

Αριθ. Πρωτ.: 2813

Αθήνα, 15/2/2018

Τομέας: ΤΥΠ

Αρμόδιος υπάλληλος: Μαρία Γκιώνη

Τηλ.: 210-7264751

Email: gkioni@edoeap.gr

Π ρ ο ς

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΛΛΟΓΟ

Πλουτάρχου 3

10675 ΑΘΗΝΑ

Αξιότιμε κ Πρόεδρε,

Σε συνέχεια της με αριθμ. πρωτ. 1404/22-1-2018 επιστολής μας σας γνωρίζουμε τους όρους συνεργασίας που θα πρέπει να αποδεχθούν τα μέλη των Ιατρικών Συλλόγων των πρωτευουσών κάθε νομού της χώρας, ώστε να μπορούν να εξυπηρετούν ασφαλισμένους του ΕΔΟΕΑΠ. Επισημαίνεται ότι η διαδικασία αυτή αφορά μόνο ιατρούς πιστοποιημένους στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Οι παρακάτω όροι θα περιγραφούν και στη μεταξύ μας σύμβαση συνεργασίας.

- Ο Ε.Δ.Ο.Ε.Α.Π. αποζημιώνει παθολόγους και παιδίατρος για την 1^η και 2^η ιατρική επίσκεψη στο ιατρείο ή στο σπίτι με 20,00 € για κάθε εξέταση και για την 3^η και 4^η με 15,00 € αντίστοιχα. Ανώτατο όριο για τις δυο αυτές ειδικότητες αποτελούν οι 4 επισκέψεις το μήνα ανά ασφαλισμένο
- Ο Ε.Δ.Ο.Ε.Α.Π. αποζημιώνει ιατρούς λοιπών ειδικοτήτων για την 1^η και 2^η ιατρική επίσκεψη στο ιατρείο ή στο σπίτι με 20,00 € για κάθε εξέταση με ανώτατο όριο τις 2 επισκέψεις το μήνα ανά ασφαλισμένο, για κάθε ειδικότητα
- Για τις περιπτώσεις των ψυχιάτρων δικαιολογούνται επισκέψεις όπως για τις υπόλοιπες ειδικότητες. Σε περίπτωση που ο ιατρός κρίνει αναγκαίο να πραγματοποιηθούν συνεδρίες ψυχοθεραπείας, εγκρίνονται έως 4 συνεδρίες το μήνα, προς 20,00 € κάθε μία για 6 μήνες με γνωμάτευση που θα προσκομίσει ο ιατρός στον ΕΔΟΕΑΠ. Σε περίπτωση ανάγκης παράτασης των θεραπειών, ο ιατρός θα συντάσσει εκ νέου γνωμάτευση με την αναγκαιότητα συνέχισης της θεραπείας.
- Οι παραπάνω τιμές συμπεριλαμβάνουν και την πραγματοποίηση των παρακάτω εξετάσεων ανά ειδικότητα:
 1. αγγειοχειρουργική εξέταση: οδός έλεγχος σιαμικής ροής σε αρτηρίες και φλέβες άνω και κάτω άκρων με απλή συσκευή Doppler
 2. γαστρεντερολογική και ουρολογική εξέταση: δακτυλική εξέταση ορθού

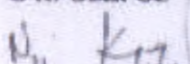
1. γυναικολογική εξέταση: κολποσκόπηση
2. δερματολογική εξέταση: επισκόπηση με δερματοσκόπιο και εξέταση με λυχνία WOOD
3. καρδιολογική εξέταση: ηλεκτροκαρδιογράφημα
4. αρθροπεδική εξέταση: στατικόκινητικός έλεγχος επιμέρους περιοχών του μυοσκελετικού συστήματος, δοκιμασίες μυϊκής ισχύος, δοκιμασίες αισθητικότητας, εκτίμηση τενόντων αντανάκλαστικών, ειδικοί διαγνωστικοί διαφόρων αρθρώσεων (Lachman, McMurray, Arley κ.α.)
5. οφθαλμολογική εξέταση: τονομέτρηση, μέτρηση οπτικού πεδίου, μέτρηση οπτικής αξύτητας, εξέταση με σχισμοειδή λυχνία και απλή βυθομέτρηση
6. πνευμονολογική εξέταση: σπειρομέτρηση και καρπύλη ροής όγκου
7. παιδιατρική και παθολογική εξέταση: εμβολιασμοί πάσης φύσεως, σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών
8. Ωτορρινολαρυγγολογική εξέταση: εξέταση σταματικής κοιλότητας και φάρυγγα, ωτοσκόπηση, σφαίριση βυσμάτων ωτών, εκτίμηση ακοής δια ταναδοτιών και ομιλίας, πρόσθια και οπίσθια ρινοσκόπηση, έμμεση λαρυγγασκόπηση
9. για οποιαδήποτε άλλη εξέταση της ειδικότητας κάθε ιατρού ο ΕΔΟΕΑΠ αποζημιώνει με τις τιμές του εκάστοτε ισχύοντος κρατικού τιμολογίου μειωμένες κατά 20%.

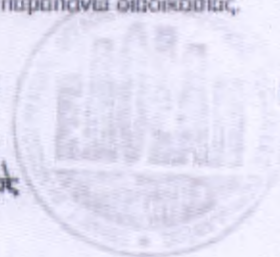
- Εάν κατά την εξέταση ασφαλισμένου του ΕΔΟΕΑΠ ο ιατρός κρίνει αναγκαία την παραπομπή για διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, εκδίδει το σχετικό παραπεμπτικό από το πρόγραμμα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και συμπληρώνει χειρόγραφο τη συμμετοχή του ασφαλισμένου (σχετικές οδηγίες υπάρχουν στην ιστοσελίδα του Οργανισμού)
- Εάν κατά την εξέταση ασφαλισμένου του ΕΔΟΕΑΠ ο ιατρός κρίνει αναγκαία τη χορήγηση φαρμάκων, εκδίδει τη σχετική συνταγή από το πρόγραμμα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, σύμφωνα με την εμπορική ονομασία του φαρμάκου

Παρακαλείσθε να ενημερώσετε τους κατά τόπου συλλόγους ότι τα μέλη τους που θα αποδεχθούν τους παραπάνω όρους θα πρέπει να υποβάλλουν στον ΕΔΟΕΑΠ υπεύθυνη δήλωση του Ν 1599/86 σύμφωνα με το συνημμένο υπόδειγμα, επικυρωμένη για το γνήσιο της υπογραφής τους.

Ευελπιστώντας στη θετική ανταπόκρισή σας, παραμένουμε στη διάθεσή σας ώστε να ορίσουμε τις λεπτομέρειες της παραπάνω διαδικασίας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ


Νίκος Καρούφιας



Η ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ


Άντζυ Σταθάτου

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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

ΠΡΟΣ⁽¹⁾ ΕΔΟΕΑΠ			
Ο - Η Όνομα:	Επώνυμο:		
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα			
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας			
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾			
Τόπος Γέννησης			
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας	Τηλ:		
Τόπος Κατοικίας	Οδός	Αριθ.	ΤΚ
Αρ. Τηλεμετασπομπής (Fax)	Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):		

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Δηλώνω ότι αποδέχομαι την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του ΕΔΟΕΑΠ, σύμφωνα με τους όρους της μεταξύ του ΕΔΟΕΑΠ και του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου σύμβασης(4)

Ημερομηνία: 20

Ο - Η Δ/η,

(Υπογραφή)

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

(2) Αναγράφεται αλφαριθμητικά.

(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 υπεύθυνος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπαθήσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».

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