Περιεχόμενα

Οφθαλμολογία

99203 5
99213 6
99441 7
31231 8
64612-RT 9
64612-LT 10
65205 11
65222 12
65275 13
65420 14
65430 15
65450 16
65600 17
65855-RT 18
65855-LT 19
65860 20
65865 21
66250 22
66761-RT 23
66761-LT 24
66762-RT 25
66762-LT 26
66821-RT 27
66821-LT 28
67028-RT 29
67028-LT 31
67101 33
67105 34
67110 35
67141-RT 36
67141-LT 37
67145-RT 38
67145-LT 39

67208-RT 40
67208-LT 41
67210-RT 42
67210-LT 43
67227-RT 44
67227-LT 45
67228-RT 46
67228-LT 47
67800 48
67801 49
67915 51
67922 52
67938 53
68200 54
68761-RT 56
68761-LT 57
68801 58
68810 59
68815 60
68816 61
68850 62
76510 63
76511 64
76512 65
76513 66
76514 67
76519-RT 69
76519-LT 70
76529 71
92020 72
92025 74
92060 75
92060-CHILD 76
92071-RT 77
92071-LT 78
92072-RT 79

92072-LT 80
92081 81
92082 82
92083 83
92134 84
92136-RT 86
92136-LT 87
92225 88
92235 89
92240 90
92242 91
92250 92
92270 93
92275 94
92284 95
92285 96
92286 97
92287 98
95060 99
95930 100
96931 101
99070 102
99174 103
CY089 104
CY125 106
CY172 108
CY173: 110
CY216-RT: 112
CY216-LT: 113
CY218-RT: 114
CY218-LT: 115
CY219-RT: 116
CY219-LT: 117
CY220: 118
CY221 121
CY224: 124

CY225:.....127
CY226:.....130
CY227:.....133
CY243:.....136
CY244:.....140
CY293.....144
CY294.....153
CY295.....162

Οφθαλμολογία

99203: **Office or other outpatient visit for the evaluation and management of a new patient, which requires these 3 key components: A detailed history; A detailed examination; Medical decision making of low complexity. Counseling and/or coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are of moderate severity. Typically, 30 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

99213: **Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components: An expanded problem focused history; An expanded problem focused examination; Medical decision making of low complexity. Counseling and coordination of care with other physicians, other qualified health care professionals, or agencies are provided consistent with the nature of the problem(s) and the patient's and/or family's needs. Usually, the presenting problem(s) are of low to moderate severity. Typically, 15 minutes are spent face-to-face with the patient and/or family.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

99441: **Telephone evaluation and management service by a physician or other qualified health care professional who may report evaluation and management services provided to an established patient, parent, or guardian not originating from a related E/M service provided within the previous 7 days nor leading to an E/M service or procedure within the next 24 hours or soonest available appointment; 5-10 minutes of medical discussion.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

31231: Nasal endoscopy, diagnostic, unilateral or bilateral (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 5% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλες ενδοσκοπήσεις που δίνουν παρόμοια αποτελέσματα.

- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν οι απεικονίσεις της ρινοσκόπησης με την έκθεση αποτελεσμάτων.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή πρέπει να υποβληθεί σε συνδυασμό με μία τις εξής διαγνώσεις: R43.0, C30.0, C31.0, C31.1, C31.2, C31.3, C31.8, C31.9, C12, D21.9, D21.0, C86.0, J01.0, J30.0, J30.1, J30.2, J30.3, J30.4, J31.0, J32.0, J32.1, J32.2, J32.3, J32.4, J32.8, J32.9, J33.0, J33.1, J33.8, J33.9, J34.0, J34.1, J34.2, J34.3, J34.8, J35.8, K04.6, J01.2, J01.3, J01.4, J01.8, J01.9, J01.1, R43.0, R43.1, R43.8, R04.0, T17.0, T70.1, H04.5.

    - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με την ακόλουθη διάγνωση περιλαμβάνει προειδοποίηση: R09.8.

Οφθαλμολογία

64612-RT: **Chemodenervation of muscle(s); muscle(s) innervated by facial nerve, unilateral (e.g., for blepharospasm, hemifacial spasm).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

64612-LT: **Chemodenervation of muscle(s); muscle(s) innervated by facial nerve, unilateral (e.g., for blepharospasm, hemifacial spasm).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

65205: **Removal of foreign body, external eye; conjunctival superficial.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 65222.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, H10.9, H52.3, N92.5, K58.0, K58.9, N92.6, R10.1, R10.2, R10.3.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 7% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Οφθαλμολογία

65222: **Removal of foreign body, external eye; corneal, with slit lamp.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 65205, 65575.
- Διαγνώσεις
    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B08.1, I10, H10.4, H16.9, H50.1, H53.8.
- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 7% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Οφθαλμολογία

65275: **Repair of laceration; cornea, nonperforating, with or without removal foreign body.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Η δραστηριότητα απαιτεί μεταφόρτωση αρχείου φωτοτεκμηρίωσης όπου θα τεκμηριώνεται η εικόνα πριν την διεργασία.

- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Οφθαλμολογία

65420: **Excision or transposition of pterygium; without graft.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Η δραστηριότητα απαιτεί μεταφόρτωση αρχείου φωτοτεκμηρίωσης όπου θα τεκμηριώνεται η εικόνα πριν την διεργασία.

- Δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με άλλη δραστηριότητα, εξαιρουμένων των κωδικών χρήσης εξειδικευμένων εγκαταστάσεων CY089 και CY125.

Οφθαλμολογία

65430: **Scraping of cornea, diagnostic, for smear and/or culture.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

65450: **Destruction of lesion of cornea by cryotherapy, photocoagulation or thermocauterization.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

65600: **Multiple punctures of anterior cornea (e.g. for corneal erosion, tattoo).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

65855-RT: **Trabeculoplasty by laser surgery.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τον κωδικό 92020.

Οφθαλμολογία

65855-LT: **Trabeculoplasty by laser surgery.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τον κωδικό 92020.

Οφθαλμολογία

65860: **Severing adhesions of anterior segment, laser technique (separate procedure).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

65865: **Severing adhesions of anterior segment of eye, incisional technique (with or without injection of air or liquid) (separate procedure); Goniosynechiae.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

66250: **Revision or repair of operative wound of anterior segment, any type, early or late, major or minor procedure.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

66761-RT: **Iridotomy/iridectomy by laser surgery (e.g., for glaucoma) (per session).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 66762-RT, 66762-LT.
- Διαγνώσεις
    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: K21.9.

Οφθαλμολογία

66761-LT: **Iridotomy/iridectomy by laser surgery (e.g., for glaucoma) (per session).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 66762-RT, 66762-LT.
- Διαγνώσεις
    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: K21.9.

Οφθαλμολογία

66762-RT: **Iridoplasty by photocoagulation (1 or more sessions) (e.g., for improvement of vision, for widening of anterior chamber angle).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 66761-RT, 66761-LT.

Οφθαλμολογία

66762-LT: **Iridoplasty by photocoagulation (1 or more sessions) (e.g. for improvement of vision, for widening of anterior chamber angle).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 66761-RT, 66761-LT.

Οφθαλμολογία

66821-RT: **Discission of secondary membranous cataract (opacified posterior lens capsule and/or anterior hyaloid); laser surgery (e.g. YAG laser) (1 or more stages).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά οφθαλμό ανά ασθενή.

- Μόνο σε ασθενείς που έχουν προηγουμένως υποβληθεί σε επέμβαση αφαίρεσης καταρράκτη.

Οφθαλμολογία

66821-LT: **Discission of secondary membranous cataract (opacified posterior lens capsule and/or anterior hyaloid); laser surgery (e.g. YAG laser) (1 or more stages).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά οφθαλμό ανά ασθενή.

- Μόνο σε ασθενείς που έχουν προηγουμένως υποβληθεί σε επέμβαση αφαίρεσης καταρράκτη.

Οφθαλμολογία

67028-RT: **Intravitreal injection of a pharmacologic agent (separate procedure).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολόγιου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για ενδοϋαλοειδική ένεση φαρμακολογικού παράγοντα
(για κωδικούς 67028RT, 67028 LT)

Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης για την ιατρική πράξη που αφορά στην ενδοϋαλοειδική ένεση φαρμακολογικού παράγοντα παρακαλείστε όπως συμπληρώνετε τα ακόλουθα πεδία:

α) Διάγνωση*……

β) Όνομα φαρμακολογικού παράγοντα* ……

γ) Δοσολογία Φαρμακολογικού Παράγοντα (mg, mL, cc) * ……

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα όλα τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

*Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

Οφθαλμολογία

67028-LT: **Intravitreal injection of a pharmacologic agent (separate procedure).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολόγιου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για ενδοϋαλοειδική ένεση φαρμακολογικού παράγοντα
(για κωδικούς 67028RT, 67028 LT)

Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης για την ιατρική πράξη που αφορά στην ενδοϋαλοειδική ένεση φαρμακολογικού παράγοντα παρακαλείστε όπως συμπληρώνετε τα ακόλουθα πεδία:

α) Διάγνωση*……

β) Όνομα φαρμακολογικού παράγοντα* ……

γ) Δοσολογία Φαρμακολογικού Παράγοντα (mg, mL, cc) * ……

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα όλα τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

*Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

Οφθαλμολογία

67101: **Repair of retinal detachment, 1 or more sessions; cryotherapy or diathermy, with or without drainage of subretinal fluid.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 67105 ή 67110.

Οφθαλμολογία

67105: **Repair of retinal detachment, 1 or more sessions; photocoagulation, with or without drainage of subretinal fluid.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 67110, 67101.

Οφθαλμολογία

67110: **Repair of retinal detachment; by injection of air or other gas (e.g. pneumatic retinopexy).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 67101, 67105.

Οφθαλμολογία

67141-RT: **Prophylaxis of retinal detachment (e.g. retinal break, lattice degeneration) without drainage, 1 or more sessions; cryotherapy, diathermy.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 67145RT/LT.

Οφθαλμολογία

67141-LT: **Prophylaxis of retinal detachment (e.g. retinal break, lattice degeneration) without drainage, 1 or more sessions; cryotherapy, diathermy.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 67145RT/LT.

Οφθαλμολογία

67145-RT: **Prophylaxis of retinal detachment (e.g. retinal break, lattice degeneration) without drainage, 1 or more sessions; photocoagulation (laser or xenon arc).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 67141RT/LT.

Οφθαλμολογία

67145-LT: **Prophylaxis of retinal detachment (e.g., retinal break, lattice degeneration) without drainage, 1 or more sessions; photocoagulation (laser or xenon arc).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 67141RT/LT.

Οφθαλμολογία

67208-RT: **Destruction of localized lesion of retina (e.g., macular edema, tumors), 1 or more sessions; cryotherapy, diathermy.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 67210-RT, 67210-LT, 67227-RT, 67227-LT, 67228-RT, 67228-LT.

Οφθαλμολογία

67208-LT: **Destruction of localized lesion of retina (e.g., macular edema, tumors), 1 or more sessions; cryotherapy, diathermy.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 67210-RT, 67210-LT, 67227-RT, 67227-LT, 67228-RT, 67228-LT.

Οφθαλμολογία

67210-RT: **Destruction of localized lesion of retina (e.g. macular edema, tumors), 1 or more sessions; photocoagulation.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες 67208-RT, 67208-LT, 67227-RT, 67227-LT, 67228-RT, 67228-LT.
- Διαγνώσεις
    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B49, H53.8.

Οφθαλμολογία

67210-LT: **Destruction of localized lesion of retina (e.g., macular edema, tumors), 1 or more sessions; photocoagulation.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες 67208-RT, 67208-LT, 67227-RT, 67227-LT, 67228-RT, 67228-LT.
- Διαγνώσεις
    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B49, H53.8.

