

Περιεχόμενα

Παιδιατρική

99201	7
99202	8
99203	9
99204	10
99205	11
99212	12
99213	13
99214	14
99215	15
99441	16
10004	17
10005	18
10006	20
10021	22
10060	24
10061	25
17250	26
20600	27
20604	28
20605	29
20606	30
20610	31
20611	32
36415	33
36000	34
96413:	35
96415:	36
96401:	37
38220	38
38221	39
62272	40
94640	41

97010	42
93000	43
95012	44
31720	45
11104	46
43235	47
43235-53	48
43243:	49
43244:	50
43247:	51
43249:	52
43251:	53
43255:	54
44388:	55
44405:	56
45300:	57
45330:	58
45331:	59
45378:	60
45378-52:	61
45378-53:	62
45380:	63
45381:	65
45382:	66
45385:	67
45386:	69
45390:	70
85097	71
30100	72
32554	73
36592	74
36600	75
43197	76
43198	77
43752	78

43760	79
43761	80
49082	81
49083	82
51701	83
51702	84
51703	85
76536	86
77080	87
77081	88
77085	89
77086	90
78700	91
81002	92
81003	93
81015	94
82044	95
82962	96
83037	97
86580	98
90959	99
91038	100
91110-P	101
92612	109
93005	110
94010	111
94060	112
94070	113
94618	114
94690	115
94726	116
94727	117
94729	118
94750	119
94760	120

94762	121
95004	122
95070	123
95249	124
95251	125
96360	126
96361	127
96365	128
96366	129
96367	130
96369	131
96372	132
99091	133
0507F.....	134
94660	135
CY089	136
CY093	138
CY094	140
CY095	142
CY103	144
CY104	145
CY105	146
CY106	147
CY107	148
CY108	149
CY109	151
CY110	154
CY112:	157
CY125	159
CY207:	161
CY208:	163
CY250:	165
CY250-52:	168
CY293	171
CY294	180

CY295	189
CY175	198
CY176	199
CY178	200
CY180	201
CY182	202
CY183	203
CY185	204
CY187	205
CY189	206
CY190	207
CY192	208
CY194	209
CY196	210
CY197	211
CY199	212
CY201	213
CY203	214
CY204	218
CY205	219
CY206	220
CY262	221
CY263	222
CY264	223
CY265	224
CY266	225
CY267	226
CY268	227
CY269	228
CY270	229
CY271	230
CY272	231
CY273	232
CY274	233
CY275	234

Παιδιατρική

99201: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of a new patient, which requires these 3 key components: A problem focused history; A problem focused examination; Straightforward medical decision making. 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 self-limited or minor. Typically, 10 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.

Παιδιατρική

99202: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of a new patient, which requires these 3 key components: An expanded problem focused history; An expanded problem focused examination; Straightforward medical decision making. 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 low to moderate severity. Typically, 20 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.

Παιδιατρική

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.

Παιδιατρική

99204: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of a new patient, which requires these 3 key components: A comprehensive history; A comprehensive examination; Medical decision making of moderate 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 to high severity. Typically, 45 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.

Παιδιατρική

99205: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of a new patient, which requires these 3 key components: A comprehensive history; A comprehensive examination; Medical decision making of high 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 to high severity. Typically, 60 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.

Παιδιατρική

99212: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components: A problem focused history; A problem focused examination; Straightforward medical decision making. 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 self-limited or minor. Typically, 10 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.

Παιδιατρική

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.

Παιδιατρική

99214: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components: A detailed history; A detailed examination; Medical decision making of moderate 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 to high severity. Typically, 25 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.

Παιδιατρική

99215: Office or other outpatient visit for the evaluation and management of an established patient, which requires at least 2 of these 3 key components: A comprehensive history; A comprehensive examination; Medical decision making of high 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 to high severity. Typically, 40 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.

Παιδιατρική

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.

Παιδιατρική

10004: Fine needle aspiration biopsy, without imaging guidance; each additional 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 3 φορές ανά απαίτηση.
- Προστίθεται για κάθε επιπρόσθετη βλάβη μαζί με τον κωδικό 10021.

Παιδιατρική

10005: Fine needle aspiration biopsy, including ultrasound guidance; first lesion.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με δραστηριότητα υπερήχου.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για Παρακέντηση
(Για τους κωδικούς 10005 και 10006)

Παρακαλούμε καταχωρείστε τις ενδείξεις που δικαιολογούν τη διενέργεια της πιο πάνω δραστηριότητας.....

