



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr

Αθήνα, 23-5-2014

**Δ/ΝΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ & ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ
ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ**

Δ/ση: Απ. Παύλου 12 – Μαρούσι, 15123
Πληροφ. Α. Ιωάννου, Σπ. Αντζουλάτου
Τηλ. 210 8110725- 210 8110726
Email. d9.t4@eopyy.gov.gr

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

**« ΔΙΕΥΚΡΙΝΗΣΕΙΣ ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΣΥΝΑΨΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΙΑΤΡΩΝ
ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑΣ»**

Επί της διαδικασίας σύναψης συμβάσεων, η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη, ύστερα από την 16/5/14 ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ του Οργανισμού, επισημαίνεται ότι:

Οι γιατροί οι οποίοι υπέβαλλαν ηλεκτρονικά τη «Δήλωση ιατρού για την παροχή υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ», υποχρεούνται να καταθέσουν τα σχέδια συμβάσεων (βάσει προηγούμενων οδηγιών) στις αρμόδιες Περιφερειακές Διευθύνσεις του ΕΟΠΥΥ.

Κατά την κατάθεση των συμβάσεων (σε τρία αντίτυπα) θα πρέπει απαραίτητως να συνυποβάλλουν:

- Το αποδεικτικό της ηλεκτρονικής υποβολής της «Δήλωσης ιατρού για την παροχή υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ».
- Υπεύθυνη Δήλωση για τις ιατρικές πράξεις τις οποίες ο ιατρός δύναται να εκτελεί στο ιατρείο του, βάσει της ειδικότητάς του και του ιατρικού εξοπλισμού που διαθέτει (η δήλωση θα παρέχεται από την Περιφερειακή Διεύθυνση του ΕΟΠΥΥ)

Οι Ιδιώτες Ιατροί, με έδρα ιατρείου στην Κεφαλονιά, που δεν είχαν εργασιακή σχέση με τον ΕΟΠΥΥ, και δεν τους δίνεται η δυνατότητα Ηλεκτρονικής Υποβολής της ΔΗΛΩΣΗΣ ΙΑΤΡΟΥ, και επιθυμούν τώρα να συνάψουν σύμβαση (διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 182 του Ν.4261/14), θα πρέπει να καταθέσουν στην Περιφερειακή Διεύθυνση ΕΟΠΥΥ Κεφαλληνίας (Στ. Μεταξά 6, τ.κ. 28 100, Αργοστόλι) τα παρακάτω :

- Το έντυπο «Δήλωση ιατρού για την παροχή υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ», το οποίο θα παρέχεται από την Περιφερειακή Διεύθυνση ΕΟΠΥΥ Κεφαλληνίας. **Το έντυπο της ΔΗΛΩΣΗΣ επέχει θέση αίτησης και θα πρωτοκολλείται.**

- Τρία αντίτυπα σχεδίου συμβάσεων συμπληρωμένα ως προς τα στοιχεία του συμβαλλόμενου ιατρού. Τα έντυπα συμβάσεων θα έχουν τη μονογραφή του ιατρού σε κάθε σελίδα και υπογραφή – σφραγίδα στο τέλος του εντύπου στη θέση «ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ –ΙΑΤΡΟΣ» φέροντας το γνήσιο της υπογραφής του ιατρού

- Υπεύθυνη Δήλωση για τις ιατρικές πράξεις τις οποίες ο ιατρός δύναται να εκτελεί στο ιατρείο του, βάσει της ειδικότητάς του και του ιατρικού εξοπλισμού που διαθέτει (η δήλωση θα παρέχεται από την Περιφερειακή Διεύθυνση του ΕΟΠΥΥ)

Προϋπόθεση, και στις δυο περιπτώσεις, η άδεια λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου την οποία θα αναζητήσει ο Οργανισμός από τον οικείο Ιατρικό Σύλλογο.

Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