Οφθαλμολογία

67227-RT: **Destruction of extensive or progressive retinopathy (e.g. diabetic retinopathy), cryotherapy, diathermy.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες 67208-RT, 67208-LT, 67210-RT, 67210-LT, 67228-RT, 67228-LT.

Οφθαλμολογία

67227-LT: **Destruction of extensive or progressive retinopathy (e.g., diabetic retinopathy), cryotherapy, diathermy.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες 67208-RT, 67208-LT, 67210-RT, 67210-LT, 67228-RT, 67228-LT.

Οφθαλμολογία

67228-RT: **Treatment of extensive or progressive retinopathy (e.g. diabetic retinopathy), photocoagulation.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες 67208-RT, 67208-LT, 67210-RT, 67210-LT, 67227-RT, 67227-LT.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: H10.4, E01.0, E01.1, E01.2, E04.2, R94.5.

Οφθαλμολογία

67228-LT: **Treatment of extensive or progressive retinopathy (e.g. diabetic retinopathy), photocoagulation.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες 67208-RT, 67208-LT, 67210-RT, 67210-LT, 67227-RT, 67227-LT.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: H10.4, E01.0, E01.1, E01.2, E04.2, R94.5.

Οφθαλμολογία

67800: **Excision of chalazion; single.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με άλλη δραστηριότητα, εξαιρουμένων των κωδικών χρήσης εξειδικευμένων εγκαταστάσεων CY089 και CY125.

- Η δραστηριότητα απαιτεί μεταφόρτωση αρχείου φωτοτεκμηρίωσης όπου θα τεκμηριώνεται η εικόνα πριν την διεργασία.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 5% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Οφθαλμολογία

67801: **Excision of chalazion; multiple, same lid.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με άλλη δραστηριότητα, εξαιρουμένων των κωδικών χρήσης εξειδικευμένων εγκαταστάσεων CY089 και CY125.

- Η δραστηριότητα απαιτεί μεταφόρτωση αρχείου φωτοτεκμηρίωσης όπου θα τεκμηριώνεται η εικόνα πριν την διεργασία.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 4% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Οφθαλμολογία

67805: Excision of chalazion; multiple, different lids.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με άλλη δραστηριότητα, εξαιρουμένων των κωδικών χρήσης εξειδικευμένων εγκαταστάσεων CY089 και CY125.

- Η δραστηριότητα απαιτεί μεταφόρτωση αρχείου φωτοτεκμηρίωσης όπου θα τεκμηριώνεται η εικόνα πριν την διεργασία.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 2% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Οφθαλμολογία

67915: **Repair of ectropion; thermocauterization.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 67922.

Οφθαλμολογία

67922: **Repair of entropion; thermocauterization.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 67915.

Οφθαλμολογία

67938: **Removal of embedded foreign body, eyelid.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Απαιτεί μεταφόρτωση αρχείου φωτοτεκμηρίωσης όπου θα τεκμηριώνεται η εικόνα **πριν και μετά** την αποκατάσταση.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 1% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Οφθαλμολογία

68200: **Subconjunctival injection.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολόγιου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για Ένεση υπό τον επιπεφυκότα
(για κωδικό 68200)

Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης για την ιατρική πράξη που αφορά στην ένεση φαρμακολογικού παράγοντα υπό τον επιπεφυκότα παρακαλείστε όπως συμπληρώνετε τα ακόλουθα πεδία:

α) Διάγνωση*……

β) Όνομα φαρμακολογικού παράγοντα* ……

γ) Δοσολογία Φαρμακολογικού Παράγοντα* ……

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα όλα τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

*Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

Οφθαλμολογία

68761-RT: **Closure of the lacrimal punctum; by plug, each.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: H53.8.

Οφθαλμολογία

68761-LT: **Closure of the lacrimal punctum; by plug, each.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: H53.8.

Οφθαλμολογία

68801: **Dilation of lacrimal punctum, with or without irrigation.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τον κωδικό 68810.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 6% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Οφθαλμολογία

68810: **Probing of nasolacrimal duct, with or without irrigation.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τον κωδικό 68801.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 6% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Οφθαλμολογία

68815: **Probing of nasolacrimal duct, with or without irrigation; with insertion of tube or stent.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 68816.

Οφθαλμολογία

68816: **Probing of nasolacrimal duct, with or without irrigation; with transluminal balloon catheter dilation.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 68815.

Οφθαλμολογία

68850: **Injection of contrast medium for dacryocystography.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

76510: **Ophthalmic ultrasound, diagnostic; B-scan and quantitative A-scan performed during the same patient encounter.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 76511.
- Διαγνώσεις
    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: H44.5, H50.1.

Οφθαλμολογία

76511: **Ophthalmic ultrasound, diagnostic; quantitative A-scan only.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 76510.

Οφθαλμολογία

76512: **Ophthalmic ultrasound, diagnostic; B-scan (with or without superimposed non-quantitative A-scan).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

76513: **Ophthalmic ultrasound, diagnostic; anterior segment ultrasound, immersion (water bath) B-scan or high resolution biomicroscopy.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

76514: **Ophthalmic ultrasound, diagnostic; corneal pachymetry, unilateral or bilateral (determination of corneal thickness).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: H10.4, H57.0, H53.8, G93.3, O99.8.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 7% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολόγιου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για διενέργεια παχυμετρίας κερατοειδούς
(Για τον κωδικο76514)

Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης για την ιατρική πράξη που αφορά στην παχυμετρία παρακαλείστε όπως συμπληρώνετε το ακόλουθο πεδίο:

Διάγνωση/Ένδειξη διενέργειας δραστηριότητας*……

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα όλα τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

*Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

Οφθαλμολογία

76519-RT: **Ophthalmic biometry by ultrasound echography, A-scan; with intraocular lens power calculation.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Αφορά στην διενέργεια της εξέτασης στον δεξιό οφθαλμό.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 92136-RT και 92136-LT.

- Η δραστηριότητα απαιτεί μεταφόρτωση αρχείου με τα αποτελέσματα της εξέτασης όπως αυτά εξάγονται από το μηχάνημα βιομετρίας, όπως επίσης και με τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμό ταυτότητας) και ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας.

- Η εξέταση βιομετρίας δύναται να πραγματοποιείται μέχρι και 4 μήνες προ της προγραμματισμένης επέμβασης καταρράκτη και η απαίτηση θα πρέπει να υποβάλλεται εντός 7 ημερών από την ημέρα δημιουργίας της επίσκεψης κατά την οποία πραγματοποιήθηκε η εν λόγω διεργασία.

- Γίνεται αποδεκτή μόνο μία εξέταση βιομετρίας ανά επέμβαση καταρράκτη, ανά οφθαλμό και σε περιπτώσεις όπου η επέμβαση καταρράκτη δεν έχει διενεργηθεί, η εξέταση βιομετρίας δεν θα αποζημιώνεται.

Οφθαλμολογία

76519-LT: **Ophthalmic biometry by ultrasound echography, A-scan; with intraocular lens power calculation.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Αφορά στην διενέργεια της εξέτασης στον αριστερό οφθαλμό.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 92136-RT και 92136-LT.

- Η δραστηριότητα απαιτεί μεταφόρτωση αρχείου με τα αποτελέσματα της εξέτασης όπως αυτά εξάγονται από το μηχάνημα βιομετρίας, όπως επίσης και με τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμό ταυτότητας) και ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας.

- Η εξέταση βιομετρίας δύναται να πραγματοποιείται μέχρι και 4 μήνες προ της προγραμματισμένης επέμβασης καταρράκτη και η απαίτηση θα πρέπει να υποβάλλεται εντός 7 ημερών από την ημέρα δημιουργίας της επίσκεψης κατά την οποία πραγματοποιήθηκε η εν λόγω διεργασία.

- Γίνεται αποδεκτή μόνο μία εξέταση βιομετρίας ανά επέμβαση καταρράκτη, ανά οφθαλμό και σε περιπτώσεις όπου η επέμβαση καταρράκτη δεν έχει διενεργηθεί, η εξέταση βιομετρίας δεν θα αποζημιώνεται.

Οφθαλμολογία

76529: **Ophthalmic ultrasonic foreign body localization.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

92020: **Gonioscopy (separate procedure).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τον κωδικό 65855-RT/LT.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: H10.4, H52.6, H53.8, H53.9, E03.9, R10.3.

    - Η δραστηριότητα αυτή μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις : H40.0-9, H21.0-8, H35.2, H36, E10, E11, H44.6-7, H59.

    - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με την ακόλουθη διάγνωση περιλαμβάνει προειδοποίηση: H40.0.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 4% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

- Προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολόγιου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την διενέργεια Γονιοσκόπησης

(για τον κωδικό 92020)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη διενέργεια της γονιοσκόπησης εφόσον πληρείται τουλάχιστον μια εκ των πιο κάτω ενδείξεων:

1. Γλαύκωμα
2. Διαταραχές του βολβού
3. Διαταραχές του αμφιβληστροειδούς
4. Διαταραχές του χοριοειδούς
5. Διαταραχές της ίριδας και του ακτινωτού σώματος
6. Καταρράκτης
7. Μελάγχρωση κερατοειδούς
8. Αφακία
9. Νεόπλασμα του οφθαλμού
10. Τραυματισμός του οφθαλμού
11. Ύπαρξη συστηματικών ασθενειών (π.χ. Σαρκοείδωση/Διαβήτης)
12. Μετεγχειρητική αντιμετώπιση οφθαλμικών επεμβάσεων (π.χ. Ψευδοφακία)

- **Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1-12) ισχύει*: ……..**

- **Παρακαλώ όπως καταχωρίσετε τα ευρήματα σας μετά τη διενέργεια της δραστηριότητας*: ……**

- Να σημειωθεί ότι για πρωτοπαθές γλαύκωμα κλειστής γωνίας, η γονιοσκόπηση αποζημιώνεται μέχρι **4 φορές** για το 1ο έτος μετά και τη διάγνωση του ασθενούς και στην συνέχεια μέχρι **2 φορές** ετησίως (για τον ίδιο ασθενή).

- Σε περίπτωση οξέος επεισοδίου γλαυκώματος ανοιχτής γωνίας, η γονιοσκόπηση αποζημιώνεται για κάθε υφιστάμενο ασθενή στις ακόλουθες περιπτώσεις:
  - 24 ώρες μετά από επέμβαση περιφερικής ιριδοτομής με λέιζερ (LPI) και στη συνέχεια
    - μέχρι και **4 φορές** για τον ίδιο ασθενή κατά την διάρκεια του 1ου έτους,
    - μέχρι και **2 φορές** ετησίως για το 2ο έτος παρακολούθησης του ίδιου ασθενή και
    - στη συνέχεια μέχρι και **1 φορά** ανά έτος για τον υφιστάμενο ασθενή

- Σε περίπτωση άλλων παθήσεων η γονιοσκόπηση αποζημιώνεται μέχρι **1 φορά** ανά έτος.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

☐ Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα.

Οφθαλμολογία

92025: **Computerized corneal topography, unilateral or bilateral, with interpretation and report.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: H01.8, G44.1, H26.9, J30.0, R42, R51.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 6% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Οφθαλμολογία

92060: **Sensorimotor examination with multiple measurements of ocular deviation (e.g. restrictive or paretic muscle with diplopia) with interpretation and report (separate procedure).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B08.1, I10, H10.4, H53.2.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβληθεί σε άτομα άνω των 6 ετών και **μόνο επί παθολογικού αποτελέσματος** το οποίο θα πρέπει να τεκμηριώνεται στις κλινικές σημειώσεις της επίσκεψης.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 6% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Οφθαλμολογία

92060-CHILD: **Sensorimotor examination with multiple measurements of ocular deviation (e.g. restrictive or paretic muscle with diplopia) with interpretation and report (separate procedure).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβληθεί σε παιδία κάτω των 6 ετών.