Σημείωση:

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.

Παιδιατρική

10006: Fine needle aspiration biopsy, including ultrasound guidance; each additional lesion (List separately in addition to code for primary procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με δραστηριότητα υπερήχου.
- Η δραστηριότητα υποβάλλεται σε συνδυασμό με τους κωδικούς 99204, 99205 ή 99215.
- Προστίθεται για κάθε επιπρόσθετη βλάβη μαζί με τον κωδικό 10005.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για Παρακέντηση
(Για τους κωδικούς 10005 και 10006)

Παρακαλούμε καταχωρείστε τις ενδείξεις που δικαιολογούν τη διενέργεια της πιο πάνω δραστηριότητας.....

Σημείωση:

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.

Παιδιατρική

10021: Fine needle aspiration biopsy, without imaging guidance; 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.
- Απαραίτητη η συμπλήρωση ερωτηματολογίου (βλέπε επόμενη σελίδα).

**Ερωτηματολόγιο για τη διενέργεια βιοψίας αναρρόφησης διά λεπτής βελόνης
χωρίς απεικονιστική καθοδήγηση**

(για τον κωδικό 10021)

*Παρακαλώ όπως καταχωρήσετε τις ενδείξεις που δικαιολογούν τη διενέργεια της πιο πάνω δραστηριότητας.....



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

Παιδιατρική

10060: Incision and drainage of abscess (e.g., carbuncle, suppurative hidradenitis, cutaneous or subcutaneous abscess, cyst, furuncle, or paronychia); simple or 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.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B08.1, B35.1, B35.4, B35.5, B35.8, I10, N63, J30.0, K60.3, K60.4, K60.5, J44.1, K02.9, K04.0, K04.7, L20.0, L20.9, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, K52.2, K52.8, R42, R43.0, R43.1, R43.2, R43.8, R10.3, R21.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: N61, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, R22.0, R22.1, R22.2, R22.9.

Παιδιατρική

10061: Incision and drainage of abscess (e.g., carbuncle, suppurative hidradenitis, cutaneous or subcutaneous abscess, cyst, furuncle, or paronychia); complicated or multiple.

- 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.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B35.1, B35.2, B35.3, B35.9, H26.9, E01.1, E04.2, K62.5, L30.9, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, L30.8, L20.0, L20.9, L23.9, L98.9, L24.9, L25.9, L30.0, L30.2, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, S31.0, R07.0, R59.0, R59.1, R59.9, R94.3, R94.5, R10.1, R10.3, R21.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: L72.0, L72.2, L72.8, L72.9.

Παιδιατρική

17250: Chemical cauterization of granulation tissue (proud flesh, sinus or fistula).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B08.1, B35.4, B35.5, H10.8, J32.9, L50.9, J06.9, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, R04.0, R06.0, R22.0, R22.1, R22.2, R22.9.

Παιδιατρική

20600: Arthrocentesis, aspiration and/or injection, small joint or bursa (e.g. fingers, toes); without ultrasound guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 4 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τον κωδικό 76942 στην ίδια απαίτηση.

Παιδιατρική

20604: Arthrocentesis, aspiration and/or injection, small joint or bursa (e.g. fingers, toes); with ultrasound guidance, with permanent recording and reporting.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 4 φορές ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

20605: Arthrocentesis, aspiration and/or injection, intermediate joint or bursa (e.g. temporomandibular, acromioclavicular, wrist, elbow or ankle, olecranon bursa); without ultrasound guidance.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: E01.0, E01.2, E03.9, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, M54.5, M54.8, M54.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9.

Παιδιατρική

20606: Arthrocentesis, aspiration and/or injection, intermediate joint or bursa (e.g. temporomandibular, acromioclavicular, wrist, elbow or ankle, olecranon bursa); with ultrasound guidance, with permanent recording and reporting.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

20610: Arthrocentesis, aspiration and/or injection; major joint or bursa (e.g. shoulder, hip, knee joint, subacromial bursa).

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: E55.9, E28.2, E78.2, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, M79.1, M79.7, M54.5, M60.9.

Παιδιατρική

20611: Arthrocentesis, aspiration and/or injection, major joint or bursa (e.g. shoulder, hip, knee, subacromial bursa); with ultrasound guidance, with permanent recording and reporting.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

36415: Collection of venous blood by venipuncture.

