εκχώρησης

Page 10

NAI OXI

Συγχρόνως δηλώνω ότι όλες οι εντολές Υγειονομικής Περίθαλψης είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και εκτελεσμένες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες για την εξόφληση του λογαριασμού .

...../...../20.....

1. Παρακαλούμε για τη σωστή αναγραφή των στοιχείων λόγω μηχανογράφησης
2. Σε περίπτωση αλλαγής τα νέα στοιχεία να σημειώνονται με κόκκινη μελάνη

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ

ΑΡ ΛΟΓ. ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ[illegible]

[illegible]

ΑΙΤΗΣΗ ΟΠΤΙΚΟΥ (ΚΑΕ 0529-04)

ΙΣΧΥΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΑΠΟ ΕΩΣ
(Στην περίπτωση που έχει υπογραφεί ατομική σύμβαση)

ΘΕΜΑ : ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ
(πληρωμής λογαριασμού)

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ONOMA: _____

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤ/ΤΟΣ:

ΠΕΡΙΟΧΗ:

T. K:
.....

ΑΡ. ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ: 157-94534085477525-945597-75577033

AP. KIN.THA.: 15553.5+070403.4+1503+1.0+093+7.1-0305.5+5+6+5+7+030+02.1

A. Ф. М:
.....

ΠΡΟΣ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (ΝΠΔΔ)

ΥΠΑΔ.....

Σας υποβάλλω συνημμένα κατάσταση ασφαλισμένων του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) που προμηθεύτηκαν από το κατάστημα μας γυαλιά, μαζί με εγκεκριμένες εντολές Υγ. περίθαλψης για το χρονικό διάστημα από

ΜΗΝΟΣ /ΕΤΟΣ.

AP TIMOΛ. HMEP/ΝΙΑ

ΑΡ. ΕΝΘΛΩΝ

ΣΥΝΟΛ. ΑΙΤΟΥΜ. ΠΟΣΟ.....€

Συγχρόνως δηλώνω ότι όλες οι εντολές Υγειονομικής Περίθαλψης είναι κανονικά συμπληρωμένες, υπογεγραμμένες και εκτελεσμένες σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία

Παρακαλώ για τις δικές σας ενέργειες για την
εξόφληση του λογαριασμού .

...../...../20.....

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:

- ◇ Αναλυτικές καταστάσεις των κατηγοριών εις τριπλούν.
- ◇ Σύμβαση εκχώρησης

NAI **OXI**

Σημείωση:

1. Παρακαλούμε για τη σωστή αναγραφή των στοιχείων λόγω μηχανογράφησης
2. Σε περίπτωση αλλαγής τα νέα στοιχεία να σημειώνονται με κόκκινη μελάνη

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ

ΑΡ ΛΟΓ. ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ[illegible]