Οφθαλμολογία

92071-RT: **Fitting of contact lens for treatment of ocular surface disease.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

92071-LT: **Fitting of contact lens for treatment of ocular surface disease.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

92072-RT: **Fitting of contact lens for management of keratoconus, initial fitting.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

92072-LT: **Fitting of contact lens for management of keratoconus, initial fitting.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

92081: **Visual field examination, unilateral or bilateral, with interpretation and report; limited examination (e.g. tangent screen, Autoplot, arc perimeter, or single stimulus level automated test, such as Octopus 3 or 7 equivalent).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες 92082 και 92083.

Οφθαλμολογία

92082: **Visual field examination, unilateral or bilateral, with interpretation and report; intermediate examination (e.g. at least 2 isopters on Goldmann perimeter, or semiquantitative, automated suprathreshold screening program, Humphrey suprathreshold automatic diagnostic test, Octopus program 33).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες 92081 και 92083.

Οφθαλμολογία

92083: **Visual field examination, unilateral or bilateral, with interpretation and report; extended examination (e.g. Goldmann visual fields with at least 3 isopters plotted and static determination within the central 30 degrees, or quantitative, automated threshold perimetry, Octopus program G-1, 32 or 42, Humphrey visual field analyzer full threshold programs 30-2, 24-2, or 30/60-2).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν μπορεί να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες 92081 και 92082.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, G44.1, R42, R51.

    - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με την ακόλουθη διάγνωση περιλαμβάνει προειδοποίηση: H10.4.

Οφθαλμολογία

92134: **Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging, posterior segment, with interpretation and report, unilateral or bilateral; retina.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 30% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

- Ο Οργανισμός αποζημιώνει αιτήματα ΜΟΝΟ στη βάση της διάγνωσης και συγκεκριμένων ενδείξεων, αποζημιώνονται δηλαδή μόνο τα παθολογικά OCT ανεξάρτητα του αν ο ιατρός επιλέγει να διενεργεί την εν λόγω εξέταση για σκοπούς δικούς του.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή πρέπει να υποβληθεί σε άτομα με μια από τις ακόλουθες διαγνώσεις και υποκατηγορίες αυτών: C69,1, C69.2, C69.3, D31.2, D31.3, E10.3, E11.3, H05.0, H05.1, H06.2, H30.0, H30.1, H30.2, H30.8, H30.9, H31.0, H31.1, H31.2, H31.3, H31.4, H31.8, H31.9, H32.0, H32.8, H33.0, H34.0, H34.1, H34.2, H34.8, H34.9, H35.0, H35.1, H35.2, H35.3, H35.4, H35.5, H35.6, H35.7, H35.8, H35.9, H36.0, H36.8, H40.0, H40.1, H40.2, H40.3, H40.4, H40.5, H40.6, H40.8, H42.0, H42.8, H44.0, H44.1, H44.2, H45.0, H45.1, H45.8, H46, H47.0, H47.1, H47.2, H47.3, H48.0, H48.1, H48.8, H53.4, Q14.0, Q14.1, Q14.2, Q14.3, Q14.8, Q14.9 S05.0, S06.0, Z09.0.

- Στις περιπτώσεις όπου η εξέταση OCT διενεργείται στο πλαίσιο έναρξης ενδοϋαλοειδικής θεραπείας ή για την παρακολούθηση και αξιολόγηση της ανταπόκρισης στη φαρμακευτική αγωγή με ενδοϋαλοειδική ένεση, η συχνότητα διενέργειας της εξέτασης καθορίζεται από τον θεράποντα ιατρό για τις ακόλουθες διαγνώσεις:

    - H34.2
    - H34.8
    - H34.9

- H35.3
- H36.0

- Στις ανωτέρω περιπτώσεις, η διενέργεια επαναληπτικής εξέτασης δεν επιτρέπεται πριν την παρέλευση 28 ημερών από την προηγούμενη εξέταση, ενώ η ένδειξη πρέπει να τεκμηριώνεται επαρκώς στις κλινικές σημειώσεις της απαίτησης καταγράφοντας το όνομα του φαρμακευτικού σκευάσματος, την εξέλιξη της πορείας του ασθενή και τον λόγο διενέργειας της εξέτασης (διενέργεια της εξέτασης προς αξιολόγηση για έναρξη θεραπείας, συνέχιση θεραπείας κ.τ.λ.)

- Για τις περιπτώσεις όπου η διενέργεια της εξέτασης **ΔΕΝ** σχετίζεται με ενδοϋαλοειδική θεραπεία, **δεν καλύπτεται η επανάληψη της εξέτασης εντός διαστήματος μικρότερου του ενός (1) έτους**, με εξαίρεση τις πιο κάτω περιπτώσεις, στις οποίες ισχύουν συγκεκριμένα όρια επανάληψης:
  - H35.3 – Εκφύλιση της ωχράς κηλίδας και του οπισθίου πόλου
    ➤ Μέγιστο: 1 φορά ανά 28 ημέρες
  - H34.8 – Αποφράξεις αγγείων (θρόμβωση φλέβας)
    ➤ Μέγιστο: 3 φορές/ετησίως
  - H35.7 – Διαχωρισμός των στιβάδων του αμφιβληστροειδούς
    ➤ Μέγιστο: 2 φορές/ετησίως
  - H36.0 – Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια
    ➤ Μέγιστο: 2 φορές/ετησίως
  - H46.0 – Οπτική νευρίτιδα
    ➤ Μέγιστο: 2 φορές/ετησίως

- Σε περιπτώσεις επανάληψης της εξέτασης εντός του χρόνου στις πιο πάνω περιπτώσεις, δεν δύναται η επανάληψη της εξέτασης σε διάστημα μικρότερο των 28 ημερών από την προηγούμενη.

- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με δραστηριότητες φωτογράφησης βυθού (92250), υπολογιστικής οφθαλμικής διαγνωστικής απεικονιστικής σάρωσης (92136) και οφθαλμοσκόπησης (92225).

Οφθαλμολογία

92136-RT: **Ophthalmic biometry by partial coherence interferometry with intraocular lens power calculation.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Αφορά στην διενέργεια της εξέτασης στον δεξιό οφθαλμό.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 76519-RT και 76519-LT.

- Η δραστηριότητα απαιτεί μεταφόρτωση αρχείου με τα αποτελέσματα της εξέτασης όπως αυτά εξάγονται από το μηχάνημα βιομετρίας, όπως επίσης και με τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμό ταυτότητας) και ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας.

- Η εξέταση βιομετρίας δύναται να πραγματοποιείται μέχρι και 4 μήνες προ της προγραμματισμένης επέμβασης καταρράκτη και η απαίτηση θα πρέπει να υποβάλλεται εντός 7 ημερών από την ημέρα δημιουργίας της επίσκεψης κατά την οποία πραγματοποιήθηκε η εν λόγω διεργασία.

- Γίνεται αποδεκτή μόνο μία εξέταση βιομετρίας ανά επέμβαση καταρράκτη, ανά οφθαλμό και σε περιπτώσεις όπου η επέμβαση καταρράκτη δεν έχει διενεργηθεί, η εξέταση βιομετρίας δεν θα αποζημιώνεται.

Οφθαλμολογία

92136-LT: **Ophthalmic biometry by partial coherence interferometry with intraocular lens power calculation.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Αφορά στην διενέργεια της εξέτασης στον αριστερό οφθαλμό.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 76519-RT και 76519-LT.

- Η δραστηριότητα απαιτεί μεταφόρτωση αρχείου με τα αποτελέσματα της εξέτασης όπως αυτά εξάγονται από το μηχάνημα βιομετρίας, όπως επίσης και με τα ελάχιστα στοιχεία ταυτοποίησης του ασθενή (ονοματεπώνυμο και αριθμό ταυτότητας) και ημερομηνία και ώρα διεκπεραίωσης της δραστηριότητας.

- Η εξέταση βιομετρίας δύναται να πραγματοποιείται μέχρι και 4 μήνες προ της προγραμματισμένης επέμβασης καταρράκτη και η απαίτηση θα πρέπει να υποβάλλεται εντός 7 ημερών από την ημέρα δημιουργίας της επίσκεψης κατά την οποία πραγματοποιήθηκε η εν λόγω διεργασία.

- Γίνεται αποδεκτή μόνο μία εξέταση βιομετρίας ανά επέμβαση καταρράκτη, ανά οφθαλμό και σε περιπτώσεις όπου η επέμβαση καταρράκτη δεν έχει διενεργηθεί, η εξέταση βιομετρίας δεν θα αποζημιώνεται.

Οφθαλμολογία

92225: **Ophthalmoscopy, extended, with retinal drawing (e.g. for retinal detachment, melanoma), with interpretation and report; Initial.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με δραστηριότητες υπολογιστικής οφθαλμικής διαγνωστικής απεικονιστικής σάρωσης (92134) και φωτογράφισης βυθού (92250).

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z13.1, Z83.3, B94.0, H02.9, E10.9, E11.9, G44.1, H10.4, E13.9, H18.9, H50.5, H53.1, H53.9, E05.0, M35.2, R51, R82.5, R82.6, R82.7, R82.8.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 50% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

- Οι κλινικές σημειώσεις πρέπει απαραιτήτως να περιλαμβάνουν τις πιο κάτω πληροφορίες:

    - Μέθοδος εξέτασης
    - Περιγραφή του οπτικού νεύρου, με καταγραφή των παθολογικών ευρημάτων όπου ενδείκνυται
    - Περιγραφή του βυθού/υαλοειδούς/ωχράς κηλίδας/περιφέρειας, με καταγραφή των παθολογικών ευρημάτων όπου ενδείκνυται

Οφθαλμολογία

92235: **Fluorescein angiography (includes multiframe imaging) with interpretation and report.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 92136, 67800, 67801, 65420, 67805, 65275 και 76519.

Οφθαλμολογία

92240: **Indocyanine-green angiography (includes multiframe imaging) with interpretation and report, unilateral or bilateral.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 92136, 67800, 67801, 65420, 67805, 65275 και 76519.

Οφθαλμολογία

92242: **Fluorescein angiography and indocyanine-green angiography (includes multiframe imaging) performed at the same patient encounter with interpretation and report, unilateral or bilateral.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 92136, 67800, 67801, 65420, 67805, 65275 και 76519.

Οφθαλμολογία

92250: **Fundus photography with interpretation and report.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με δραστηριότητες υπολογιστικής οφθαλμικής διαγνωστικής απεικονιστικής σάρωσης (92134) και οφθαλμοσκόπηση (92225).

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν πρέπει να υποβληθεί σε άτομα τις με εξής διαγνώσεις: B35.4, B35.5, B35.8, D12.0, D12.2, D12.3, D12.4, D12.5, D12.6, I10, E55.9, G47.3, E78.2, E01.8, E02, E03.3, E03.8, E03.9, N92.5, K62.5, K63.5, N92.6, N97.8, K42.9, K44.9, K52.8, K52.9, R42, R01.0, R01.1, R94.4, R10.1, R10.2, R10.3, O99.8.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 10% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Οφθαλμολογία

92270: **Electro-oculography with interpretation and report.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

92275: **Electroretinography with interpretation and report.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

92284: **Dark adaptation examination with interpretation and report.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

92285: **External ocular photography with interpretation and report for documentation of medical progress (e.g. close-up photography, slit lamp photography, goniophotography, stereo-photography).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 8% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Οφθαλμολογία

92286: **Anterior segment imaging with interpretation and report; with specular microscopy and endothelial cell analysis.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα τις εξής διαγνώσεις: H02.8, I10.

Οφθαλμολογία

92287: **Special anterior segment photography with interpretation and report; with fluorescein angiography.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 92136, 67800, 67801, 65420, 67805, 65275 και 76519.

Οφθαλμολογία

95060: **Ophthalmic mucous membrane tests.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Δεν μπορεί να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 6 μηνών.

- Ο συνολικός μηνιαίος αριθμός της δραστηριότητας για την οποία θα αμείβεται ο παροχέας δεν μπορεί να ξεπερνά το 12% επί του συνολικού μηναίου αριθμού επισκέψεων του παροχέα.