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

Παιδιατρική

36000: Introduction of needle or intracatheter, vein.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: C49.8, C20, N89.7, O34.2, N93.8, J39.8, J39.9, O21.2, O21.9, O24.9, K52.1, K52.2, K52.8, K52.9, O86.4, R55, O90.8, R68.8, R10.1, R10.3, O99.0.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: Z37.0, I10, N13.2, N92.5, J33.9, K58.0, K58.9, K59.0, N20.1, N20.2, N76.0, N76.1, N76.2, N92.6, K30, N76.3.

Παιδιατρική

96413: Chemotherapy administration, intravenous infusion technique; up to 1 hour, single or initial substance/drug.

- 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.

Παιδιατρική

96415: Chemotherapy administration, intravenous infusion technique; each additional hour (List separately in addition to code for primary procedure).

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

Παιδιατρική

96401: Chemotherapy administration, subcutaneous or intramuscular; non-hormonal anti-neoplastic.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 3 φορές ανά απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

38220: Diagnostic bone marrow aspirations.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 38221 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

38221: Diagnostic bone marrow; biopsy(ies).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 38220 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

62272: Spinal puncture, therapeutic, for drainage of cerebrospinal fluid (by needle or catheter).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: N23.

Παιδιατρική

94640: Pressurized or nonpressurized inhalation treatment for acute airway obstruction for therapeutic purposes and/or for diagnostic purposes such as sputum induction with an aerosol generator, nebulizer, metered dose inhaler or intermittent positive pressure breathing (IPPB) device.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τον κωδικό 94060.
- Ως ελάχιστη τεκμηρίωση απαιτείται η έκθεση ιατρού με συμπτώματα, αποτελέσματα και εκτιμήσεις.

Παιδιατρική

97010: Application of a modality to 1 or more areas; hot or cold packs.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.

Παιδιατρική

93000: Electrocardiogram, routine ECG with at least 12 leads; 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 2 φορές ανά απαίτηση.
- Διαγνώσεις
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: Z00.0, C68.9, D09.0, E11.9, E78.2, E78.9, N18.1, R42, R50.9, R12.
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z87.4, B35.1, B35.6, B35.8, B96.8, B97.1, B97.8, C92.1, I12.0, D72.8, E11.4, H81.3, I89.0, H54.2, H53.8, H53.9, G54.4, E78.5, E78.4, E01.0, E01.1, E01.2, E04.2, E06.1, N13.9, N15.9, N89.7, N92.0, N92.5, O34.2, J20.9, J34.3, J98.9, K57.9, K59.0, K57.8, K59.9, K62.5, K62.7, K62.8, K62.9, N20.9, N21.0, N23, N76.0, N76.1, N76.2, N92.6, N93.8, N95.8, N95.9, O47.1, J39.8, J39.9, O20.0, O21.0, O21.2, O21.9, K64.9, K65.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, L02.9, K29.5, K29.6, K29.0, K29.7, K29.9, K30, L98.3, N76.3, J02.0, J03.8, J06.9, J10.1, J11.1, K76.0, K40.9, K42.0, K43.0, K43.2, K44.9, K45.8, K46.9, M83.9, N39.0, N87.1, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K21.0, K21.9, O33.4, K52.0, K52.1, K52.2, K52.8, K52.9, K56.3, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, R41.3, R41.8, R41.0, R41.2, R45.8, S31.0, S46.9, R87.8, R90.8, R93.3, R03.1, R06.3, R09.0, R50.8, O90.5, O90.8, R65.2, R63.1, R68.8, R73.0, R93.6, R93.7, R94.0, R94.5, R94.8, R09.8, R10.0, R10.2, R10.3, R16.0, R16.1, R16.2, R17, R19.0, R19.3, R19.4, R19.5, R19.8, R22.0, R22.1, R22.2, O99.2, O99.5, O99.6, O99.7, O99.8, R79.8, R81, R82.4, R82.5, R82.6, R82.7, R82.8, R22.9, R29.0, R29.2, R29.8, R34, R39.1.

Παιδιατρική

95012: Nitric oxide expired gas determination.

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

Παιδιατρική

31720: Catheter aspiration (separate procedure); nasotracheal

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

11104: Punch biopsy of skin (including simple closure, when performed); single lesion

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

43235: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed (separate procedure)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

43235-53: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed (separate procedure)

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

43243: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with biopsy, single or multiple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ενδεικτικός ελάχιστος αναμενόμενος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43244, 43247, 43249, 43251, 43255.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών , Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Παιδιατρική

43244: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with band ligation of esophageal/gastric varices.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43243, 43249, 43251, 43255, 43247.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών, Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Παιδιατρική

43247: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with removal of foreign body(s).

- 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 και μόνο με επίσκεψη follow-up (εξαίρεση: ασθενείς που έχουν ξανακάνει γαστροσκόπηση και δεν έχει διαφοροποιηθεί το ιστορικό).
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Απαιτείται περιγραφή στις κλινικές σημειώσεις και φωτοτεκμηρίωση της αφαίρεσης
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43243, 43244, 43249, 43251, 43255.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών, Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού
*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: R10.2, R10.3, R16.0, R16.2.

Παιδιατρική

43249: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with transendoscopic balloon dilation of esophagus (less than 30 mm diameter).

- 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 και μόνο με επίσκεψη follow-up (εξαιρέση: ασθενείς που έχουν ξανακάνει γαστροσκόπηση και δεν έχει διαφοροποιηθεί το ιστορικό).
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43243, 43244, 43247, 43251, 43255.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών, Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Παιδιατρική

43251: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with removal of tumor(s), polyp(s), or other lesion(s) by snare technique.

- 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 και μόνο με επίσκεψη follow-up (εξαίρεση: ασθενείς που έχουν ξανακάνει γαστροσκόπηση και δεν έχει διαφοροποιηθεί το ιστορικό).
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43243, 43244, 43247, 43249, 43255.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών, Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Παιδιατρική

43255: Esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral; with control of bleeding, any method.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 43249, 43251, 43243, 43244, 43247.
- Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος του αναλωσίμου needle injector, το οποίο δεν συμπεριλαμβάνεται πλέον ως ξεχωριστός κωδικός στον κατάλογο δραστηριοτήτων.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας γαστροσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών, Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους & τύπου, μέγεθος διαφραγματοκήλης, βαθμός οισοφαγίτιδας κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Παιδιατρική

44388: Colonoscopy through stoma; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed.

- 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 και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 44405.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολονοσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολονοσκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Παιδιατρική

44405: Colonoscopy through stoma; with transendoscopic balloon 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 και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 40 λεπτά.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τη δραστηριότητα 44388.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολονοσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολονοσκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Παιδιατρική

45300: Proctosigmoidoscopy, rigid; diagnostic, with or without collection of specimen(s) by brushing or washing (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Επαρκής καταχώρηση ενδείξεων και ευρημάτων στις κλινικές σημειώσεις.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B35.6, D07.5, K29.7, K29.9, R10.1, R10.2, R10.3, R19.4, R19.8, R30.0, R30.9.

Παιδιατρική

45330: Sigmoidoscopy, flexible; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Επαρκής καταχώρηση ενδείξεων και ευρημάτων στις κλινικές σημειώσεις.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 20 λεπτά.
- Δεν μπορεί να κατατεθεί με την δραστηριότητα 45331.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού
*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: K59.4, K60.3, K60.4, K60.5, K62.7, K62.8, K62.9, R03.0, R10.3, R19.5.

Παιδιατρική

45331: Sigmoidoscopy, flexible; with biopsy, single or multiple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Επαρκής καταχώρηση ενδείξεων και ευρημάτων στις κλινικές σημειώσεις.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 20 λεπτά.
- Δεν μπορεί να κατατεθεί με την δραστηριότητα 45330.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού
*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: K60.3, K60.4, K60.5, K62.5.

Παιδιατρική

45378: Colonoscopy, flexible; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed (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 και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 40 λεπτά.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με άλλη δραστηριότητα κολonosκόπησης.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Παιδιατρική

45378-52: Colonoscopy, flexible; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed (separate procedure).

- Σε περίπτωση που η εξέταση κολonosκόπησης πέρασε τη σπληνική καμπή αλλά δεν τερμάτισε στο τυφλό.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ωρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Παιδιατρική

45378-53: Colonoscopy, flexible; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed (separate procedure).

- Σε περίπτωση που δεν ολοκληρώθηκε η κολonosκόπηση, για σκοπούς ασφαλείας του ασθενή.
- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Παιδιατρική

45380: Colonoscopy, flexible; with biopsy, single or multiple.