Οφθαλμολογία

95930: **Visual evoked potential (VEP) testing central nervous system, checkerboard or flash.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα τις εξής διαγνώσεις: E13.3, H53.8, R30.0, R30.9.

Οφθαλμολογία

96931: **Reflectance confocal microscopy (RCM) for cellular and sub-cellular imaging of skin; image acquisition and interpretation and report, first lesion.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

Οφθαλμολογία

99070: **Supplies and materials (except spectacles), provided by the physician or other qualified health care professional over and above those usually included with the office visit or other services rendered (list drugs, trays, supplies, or materials provided).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα αυτή πρέπει να υποβληθεί σε άτομα με μια από τις ακόλουθες διαγνώσεις: T26.1, T26.6, S05.0, H18.4, H59.0.

Οφθαλμολογία

99174: **Ocular photoscreening with interpretation and report, bilateral.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Οφθαλμολογία

CY089: Facility fee ≤ 30 min.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση μαζί με τους κωδικούς δραστηριοτήτων οι οποίες δικαιολογούν την χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων, εκτός του ιατρείου του παροχέα, έχουν την απαραίτητη υποδομή και βρίσκονται εντός νοσηλευτηρίου.

- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
  - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
  - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
  - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων

- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης και τους κωδικούς 65275, 65420, 67800, 67801, 67805.

- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

Βεβαίωση Χρήσης Εξειδικευμένων Εγκαταστάσεων εντός Νοσηλευτηρίου *(Facility Fee-CY089,CY125)*

Βεβαιώνεται η αναγκαία χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων εντός του νοσηλευτηρίου για χειρισμό περιστατικών ημερήσιας φροντίδας/μικροεπεμβάσεων/ενδοσκοπήσεων τα οποία δεν χρήζουν εισαγωγής σε νοσηλευτήριο για σκοπούς παροχής ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

Η παρούσα βεβαίωση χορηγείται για σκοπούς απαίτησης της πιο κάτω υπηρεσίας.

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:…….

Διενεργηθείσα Διεργασία:……..

Ημερομηνία και ώρα έναρξης:…….

Ημερομηνία και ώρα λήξης:……

Όνομα Δικαιούχου:……

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου:……..

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτηρίου:……

Για το νοσηλευτήριο

……

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ονοματεπώνυμο

Οφθαλμολογία

CY125: **Facility fee ≥ 30 min.**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση μαζί με τους κωδικούς δραστηριοτήτων οι οποίες δικαιολογούν την χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων, εκτός του ιατρείου του παροχέα, έχουν την απαραίτητη υποδομή και βρίσκονται εντός νοσηλευτηρίου.

- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
  - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
  - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
  - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων

- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης και τους κωδικούς 65275, 65420, 67800, 67801, 67805.

- Ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει επιπλέον ημερολόγιο χειρουργείου ή άλλα αποδεικτικά.

Βεβαίωση Χρήσης Εξειδικευμένων Εγκαταστάσεων εντός Νοσηλευτηρίου *(Facility Fee-CY089,CY125)*

Βεβαιώνεται η αναγκαία χρήση εξειδικευμένων εγκαταστάσεων εντός του νοσηλευτηρίου για χειρισμό περιστατικών ημερήσιας φροντίδας/μικροεπεμβάσεων/ενδοσκοπήσεων τα οποία δεν χρήζουν εισαγωγής σε νοσηλευτήριο για σκοπούς παροχής ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

Η παρούσα βεβαίωση χορηγείται για σκοπούς απαίτησης της πιο κάτω υπηρεσίας.

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:…….

Διενεργηθείσα Διεργασία:……..

Ημερομηνία και ώρα έναρξης:…….

Ημερομηνία και ώρα λήξης:……

Όνομα Δικαιούχου:……

Αρ. Ταυτότητας Δικαιούχου:……..

Κωδικός ΓεΣΥ Νοσηλευτηρίου:……

Για το νοσηλευτήριο

……

(υπογραφή - σφραγίδα)

Ονοματεπώνυμο

Οφθαλμολογία

CY172: Excision, benign lesion including margins, excised diameter up to 4.0cm (first lesion)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.

- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών
(Για τους κωδικούς CY172, CY173)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηγματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1 – 11) ισχύει ……
Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
   a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
   b. άλλων ανατομικών περιοχών (π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματορροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει ……
Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία) …..
Σημείωση:
Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα **ΟΛΑ** τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

☐ *Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα

Οφθαλμολογία

CY173: **Excision, benign lesion including margins, excised diameter up to 4.0 cm (each addition lesion).**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση μαζί με τον κωδικό CY172.

- Διαγνώσεις

    - Η δραστηριότητα μπορεί να υποβληθεί με τις εξής διαγνώσεις : A63.0, B07, B08.1, B78.1, D10.0, D17.0, D17.1, D17.2, D17.3, D22.0, D22.4, D22.5, D22.9, D23.0, D23.1, D23.4, D23.5, D23.9, D28.0, D28.1, D29.0, D29.4, D39.9, D40.9, D48.5, D80.0, D80.1, D80.2, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.7, D80.8, D81.0, D81.1, D81.2, D81.4, D81.6, D81.7, D82.0, D82.1, D83.0, D83.1, D83.2, D83.8, D84.8, E83.2, H02.6, H10.9, H53.8, H53.9, K09.8, K12.2, K13.3, K13.5, K64.4, L08.9, L11.0, L11.1, L11.8, L28.1, L29.9, L30.0, L30.2, L30.4, L30.8, L50.9, L53.8, L57.0, L57.2, L57.4, L66.4, L72.0, L72.2, L72.8, L82, L85.0, L85.1, L85.2, L85.8, L86, L87.0, L87.1, L87.2, L87.8, L90.3, L90.4, L90.5, L90.8, L91.0, L91.8, L92.0, L92.1, L92.2, L92.3, L92.8, L92.9, L94.2, L94.8, L95.1, L98.0, L98.2, L98.3, L98.5, L98.6, M10.9, N75.0, N75.8, N84.3, N90.0, N90.1, Q17.0, Q18.1, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q82.1, Q82.2, Q82.3, Q82.5, Q82.8, R20.0, R20.1, R20.2, R20.3, R20.8.

- Η χρήση του κωδικού προϋποθέτει την απάντηση σχετικού ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για την αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών
(Για τους κωδικούς CY172, CY173)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη αφαίρεση καλοηθών δερματικών βλαβών στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση
2. σμηγματογόνες κύστεις
3. σπίλοι
4. επίκτητη υπερκεράτωση (κερατόδερμα)
5. μολυσματική τέρμινθος
6. οξυτενή κονδυλώματα
7. κοινές μυρμηγκιές
8. λιπώματα
9. χηλοειδές μη καθορισμένο σε συνδυασμό με τοπική αναισθησία
10. ξανθελάσματα
11. πυογόνο κοκκίωμα

Παρακαλώ καταχωρίστε ποια από τις περιπτώσεις (1 – 11) ισχύει ……
Και (β) παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες καταστάσεις:

1. Αιμορραγία
2. Έντονος κνησμός
3. Πόνος
4. Αλλαγή στη φυσική εμφάνιση (ερύθημα ή αλλαγές στο χρώμα)
5. Πρόσφατη αύξηση στο μέγεθος
6. Αύξηση του αριθμού των βλαβών
7. Φυσικές ενδείξεις φλεγμονής ή λοίμωξης π.χ. πυώδης συλλογή, έκκριμα, οίδημα, ερύθημα
8. Η βλάβη περιορίζει κλινικά τη λειτουργία:
   a. των ματιών (π.χ. η βλάβη περιορίζει τη λειτουργία των βλεφάρων, την κατεύθυνση των βλεφαρίδων ή των βλεφάρων, τον δακρυϊκό πόρο και παρεμποδίζει τη ροή των δακρύων) ή
   b. άλλων ανατομικών περιοχών (π.χ. υπομαστική περιοχή, περιοχή γεννητικά όργανα κ.α.)
9. Κλινική αβεβαιότητα ως προς την πιθανή διάγνωση, ιδίως όταν η κακοήθεια είναι μια ρεαλιστική εκτίμηση που βασίζεται στην εμφάνιση βλάβης.
10. Προηγούμενη βιοψία που υποδηλώνει ή είναι ενδεικτική κακοήθους βλάβης.
11. Κίνδυνος ρήξης επιδερμικής (σμηγματορροϊκής) κύστης (ιστορικό ρήξης ή εντόπιση)

Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις καταστάσεις (1 – 11) ισχύει ……
Παρακαλώ σημειώστε το είδος της τεκμηρίωσης που διατηρείτε (φωτοτεκμηρίωση ή βιοψία) …..
Σημείωση:
Για να μπορείτε να υποβάλετε την απαίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένα **ΟΛΑ** τα πεδία πιο πάνω.

Σε περίπτωση που δεν μπορεί να στοιχειοθετηθούν τα πιο πάνω, η εξέταση δεν καλύπτεται από το ΓεΣΥ και οι σχετικές απαιτήσεις θα απορρίπτονται χωρίς οποιαδήποτε προειδοποίηση.

☐ *Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και καταλαβαίνω ότι ψευδείς ή ανακριβείς δηλώσεις συνιστούν ποινικό αδίκημα

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. σχετικό εικονίδιο για λεπτομέρειες).

CY216-RT &
CY216-LT Πρωτόκολ

Οφθαλμολογία

CY216-LT: **Treatment Initiation 1 pre-filled syringe BEOVU solution for injection 120mg/mL LEFT EYE**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. σχετικό εικονίδιο για λεπτομέρειες).

CY216-RT &
CY216-LT Πρωτόκολ

Οφθαλμολογία

CY218-RT: **Treatment Initiation 1 pre-filled syringe LUCENTIS solution for injection 10mg/mL RIGHT EYE**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. σχετικό εικονίδιο για λεπτομέρειες).

CY218-RT &
CY218-LT Πρωτόκολ

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. σχετικό εικονίδιο για λεπτομέρειες).

CY218-RT &
CY218-LT Πρωτόκολ

Οφθαλμολογία

CY219-RT: **Treatment Initiation 1 pre-filled syringe EYLEA solution for injection 40mg/mL RIGHT EYE**

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. σχετικό εικονίδιο για λεπτομέρειες).

CY219-RT &
CY219-LT Πρωτόκολ

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. σχετικό εικονίδιο για λεπτομέρειες).

CY219-RT &
CY219-LT Πρωτόκολ

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται να υποβάλλεται αίτημα για απαίτηση αποζημίωσης του ίδιου κωδικού σε διάστημα μικρότερο των 28 ημερών από την προηγούμενη.
- Προϋποθέτει τη συμπλήρωση ερωτηματολόγιου (επόμενη σελίδα).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ BEOVU

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με * πρέπει να απαντώνται ΜΟΝΟ σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται. Παρακαλώ συμπληρώστε ξεχωριστό ερωτηματολόγιο για κάθε οφθαλμό.

ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Βεβαιώνω ότι έχω ήδη εξασφαλίσει έγκριση για έναρξη θεραπείας με το φάρμακο Beovu για τον ασθενή μου από το Υπουργείο Υγείας ή από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό) *

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Β. Σημειώστε στο κουτί τον αριθμό της ένδειξης για την οποία γίνεται το αίτημα συνέχισης (1) *:

TEXT: NUMBER

1) Νεοαγγειακή (υγρής μορφής) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (wAMD)

Γ. Ο ασθενής έχει όραση μόνο στον έναν οφθαλμό (Κάτω από 1/10) * (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ/ΟΧΙ)

TEXT

Δ. Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA πριν την τελευταια ένεση *

TEXT

Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA μετά την τελευταία ένεση *

TEXT

Ε. Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς πριν την τελευταια ένεση *

TEXT

Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς μετά την τελευταια ένεση *

TEXT

ΣΤ. Ημερομηνία χορήγησης της τελευταίας ένεσης *

TEXT

Ζ. Συνολικός αριθμός προηγούμενων εγχύσεων με το εν λόγω φάρμακο στον συγκεκριμένο οφθαλμό *

TEXT
NUMBER

Η. Συγκατατίθεμαι όπως προσκομίσω στον Οργανισμό οποιαδήποτε δικαιολογητικά (π.χ. OCT, FFA κλπ.) μου ζητηθούν που να τεκμηριώνουν ότι ο/η δικαιούχος πληροί τα κριτήρια συνέχισης θεραπείας όπως αυτά αναφέρονται στα πρωτόκολλα του ΟΑΥ για χορήγηση VEGF αναστολέων (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό) *

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Θ. Βεβαιώνω ότι η χορήγηση των ενδοϋαλοειδικών ενέσεων θα γίνεται υπό άσηπτες (καθαρές και με αποστείρωση) συνθήκες (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό)*

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Ι. Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό)*

ΝΑΙ/ΟΧΙ

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται να υποβάλλεται αίτημα για απαίτηση αποζημίωσης του ίδιου κωδικού σε διάστημα μικρότερο των 28 ημερών από την προηγούμενη.
- Προϋποθέτει τη συμπλήρωση ερωτηματολόγιου (επόμενη σελίδα).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ BEOVU

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με * πρέπει να απαντώνται ΜΟΝΟ σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται. Παρακαλώ συμπληρώστε ξεχωριστό ερωτηματολόγιο για κάθε οφθαλμό.

ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Βεβαιώνω ότι έχω ήδη εξασφαλίσει έγκριση για έναρξη θεραπείας με το φάρμακο Beovu για τον ασθενή μου από το Υπουργείο Υγείας ή από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό) *

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Β. Σημειώστε στο κουτί τον αριθμό της ένδειξης για την οποία γίνεται το αίτημα συνέχισης (1) *:

TEXT: NUMBER

1) Νεοαγγειακή (υγρής μορφής) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (wAMD)

Γ. Ο ασθενής έχει όραση μόνο στον έναν οφθαλμό (κάτω από 1/10) * (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ/ΟΧΙ)

TEXT

Δ. Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA πριν την τελευταια ένεση *

TEXT

Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA μετά την τελευταία ένεση *

TEXT

Ε. Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς πριν την τελευταια ένεση *

TEXT

Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς μετά την τελευταια ένεση *

TEXT

ΣΤ. Ημερομηνία χορήγησης της τελευταίας ένεσης *

TEXT αριθμός προηγούμενων εγχύσεων με το εν λόγω φάρμακο στον συγκεκριμένο οφθαλμό

TEXT
NUMBER

Η. Συγκατατίθεμαι όπως προσκομίσω στον Οργανισμό οποιαδήποτε δικαιολογητικά (π.χ. OCT, FFA κλπ.) μου ζητηθούν που να τεκμηριώνουν ότι ο/η δικαιούχος πληροί τα κριτήρια συνέχισης θεραπείας όπως αυτά αναφέρονται στα πρωτόκολλα του ΟΑΥ για χορήγηση VEGF αναστολέων (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό) *

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Θ. Βεβαιώνω ότι η χορήγηση των ενδοϋαλοειδικών ενέσεων θα γίνεται υπό άσηπτες (καθαρές και με αποστείρωση) συνθήκες (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό)*

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Ι. Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό)*

ΝΑΙ/ΟΧΙ

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται να υποβάλλεται αίτημα για απαίτηση αποζημίωσης του ίδιου κωδικού σε διάστημα μικρότερο των 28 ημερών από την προηγούμενη.
- Προϋποθέτει τη συμπλήρωση ερωτηματολόγιου (επόμενη σελίδα).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ LUCENTIS

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με * πρέπει να απαντώνται ΜΟΝΟ σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται. Παρακαλώ συμπληρώστε ξεχωριστό ερωτηματολόγιο για κάθε οφθαλμό.

ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Βεβαιώνω ότι έχω ήδη εξασφαλίσει έγκριση για έναρξη θεραπείας με το φάρμακο Lucentis για τον ασθενή μου από το Υπουργείο Υγείας ή από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό) *

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Β. Σημειώστε στο κουτί τον αριθμό της ένδειξης για την οποία γίνεται το αίτημα συνέχισης (1-6) *:

TEXT: NUMBER

1) Νεοαγγειακή (υγρής μορφής) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (wAMD)

2) Δευτεροπαθές οίδημα της ωχράς κηλίδας από απόφραξη κλαδικής ή κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς (CRVO ή BRVO)

3) Διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας (DME)

4) Χοριοειδική νεοαγγείωση λόγω δευτεροπαθούς παθολογικής μυωπίας (mCNV)

5) Χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) άλλης αιτιολογίας (εκτός από την δευτεροπαθή από παθολογική μυωπία και την υγρής μορφής ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας)

6) Παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (PDR) χωρίς προσβολή της ωχράς κηλίδας

Γ. Ο ασθενής έχει όραση μόνο στον έναν οφθαλμό(κάτω από 1/10) * (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ/ΟΧΙ)

TEXT

Δ. Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA πριν την τελευταια ένεση *

TEXT

Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA μετά την τελευταία ένεση *

TEXT

Ε. Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς πριν την τελευταια ένεση *

TEXT

Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς μετά την τελευταια ένεση *

TEXT

ΣΤ. Ημερομηνία χορήγησης της τελευταίας ένεσης *

TEXT

Ζ. Συνολικός αριθμός προηγούμενων εγχύσεων με το εν λόγω φάρμακο στον συγκεκριμένο οφθαλμό *

TEXT
NUMBER

Η. Συγκατατίθεμαι όπως προσκομίσω στον Οργανισμό οποιαδήποτε δικαιολογητικά (π.χ. OCT, FFA κλπ.) μου ζητηθούν που να τεκμηριώνουν ότι ο/η δικαιούχος πληροί τα κριτήρια συνέχισης θεραπείας όπως αυτά αναφέρονται στα πρωτόκολλα του ΟΑΥ για χορήγηση VEGF αναστολέων (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό) *

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Θ. Βεβαιώνω ότι η χορήγηση των ενδοϋαλοειδικών ενέσεων θα γίνεται υπό άσηπτες (καθαρές και με αποστείρωση) συνθήκες (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό)*

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Ι. Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό)*

ΝΑΙ/ΟΧΙ

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται να υποβάλλεται αίτημα για απαίτηση αποζημίωσης του ίδιου κωδικού σε διάστημα μικρότερο των 28 ημερών από την προηγούμενη.
- Προϋποθέτει τη συμπλήρωση ερωτηματολόγιου (επόμενη σελίδα).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ LUCENTIS

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με * πρέπει να απαντώνται ΜΟΝΟ σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται. Παρακαλώ συμπληρώστε ξεχωριστό ερωτηματολόγιο για κάθε οφθαλμό.

ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Βεβαιώνω ότι έχω ήδη εξασφαλίσει έγκριση για έναρξη θεραπείας με το φάρμακο Lucentis για τον ασθενή μου από το Υπουργείο Υγείας ή από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό) *

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Β. Σημειώστε στο κουτί τον αριθμό της ένδειξης για την οποία γίνεται το αίτημα συνέχισης (1-6) *:

TEXT: NUMBER

1) Νεοαγγειακή (υγρής μορφής) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (wAMD)

2) Δευτεροπαθές οίδημα της ωχράς κηλίδας από απόφραξη κλαδικής ή κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς (CRVO ή BRVO)

3) Διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας (DME)

4) Χοριοειδική νεοαγγείωση λόγω δευτεροπαθούς παθολογικής μυωπίας (mCNV)

5) Χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) άλλης αιτιολογίας (εκτός από την δευτεροπαθή από παθολογική μυωπία και την υγρής μορφής ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας)

6) Παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (PDR) χωρίς προσβολή της ωχράς κηλίδας

Γ. Ο ασθενής έχει όραση μόνο στον έναν οφθαλμό(κάτω από 1/10) * (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ/ΟΧΙ)

TEXT

Δ. Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA πριν την τελευταια ένεση *

TEXT

Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA μετά την τελευταία ένεση *

TEXT

Ε. Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς πριν την τελευταια ένεση *

TEXT

Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς μετά την τελευταια ένεση *

TEXT

ΣΤ. Ημερομηνία χορήγησης της τελευταίας ένεσης *

TEXT

Ζ. Συνολικός αριθμός προηγούμενων εγχύσεων με το εν λόγω φάρμακο στον συγκεκριμένο οφθαλμό *

TEXT
NUMBER

Η. Συγκατατίθεμαι όπως προσκομίσω στον Οργανισμό οποιαδήποτε δικαιολογητικά (π.χ. OCT, FFA κλπ.) μου ζητηθούν που να τεκμηριώνουν ότι ο/η δικαιούχος πληροί τα κριτήρια συνέχισης θεραπείας όπως αυτά αναφέρονται στα πρωτόκολλα του ΟΑΥ για χορήγηση VEGF αναστολέων (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό) *

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Θ. Βεβαιώνω ότι η χορήγηση των ενδοϋαλοειδικών ενέσεων θα γίνεται υπό άσηπτες (καθαρές και με αποστείρωση) συνθήκες (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό)*

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Ι. Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό)*

ΝΑΙ/ΟΧΙ

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται να υποβάλλεται αίτημα για απαίτηση αποζημίωσης του ίδιου κωδικού σε διάστημα μικρότερο των 28 ημερών από την προηγούμενη.
- Προϋποθέτει τη συμπλήρωση ερωτηματολόγιου (επόμενη σελίδα).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ EYLEA PRE-FILLED SYRINGE

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με * πρέπει να απαντώνται ΜΟΝΟ σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται. Παρακαλώ συμπληρώστε ξεχωριστό ερωτηματολόγιο για κάθε οφθαλμό.

ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Βεβαιώνω ότι έχω ήδη εξασφαλίσει έγκριση για έναρξη θεραπείας με το φάρμακο Eylea για τον ασθενή μου από το Υπουργείο Υγείας ή από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό) *

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Β. Σημειώστε στο κουτί τον αριθμό της ένδειξης για την οποία γίνεται το αίτημα συνέχισης (1-6) *:

TEXT: NUMBER

1) Νεοαγγειακή (υγρής μορφής) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (wAMD)

2) Δευτεροπαθές οίδημα της ωχράς κηλίδας από απόφραξη κλαδικής ή κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς (CRVO ή BRVO)

3) Διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας (DME)

4) Χοριοειδική νεοαγγείωση λόγω δευτεροπαθούς παθολογικής μυωπίας (mCNV)

5) Χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) άλλης αιτιολογίας (εκτός από την δευτεροπαθή από παθολογική μυωπία και την υγρής μορφής ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας)

6) Παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (PDR) χωρίς προσβολή της ωχράς κηλίδας

Γ. Ο ασθενής έχει όραση μόνο στον έναν οφθαλμό (Κάτω από 1/10) * (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ/ΟΧΙ)

TEXT

Δ. Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA πριν την τελευταια ένεση *

TEXT

Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA μετά την τελευταία ένεση *

TEXT

Ε. Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς πριν την τελευταια ένεση *

TEXT

Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς μετά την τελευταια ένεση *

TEXT

ΣΤ. Ημερομηνία χορήγησης της τελευταίας ένεσης *

TEXT

Ζ. Συνολικός αριθμός προηγούμενων εγχύσεων με το εν λόγω φάρμακο στον συγκεκριμένο οφθαλμό *

TEXT
NUMBER

Η. Συγκατατίθεμαι όπως προσκομίσω στον Οργανισμό οποιαδήποτε δικαιολογητικά (π.χ. OCT, FFA κλπ.) μου ζητηθούν που να τεκμηριώνουν ότι ο/η δικαιούχος πληροί τα κριτήρια συνέχισης θεραπείας όπως αυτά αναφέρονται στα πρωτόκολλα του ΟΑΥ για χορήγηση VEGF αναστολέων (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό) *

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Θ. Βεβαιώνω ότι η χορήγηση των ενδοϋαλοειδικών ενέσεων θα γίνεται υπό άσηπτες (καθαρές και με αποστείρωση) συνθήκες (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό)*

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Ι. Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό)*

ΝΑΙ/ΟΧΙ

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται να υποβάλλεται αίτημα για απαίτηση αποζημίωσης του ίδιου κωδικού σε διάστημα μικρότερο των 28 ημερών από την προηγούμενη.
- Προϋποθέτει τη συμπλήρωση ερωτηματολόγιου (επόμενη σελίδα).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΕΧΙΣΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ EYLEA PRE-FILLED SYRINGE

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με * πρέπει να απαντώνται ΜΟΝΟ σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται. Παρακαλώ συμπληρώστε ξεχωριστό ερωτηματολόγιο για κάθε οφθαλμό.

ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α. Βεβαιώνω ότι έχω ήδη εξασφαλίσει έγκριση για έναρξη θεραπείας με το φάρμακο Eylea για τον ασθενή μου από το Υπουργείο Υγείας ή από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό) *

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Β. Σημειώστε στο κουτί τον αριθμό της ένδειξης για την οποία γίνεται το αίτημα συνέχισης (1-6) *:

TEXT: NUMBER

1) Νεοαγγειακή (υγρής μορφής) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (wAMD)

2) Δευτεροπαθές οίδημα της ωχράς κηλίδας από απόφραξη κλαδικής ή κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς (CRVO ή BRVO)

3) Διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας (DME)

4) Χοριοειδική νεοαγγείωση λόγω δευτεροπαθούς παθολογικής μυωπίας (mCNV)

5) Χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) άλλης αιτιολογίας (εκτός από την δευτεροπαθή από παθολογική μυωπία και την υγρής μορφής ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας)

6) Παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (PDR) χωρίς προσβολή της ωχράς κηλίδας

Γ. Ο ασθενής έχει όραση μόνο στον έναν οφθαλμό (Κάτω από 1/10) * (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ/ΟΧΙ)

TEXT

Δ. Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA πριν την τελευταια ένεση *

TEXT

Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA μετά την τελευταία ένεση *

TEXT

Ε. Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς πριν την τελευταια ένεση *

TEXT

Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς μετά την τελευταια ένεση *

TEXT

ΣΤ. Ημερομηνία χορήγησης της τελευταίας ένεσης *

TEXT

Ζ. Συνολικός αριθμός προηγούμενων εγχύσεων με το εν λόγω φάρμακο στον συγκεκριμένο οφθαλμό *

TEXT
NUMBER

Η. Συγκατατίθεμαι όπως προσκομίσω στον Οργανισμό οποιαδήποτε δικαιολογητικά (π.χ. OCT, FFA κλπ.) μου ζητηθούν που να τεκμηριώνουν ότι ο/η δικαιούχος πληροί τα κριτήρια συνέχισης θεραπείας όπως αυτά αναφέρονται στα πρωτόκολλα του ΟΑΥ για χορήγηση VEGF αναστολέων (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό) *

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Θ. Βεβαιώνω ότι η χορήγηση των ενδοϋαλοειδικών ενέσεων θα γίνεται υπό άσηπτες (καθαρές και με αποστείρωση) συνθήκες (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό)*

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Ι. Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες (επιλέξτε το κουτί μόνο εάν η απάντηση είναι ΝΑΙ, διαφορετικά αφήστε το κενό)

ΝΑΙ/ΟΧΙ

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται να υποβάλλεται αίτημα για απαίτηση αποζημίωσης του ίδιου κωδικού σε διάστημα μικρότερο των 28 ημερών από την προηγούμενη.
- Προϋποθέτει τη συμπλήρωση ερωτηματολόγιου (επόμενη σελίδα).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ CPT ΕΝΔΟΫΑΛΟΕΙΔΙΚΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΜΟΝΟΔΟΣΙΚΗΣ ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΗΣ ΣΥΡΙΓΓΑΣ BEVACIZUMAB (ΔΕΞΙΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΣ)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με * πρέπει να απαντώνται ΜΟΝΟ σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται. Παρακαλώ συμπληρώστε ξεχωριστό ερωτηματολόγιο για κάθε οφθαλμό.

Η χορήγηση του bevacizumab θα γίνει στο **δεξιό** οφθαλμό* (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ αν ισχύει διαφορετικά αφήστε το πεδίο κενό):

Ο ασθενής είναι μονόφθαλμος (κάτω από 1/10 στον αριστερό οφθαλμό) (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ/ΟΧΙ):

Παρακαλώ επιλέξτε ποια από τις πιο κάτω ενδείξεις (1-6)* ισχύει για το περιστατικό:

1. Νεοαγγειακή (υγρής μορφής) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (wAMD)
2. Δευτεροπαθές οίδημα της ωχράς κηλίδας από απόφραξη κλαδικής ή κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς (CRVO ή BRVO)
3. Διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας (DME)
4. Χοριοειδική νεοαγγείωση λόγω δευτεροπαθούς παθολογικής μυωπίας (mCNV)
5. Χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) άλλης αιτιολογίας (εκτός από την δευτεροπαθή από παθολογική μυωπία και την υγρής μορφής ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας)
6. Παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (PDR) χωρίς προσβολή της ωχράς κηλίδας

Αν στον ασθενή πρόκειται να χορηγηθεί bevacizumab για πρώτη φορά, παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 1.

Εάν πρόκειται για υφιστάμενο ασθενή στον οποίο χορηγείται ήδη bevacizumab, παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2.

ΜΕΡΟΣ 1- ΕΝΑΡΞΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Παρακαλώ συμπληρώστε τα πιο κάτω:

Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA πριν τη χορήγηση της 1ης ένεσης:

text

Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς πριν τη χορήγηση της 1ης ένεσης:

text

ΜΕΡΟΣ 2- ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ημερομηνία χορήγησης τελευταίας ένεσης:

Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA πριν τη χορήγηση της τελευταίας ένεσης:

text

Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA μετά τη χορήγηση της τελευταίας ένεσης:

text

Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς πριν τη χορήγηση της τελευταία ένεσης:

text

Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς μετά τη χορήγηση της τελευταία ένεσης:

text

ΜΕΡΟΣ 3

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες* (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ αν ισχύει διαφορετικά αφήστε το πεδίο κενό)

Διαβεβαιώνω ότι είμαι ενήμερη/ενήμερος ότι η ενδοϋαλοειδική χορήγηση του bevacizumab είναι off-label* (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ αν ισχύει διαφορετικά αφήστε το πεδίο κενό)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Δεν δύναται να υποβάλλεται αίτημα για απαίτηση αποζημίωσης του ίδιου κωδικού σε διάστημα μικρότερο των 28 ημερών από την προηγούμενη.
- Προϋποθέτει τη συμπλήρωση ερωτηματολόγιου (επόμενη σελίδα).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ CPT ΕΝΔΟΫΑΛΟΕΙΔΙΚΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΜΟΝΟΔΟΣΙΚΗΣ ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΗΣ ΣΥΡΙΓΓΑΣ BEVACIZUMAB (ΑΡΙΣΤΕΡΟΣ ΟΦΘΑΛΜΟΣ)

ΠΡΟΣΟΧΗ: Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με * πρέπει να απαντώνται ΜΟΝΟ σε περίπτωση που ισχύουν, διαφορετικά ΠΡΕΠΕΙ να αφήνονται κενές. Σε αυτή την περίπτωση το φαρμακευτικό προϊόν δε θα καλύπτεται. Παρακαλώ συμπληρώστε ξεχωριστό ερωτηματολόγιο για κάθε οφθαλμό.

Η χορήγηση του bevacizumab θα γίνει στον **αριστερό** οφθαλμό* (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ αν ισχύει διαφορετικά αφήστε το πεδίο κενό):

Ο ασθενής είναι μονόφθαλμος (κάτω από 1/10 στον δεξιό οφθαλμό) (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ/ΟΧΙ):

Παρακαλώ επιλέξτε ποια από τις πιο κάτω ενδείξεις (1-6)* ισχύει για το περιστατικό:

7. Νεοαγγειακή (υγρής μορφής) ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (wAMD)
8. Δευτεροπαθές οίδημα της ωχράς κηλίδας από απόφραξη κλαδικής ή κεντρικής φλέβας του αμφιβληστροειδούς (CRVO ή BRVO)
9. Διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας (DME)
10. Χοριοειδική νεοαγγείωση λόγω δευτεροπαθούς παθολογικής μυωπίας (mCNV)
11. Χοριοειδική νεοαγγείωση (CNV) άλλης αιτιολογίας (εκτός από την δευτεροπαθή από παθολογική μυωπία και την υγρής μορφής ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας)
12. Παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (PDR) χωρίς προσβολή της ωχράς κηλίδας

Αν στον ασθενή πρόκειται να χορηγηθεί bevacizumab για πρώτη φορά, παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 1.

Εάν πρόκειται για υφιστάμενο ασθενή στον οποίο χορηγείται ήδη bevacizumab, παρακαλώ προχωρήστε στο ΜΕΡΟΣ 2.

ΜΕΡΟΣ 1- ΕΝΑΡΞΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Παρακαλώ συμπληρώστε τα πιο κάτω:

Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA πριν τη χορήγηση της 1ης ένεσης:

Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς πριν τη χορήγηση της 1ης ένεσης:

ΜΕΡΟΣ 2- ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ημερομηνία χορήγησης τελευταίας ένεσης:

Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA πριν τη χορήγηση της τελευταίας ένεσης:

Αποτέλεσμα μέτρησης BCVA μετά τη χορήγηση της τελευταίας ένεσης:

Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς πριν τη χορήγηση της τελευταία ένεσης:

Αποτέλεσμα μέτρησης κεντρικού πάχους ωχράς μετά τη χορήγηση της τελευταία ένεσης:

ΜΕΡΟΣ 3

Διαβεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι σχετικές, ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες* (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ αν ισχύει διαφορετικά αφήστε το πεδίο κενό).

Διαβεβαιώνω ότι είμαι ενήμερη/ενήμερος ότι η ενδοϋαλοειδική χορήγηση του bevacizumab είναι off-label* (παρακαλώ συμπληρώστε ΝΑΙ αν ισχύει διαφορετικά αφήστε το πεδίο κενό)

Οφθαλμολογία

CY293: Preapproval request for overseas healthcare services - Normal Case

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

- Κανονικά περιστατικά: σημαίνει περιστατικά για τα οποία η λήψη της προτεινόμενης υπηρεσίας δεν περιορίζεται σε στενά χρονικά πλαίσια. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά θα ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 15 ημερών.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY294 και CY295 στην ίδια απαίτηση.

- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΑ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΠΕΔΙΑ (ΜΕΡΟΣ Ι – ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ) ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΑ.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Πριν συμπληρώσετε την παρούσα αίτηση, διαβάστε προσεκτικά τις Οδηγίες που αναγράφονται πιο κάτω:

1. **Η παρούσα αίτηση συμπληρώνεται και υποβάλλεται σε περίπτωση αιτήματος για αποστολή δικαιούχου του ΓεΣΥ στο εξωτερικό, με σκοπό τη λήψη υπηρεσίας φροντίδας υγείας η οποία καλύπτεται στο πλαίσιο του ΓεΣΥ.**
2. **Είναι απαραίτητο όπως όλα τα πεδία της αίτησης συμπληρωθούν με ακριβείς, πλήρεις και επικαιροποιημένες πληροφορίες, καθώς και να επισυναφθούν όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά έγγραφα. Ελλιπής ή ανακριβής συμπλήρωση ενδέχεται να οδηγήσει σε απόρριψη της αίτησης.**
3. **Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας για τις οποίες υποβάλλεται αίτημα για αποστολή του δικαιούχου στο εξωτερικό:**
    a. **είναι επαρκώς δοκιμασμένες και αναγνωρισμένες ως έγκυρες από τη διεθνή ιατρική επιστήμη με δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά,**
    b. **δεν βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, αλλά είναι εγκεκριμένες από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και/ή Οργανισμού Ελέγχου Φαρμάκων και Τροφίμων των Η.Π.Α. (FDA),**
    c. **αναγνωρίζονται από την κλασσική ιατρική,**
    d. **δεν αφορούν υπηρεσίες τηλεϊατρικής,**
    e. **δεν αφορούν υπηρεσίες αποκλειστικά χορήγησης φαρμάκων,**
    f. **δεν έχουν παρασχεθεί κατά τον χρόνο υποβολής του αιτήματος.**
4. **Στο πλαίσιο της παρούσας διαδικασίας δεν εξετάζονται αιτήματα που αφορούν σε:**
    a. **υπηρεσίες φροντίδας υγείας οι οποίες παρέχονται προσωρινά από το Υπουργείο Υγείας,**
    b. **ασθενείς οι οποίοι δεν είναι δικαιούχοι του ΓεΣΥ,**

    Για τις πιο πάνω περιπτώσεις, θα πρέπει να υποβάλλεται ξεχωριστό αίτημα στον Τομέα Επιδοτούμενων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας, τηλ.: +357 22 605300.
5. **Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δύναται να συλλέγει και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα που αφορούν την παρούσα αίτηση, περιλαμβανομένων δεδομένων που ενδέχεται να ληφθούν από τρίτους, εφόσον αυτά σχετίζονται άμεσα με το αντικείμενο της αίτησης. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιείται αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης και διεκπεραίωσης της αίτησης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την εκάστοτε εθνική νομοθεσία.**

ΜΕΡΟΣ Ι	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓεΣΥ	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΦΥΛΟ	**ΑΡΡΕΝ** ☐ **ΘΗΛΥ** ☐
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ *Σημείωση: Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ο δικαιούχος είναι ανήλικος ή δεν το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού ή/και ο δικαιούχος εκπροσωπείται από νομίμως διορισμένο αντιπρόσωπο.*	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

ΜΕΡΟΣ ΙΙ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):		
Πρόκειται για σπάνια πάθηση[1]; *[1]Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)*	**ΝΑΙ** ☐	**ΟΧΙ** ☐
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:		
Σημείωση: Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης. **Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:** **-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,** **-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,** **-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,**		

-κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, -προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, -τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και -τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.			
Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου			☐
ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:			
Α. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:			
(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση Α(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση Α(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση Β.		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειας του.		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
Β. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας	**Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:** **<48 ώρες** ☐	**Επείγον περιστατικό:** **<7ημέρες** ☐	**Κανονικό Περιστατικό:** ☐
Β1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:			
Γ. Απαιτείται αερομεταφορά		**ΝΑΙ** ☐	**ΟΧΙ** ☐

Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):	
Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας ***Σημείωση:*** *Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:* *(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεχθεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.* *(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεχθεί από τον θεράποντα ιατρό/ δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:* *i. τον προκαταρτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας),* *ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,* *iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.*	

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και αντιλαμβάνομαι ότι η παροχή ψευδών και/ή ανακριβών στοιχείων συνιστούν ποινικό αδίκημα.

MEDICAL REPORT

Η Ιατρική Έκθεση πρέπει απαραιτήτως να είναι δακτυλογραφημένη, πρόσφατη (<30 ημερών) και στην αγγλική γλώσσα. Η έκθεση πρέπει να περιλαμβάνει το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου, το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου, κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, προτεινόμενη θεραπεία/ αντιμετώπιση, τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.

Treating Physician:	Name: Specialty: Email: Tel. No:
Patient Name:	
Patient ID Number:	
Gender:	Male ☐ Female ☐
DOB:	
Diagnosis:	
Medical History[i]:	

Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations[i]: *(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπεδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να **παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30ημέρες από τη δημιουργία του**)*	

Prior/current treatment/management:	

Proposed treatment / management abroad: *(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς)*	

Reasons for requesting medical services aboard:	

ΜΕΡΟΣ IV	
ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ	
ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

[I] Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραιτήτως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

Α. Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια: να καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια του King's College, τα οποία θα πρέπει και να καταγράφονται στην έκθεση.

Β. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
    - ABO συμβατότητα
    - Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
    - INR
    - Γενική εξέταση αίματος
    - Κάθαρση κρεατινίνης
    - Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
    - Νάτριο
    - Κάλιο
    - Ασβέστιο
    - Βιταμίνη Δ
    - Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
    - CRP
    - Εξέταση ούρων
    - Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
    - Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπιρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
    - αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
    - υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
    - *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
    - DEXA
- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
    - πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κιρσών οισοφάγου

- πρόσφατη κολονοσκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού

- Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
- Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
- Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.

Οφθαλμολογία

CY294: Preapproval request for overseas healthcare services - Urgent Case

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

- Επείγοντα περιστατικά: σημαίνει περιστατικά τα οποία απαιτούν διαχείρισης εντός 7 ημερών. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά θα ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 4 ημερών.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY293 και CY295 στην ίδια απαίτηση.

- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΑ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΠΕΔΙΑ (ΜΕΡΟΣ Ι – ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ) ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΑ.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Πριν συμπληρώσετε την παρούσα αίτηση, διαβάστε προσεκτικά τις Οδηγίες που αναγράφονται πιο κάτω:

1. **Η παρούσα αίτηση συμπληρώνεται και υποβάλλεται σε περίπτωση αιτήματος για αποστολή δικαιούχου του ΓεΣΥ στο εξωτερικό, με σκοπό τη λήψη υπηρεσίας φροντίδας υγείας η οποία καλύπτεται στο πλαίσιο του ΓεΣΥ.**
2. **Είναι απαραίτητο όπως όλα τα πεδία της αίτησης συμπληρωθούν με ακριβείς, πλήρεις και επικαιροποιημένες πληροφορίες, καθώς και να επισυναφθούν όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά έγγραφα. Ελλιπής ή ανακριβής συμπλήρωση ενδέχεται να οδηγήσει σε απόρριψη της αίτησης.**
3. **Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας για τις οποίες υποβάλλεται αίτημα για αποστολή του δικαιούχου στο εξωτερικό:**
    a. **είναι επαρκώς δοκιμασμένες και αναγνωρισμένες ως έγκυρες από τη διεθνή ιατρική επιστήμη με δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά,**
    b. **δεν βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, αλλά είναι εγκεκριμένες από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και/ή Οργανισμού Ελέγχου Φαρμάκων και Τροφίμων των Η.Π.Α. (FDA),**
    c. **αναγνωρίζονται από την κλασσική ιατρική,**
    d. **δεν αφορούν υπηρεσίες τηλεϊατρικής,**
    e. **δεν αφορούν υπηρεσίες αποκλειστικά χορήγησης φαρμάκων,**
    f. **δεν έχουν παρασχεθεί κατά τον χρόνο υποβολής του αιτήματος.**
4. **Στο πλαίσιο της παρούσας διαδικασίας δεν εξετάζονται αιτήματα που αφορούν σε:**
    a. **υπηρεσίες φροντίδας υγείας οι οποίες παρέχονται προσωρινά από το Υπουργείο Υγείας,**
    b. **ασθενείς οι οποίοι δεν είναι δικαιούχοι του ΓεΣΥ,**

    Για τις πιο πάνω περιπτώσεις, θα πρέπει να υποβάλλεται ξεχωριστό αίτημα στον Τομέα Επιδοτούμενων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας, τηλ.: +357 22 605300.
5. **Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δύναται να συλλέγει και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα που αφορούν την παρούσα αίτηση, περιλαμβανομένων δεδομένων που ενδέχεται να ληφθούν από τρίτους, εφόσον αυτά σχετίζονται άμεσα με το αντικείμενο της αίτησης. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιείται αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης και διεκπεραίωσης της αίτησης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την εκάστοτε εθνική νομοθεσία.**

ΜΕΡΟΣ Ι	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓεΣΥ	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΦΥΛΟ	**ΑΡΡΕΝ** ☐ **ΘΗΛΥ** ☐
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ *Σημείωση: Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ο δικαιούχος είναι ανήλικος ή δεν το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού ή/και ο δικαιούχος εκπροσωπείται από νομίμως διορισμένο αντιπρόσωπο.*	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

ΜΕΡΟΣ ΙΙ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):		
Πρόκειται για σπάνια πάθηση[1]; *[1]Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)*	**ΝΑΙ** ☐	**ΟΧΙ** ☐
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:		
Σημείωση: Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης. **Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:** **-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,** **-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,** **-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,**		

-κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, **-προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,** **-προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,** **-τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και** **-τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.**			
Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου			☐
ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:			
Α. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:			
(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση Α(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση Α(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση Β.		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειας του.		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
Β. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας	**Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:** **<48 ώρες** ☐	**Επείγον περιστατικό:** **<7ημέρες** ☐	**Κανονικό Περιστατικό:** ☐
Β1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:			
Γ. Απαιτείται αερομεταφορά		**ΝΑΙ** ☐	**ΟΧΙ** ☐

Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):	
Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας ***Σημείωση:*** *Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:* *(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεχθεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.* *(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεχθεί από τον θεράποντα ιατρό/ δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:* *i. τον προκαταρτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας),* *ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,* *iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.*	

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και αντιλαμβάνομαι ότι η παροχή ψευδών και/ή ανακριβών στοιχείων συνιστούν ποινικό αδίκημα.

MEDICAL REPORT

Η Ιατρική Έκθεση πρέπει απαραιτήτως να είναι δακτυλογραφημένη, πρόσφατη (<30 ημερών) και στην αγγλική γλώσσα. Η έκθεση πρέπει να περιλαμβάνει το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου, το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου, κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, προτεινόμενη θεραπεία/ αντιμετώπιση, τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.

Treating Physician:	Name: Specialty: Email: Tel. No:
Patient Name:	
Patient ID Number:	
Gender:	Male ☐ Female ☐
DOB:	
Diagnosis:	
Medical History[i]:	

Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations[i]: *(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπεδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να **παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30ημέρες από τη δημιουργία του**)*	

Prior/current treatment/management:	

Proposed treatment / management abroad: *(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς)*	

Reasons for requesting medical services aboard:	

ΜΕΡΟΣ IV	
ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ	
ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

[i] Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραιτήτως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

Α. Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια: να καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια του King's College, τα οποία θα πρέπει και να καταγράφονται στην έκθεση.

Β. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
    - ABO συμβατότητα
    - Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
    - INR
    - Γενική εξέταση αίματος
    - Κάθαρση κρεατινίνης
    - Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
    - Νάτριο
    - Κάλιο
    - Ασβέστιο
    - Βιταμίνη Δ
    - Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
    - CRP
    - Εξέταση ούρων
    - Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
    - Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπιρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
    - αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
    - υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
    - *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
    - DEXA
- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:

- πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κιρσών οισοφάγου
- πρόσφατη κολονοσκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού

- Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
- Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
- Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.

Οφθαλμολογία

CY295: Preapproval request for overseas healthcare services – Life threatening Case

- Τα αιτήματα για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο εξωτερικό γίνονται με την χρήση των κωδικών αυτών (CY293, CY294, CY295 αναλόγως της σοβαρότητας του περιστατικού) στο σύστημα πληροφορικής μέσω της διαδικασίας προέγκρισης, με τη χρήση ειδικού εντύπου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

- Απειλητικά για τη ζωή περιστατικά: σημαίνει περιστατικά τα οποία απαιτούν διαχείρισης εντός 2 ημερών. Για τα περιστατικά αυτά, ο Οργανισμός ενδεικτικά ολοκληρώνει την αξιολόγηση του αιτήματος εντός 24 ωρών.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.

- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τους κωδικούς CY293 και CY294 στην ίδια απαίτηση.

- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (βλ. επόμενη σελίδα για λεπτομέρειες).

ΑΙΤΗΜΑ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΑ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΠΕΔΙΑ (ΜΕΡΟΣ Ι – ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ) ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΧΙ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΑ.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Πριν συμπληρώσετε την παρούσα αίτηση, διαβάστε προσεκτικά τις Οδηγίες που αναγράφονται πιο κάτω:

1. **Η παρούσα αίτηση συμπληρώνεται και υποβάλλεται σε περίπτωση αιτήματος για αποστολή δικαιούχου του ΓεΣΥ στο εξωτερικό, με σκοπό τη λήψη υπηρεσίας φροντίδας υγείας η οποία καλύπτεται στο πλαίσιο του ΓεΣΥ.**
2. **Είναι απαραίτητο όπως όλα τα πεδία της αίτησης συμπληρωθούν με ακριβείς, πλήρεις και επικαιροποιημένες πληροφορίες, καθώς και να επισυναφθούν όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά έγγραφα. Ελλιπής ή ανακριβής συμπλήρωση ενδέχεται να οδηγήσει σε απόρριψη της αίτησης.**
3. **Οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας για τις οποίες υποβάλλεται αίτημα για αποστολή του δικαιούχου στο εξωτερικό:**
    a. **είναι επαρκώς δοκιμασμένες και αναγνωρισμένες ως έγκυρες από τη διεθνή ιατρική επιστήμη με δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά,**
    b. **δεν βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, αλλά είναι εγκεκριμένες από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ) και/ή Οργανισμού Ελέγχου Φαρμάκων και Τροφίμων των Η.Π.Α. (FDA),**
    c. **αναγνωρίζονται από την κλασσική ιατρική,**
    d. **δεν αφορούν υπηρεσίες τηλεϊατρικής,**
    e. **δεν αφορούν υπηρεσίες αποκλειστικά χορήγησης φαρμάκων,**
    f. **δεν έχουν παρασχεθεί κατά τον χρόνο υποβολής του αιτήματος.**
4. **Στο πλαίσιο της παρούσας διαδικασίας δεν εξετάζονται αιτήματα που αφορούν σε:**
    a. **υπηρεσίες φροντίδας υγείας οι οποίες παρέχονται προσωρινά από το Υπουργείο Υγείας,**
    b. **ασθενείς οι οποίοι δεν είναι δικαιούχοι του ΓεΣΥ,**

    Για τις πιο πάνω περιπτώσεις, θα πρέπει να υποβάλλεται ξεχωριστό αίτημα στον Τομέα Επιδοτούμενων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας, τηλ.: +357 22 605300.
5. **Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δύναται να συλλέγει και να επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα που αφορούν την παρούσα αίτηση, περιλαμβανομένων δεδομένων που ενδέχεται να ληφθούν από τρίτους, εφόσον αυτά σχετίζονται άμεσα με το αντικείμενο της αίτησης. Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιείται αποκλειστικά για σκοπούς εξέτασης και διεκπεραίωσης της αίτησης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 και την εκάστοτε εθνική νομοθεσία.**

ΜΕΡΟΣ Ι	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓεΣΥ	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΦΥΛΟ	**ΑΡΡΕΝ** ☐ **ΘΗΛΥ** ☐
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ *Σημείωση: Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ο δικαιούχος είναι ανήλικος ή δεν το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού ή/και ο δικαιούχος εκπροσωπείται από νομίμως διορισμένο αντιπρόσωπο.*	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

ΜΕΡΟΣ ΙΙ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):		
Πρόκειται για σπάνια πάθηση[1]; *[1]Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)*	**ΝΑΙ** ☐	**ΟΧΙ** ☐
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ/ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:		
Σημείωση: Μαζί με την αίτηση απαιτείται η επισύναψη/μεταφόρτωση πρόσφατης ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ, η οποία θα πρέπει να συνταχθεί στην αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονική μορφή με ημερομηνία έκδοσης όχι προγενέστερη των τριάντα (30) ημερών από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης. **Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία:** **-το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου,** **-το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου,** **-τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου,**		

-κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, **-προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,** **-προτεινόμενη θεραπεία/αντιμετώπιση,** **-τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και** **-τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.**			
Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου			☐
ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:			
Α. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:			
(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση Α(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση Α(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση Β.		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
(δ) η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να παρασχεθεί εντός χρονικού διαστήματος ιατρικά αιτιολογημένου, αφού ληφθούν υπόψη η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του δικαιούχου και η πιθανή εξέλιξη της ασθένειας του.		**ΙΣΧΥΕΙ** ☐	**ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ** ☐
Β. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας	**Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:** **<48 ώρες** ☐	**Επείγον περιστατικό:** **<7ημέρες** ☐	**Κανονικό Περιστατικό:** ☐
Β1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:			
Γ. Απαιτείται αερομεταφορά		**ΝΑΙ** ☐	**ΟΧΙ** ☐

Γ1. Αιτιολόγηση ανάγκης αερομεταφοράς και αναφοράς ειδικών προϋποθέσεων εφόσον υφίστανται (π.χ. συνοδεία ιατρού συγκεκριμένης ειδικότητας, μέγιστος χρόνος πτήσης, υψόμετρο, ανάγκη ειδικού εξοπλισμού κατά την αερομεταφορά κ.α.):	
Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας ***Σημείωση:*** *Ο Οργανισμός έχει καταρτίσει κατάλογο συνεργαζόμενων νοσηλευτηρίων (https://www.gesy.org.cy/el-gr/hiosendingpatientsabroad). Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο αιτητής επιλέγει πάροχο ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στον κατάλογο παρόχων του εξωτερικού με τους οποίους συνεργάζεται ο Οργανισμός θα πρέπει:* *(α) όλες τις απαραίτητες διαδικασίες για διευθέτηση της αποστολής του στο εξωτερικό τις αναλαμβάνει ο ίδιος δικαιούχος σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό (ΕΚΤΟΣ στις περιπτώσεις όπου διαπιστωθεί ότι ο πάροχος ο οποίος έχει επιλεχθεί: (α) είναι ο μοναδικός ο οποίος κατέχει την εξειδίκευση για την παροχή της απαιτούμενης υπηρεσίας, ή/και (β) είναι αναγνωρισμένο ιατρικό κέντρο αναφοράς στη διαχείριση της σπάνιας πάθησης), ή/και (γ) για τις περιπτώσεις που αφορούν απειλητικά για την ζωή περιστατικά.* *(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεχθεί από τον θεράποντα ιατρό/ δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:* *i. τον προκαταρτικό προγραμματισμό για το είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν (περιλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της νοσηλείας),* *ii. την αποδοχή ή μη, του ευρωπαϊκού εντύπου S2 για την κάλυψη των εξόδων,* *iii. προσδιορισμός των πιθανών εξόδων εντός ή εκτός του εντύπου S2.*	

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓΕΣΥ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και αντιλαμβάνομαι ότι η παροχή ψευδών και/ή ανακριβών στοιχείων συνιστούν ποινικό αδίκημα.

MEDICAL REPORT

Η Ιατρική Έκθεση πρέπει απαραιτήτως να είναι δακτυλογραφημένη, πρόσφατη (<30 ημερών) και στην αγγλική γλώσσα. Η έκθεση πρέπει να περιλαμβάνει το φύλο και την ηλικία του δικαιούχου, το ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου, τη διάγνωση/πάθηση του δικαιούχου, κύρια αποτελέσματα εργαστηριακών/απεικονιστικών/ιστοπαθολογικών και άλλων εξετάσεων αναλόγως του περιστατικού, προηγούμενη θεραπεία/αντιμετώπιση, προτεινόμενη θεραπεία/ αντιμετώπιση, τη γενική κατάσταση υγείας του δικαιούχου και τους λόγους που επιβάλλουν την αποστολή του στο εξωτερικό.

Treating Physician:	Name: Specialty: Email: Tel. No:
Patient Name:	
Patient ID Number:	
Gender:	Male ☐ Female ☐
DOB:	
Diagnosis:	
Medical History[i]:	

Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinations[i]: *(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπεδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) στο σύστημα PACS με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων ο οποίος να **παραμένει ενεργός τουλάχιστον 30ημέρες από τη δημιουργία του**)*	

Prior/current treatment/management:	

Proposed treatment / management abroad: *(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που χρήζει υπηρεσιών ογκολογίας, να μεταφορτωθεί αυτούσια η αξιολόγηση/απόφαση εγκεκριμένου από τον Οργανισμό πολυθεματικού ογκολογικού συμβουλίου με αναφορά στην προτεινόμενη διαχείριση του ασθενούς)*	

Reasons for requesting medical services aboard:	

ΜΕΡΟΣ IV	
ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΟΑΥ	
ΑΡ.ΦΑΚΕΛΟΥ	
ΑΡ. ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ	

[i] Στις περιπτώσεις αιτήματος για μεταμόσχευση ήπατος, πέραν των ανωτέρω, θα πρέπει απαραιτήτως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

Α. Οξεία Ηπατική Ανεπάρκεια: να καθορίζεται σύμφωνα με τα κριτήρια του King's College, τα οποία θα πρέπει και να καταγράφονται στην έκθεση.

Β. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
    - ABO συμβατότητα
    - Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
    - INR
    - Γενική εξέταση αίματος
    - Κάθαρση κρεατινίνης
    - Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
    - Νάτριο
    - Κάλιο
    - Ασβέστιο
    - Βιταμίνη Δ
    - Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
    - CRP
    - Εξέταση ούρων
    - Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
    - Επίπεδα tacrolimus
- Meld Score
- Child Pugh Score (*προαιρετικό*)
- Αναφορά στο αν ο δικαιούχος είναι καπνιστής ή όχι
- Αναφορά στο εάν ο δικαιούχος καταναλώνει αλκοόλ και πότε ήταν η τελευταία φορά που κατανάλωσε αλκοόλ
- Αναφορά εάν έχει προηγηθεί διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου καρδιολογικού ελέγχου που να περιλαμβάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, τεστ κοπώσεως (σε άτομα άνω των 40 ή άτομα υψηλού κινδύνου) και ηχοκαρδιογράφημα (ECHO) καρδιάς
- Αναφορά στα αποτελέσματα πρόσφατου ελέγχου του αναπνευστικού συστήματος που να περιλαμβάνει σπιρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
    - αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
    - υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
    - *Εφόσον εφαρμόζεται*, αξονική ή μαγνητική τομογραφία ήπατος προκειμένου να υπάρξει λεπτομερής καταγραφή της ανατομίας αγγείων και χοληφόρων καθώς και εκτίμησης όγκων,
    - DEXA
- Αναφορά στα αποτελέσματα αξιολόγησης του πεπτικού συστήματος που να περιλαμβάνει:
    - πρόσφατη γαστροσκόπηση για αξιολόγηση πιθανών κιρσών οισοφάγου

- πρόσφατη κολονοσκόπηση, σε άτομα άνω των 45 ετών ή με οικογενειακό ιστορικό 1ου βαθμού

- Αναφορά σε πρόσφατη ψυχιατρική/ψυχολογική εκτίμηση του δικαιούχου σε σχέση με τη συμμόρφωση αυτού στη θεραπεία και επιβεβαίωση αποχής του από το αλκοόλ
- Αναφορά στα αποτελέσματα μαστογραφίας, τεστ Παπανικολάου και ελέγχου για καρκίνο προστάτη, αναλόγως φύλου και ηλικίας
- Αναφορά σε προηγούμενους εμβολιασμούς του δικαιούχου.