- 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 και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 40 λεπτά.
- Απαιτείται επαρκής τεκμηρίωση στις κλινικές σημειώσεις.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45381, 45382, 45385, 45390.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος του αναλωσίμου λαβίδα βιοψίας, το οποίο δεν συμπεριλαμβάνεται πλέον ως ξεχωριστός κωδικός στον κατάλογο δραστηριοτήτων.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, K57.9, R19.5, R86.0, R86.2, R86.8, B96.8, K59.4, K57.8, K59.9, K60.3, K60.4, K60.5, K62.2, K62.3, K62.5, K62.8, K29.7, K30, K31.8, K44.9, K52.2, K52.8, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5, R86.1, R86.9, R94.5, R10.0, R10.1, R10.3, R16.1, R16.2, R19.0.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: D50.0, K59.0, R19.4.

Παιδιατρική

45381: Colonoscopy, flexible; with directed submucosal injection(s), any substance.

- 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 και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 30 λεπτά.
- Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45380, 45382, 45385, 45390.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος του αναλωσίμου needle injector, το οποίο δεν συμπεριλαμβάνεται πλέον ως ξεχωριστός κωδικός στον κατάλογο δραστηριοτήτων.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολονοσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολονοσκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού
*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: K59.4, K62.5, K62.7, K62.8, K62.9.

Παιδιατρική

45382: Colonoscopy, flexible; with control of bleeding, any method.

- 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 και μόνο με επίσκεψη follow-up.
 - Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 40 λεπτά.
 - Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45380, 45381, 45385, 45390.
 - Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
 - Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος του αναλωσίμου needle injector, το οποίο δεν συμπεριλαμβάνεται πλέον ως ξεχωριστός κωδικός στον κατάλογο δραστηριοτήτων.
 - Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολονοσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολονοσκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού
- *Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Παιδιατρική

45385: Colonoscopy, flexible; with removal of tumor(s), polyp(s), or other lesion(s) by snare technique.

- 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 και μόνο με επίσκεψη follow-up.
 - Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 40 λεπτά.
 - Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45380, 45381, 45382, 45390.
 - Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
 - Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος των αναλωσίμων snare και needle injector, τα οποία δεν συμπεριλαμβάνονται πλέον ως ξεχωριστοί κωδικοί στον κατάλογο δραστηριοτήτων.
 - Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολonosκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολonosκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού
- *Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.
- Διαγνώσεις

- Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: K57.9, K59.0, K57.8, K62.2, K62.3, K62.8, K21.0, K21.9, K57.2, K57.3, K57.4, K57.5.

Παιδιατρική

45386: Colonoscopy, flexible; with transendoscopic balloon 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 και μόνο με επίσκεψη follow-up.
- Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 40 λεπτά.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολονοσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολονοσκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού

*Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Παιδιατρική

45390: Colonoscopy, flexible; with endoscopic mucosal resection.

- 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 και μόνο με επίσκεψη follow-up.
 - Ελάχιστος χρόνος εξέτασης: 60 λεπτά.
 - Χρησιμοποιείται σε περίπτωση αφαίρεσης πολύποδων ≤ 2 εκ και > 1 εκ. Στις περιπτώσεις όπου οι αλλοιώσεις είναι > 2 εκ, η όλη νοσηλεία θα πρέπει να κωδικοποιείται με το σύστημα DRG με βάση τις αρχές κωδικοποίησης.
 - Δεν μπορεί να υποβληθεί στη ίδια απαίτηση με τις δραστηριότητες: 45380, 45381, 45382, 45385.
 - Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
 - Στη δραστηριότητα αυτή συμπεριλαμβάνεται και το κόστος των αναλωσίμων snare και needle injector, τα οποία δεν συμπεριλαμβάνονται πλέον ως ξεχωριστοί κωδικοί στον κατάλογο δραστηριοτήτων.
 - Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτούνται τα εξής ως ελάχιστα στοιχεία καταγραφής στην ιατρική έκθεση: Ονοματεπώνυμο δικαιούχου, Ημερομηνία γέννησης ή ηλικία δικαιούχου, ΑΔΤ δικαιούχου, Ημερομηνία εξέτασης, Ώρα διεξαγωγής εξέτασης, Κωδικός εξέτασης κατά CPT, Ενδείξεις διενέργειας κολονοσκόπησης, Καταγραφή χρήσης καταστολής ή όχι, Καταγραφή παρουσίας Αναισθησιολόγου, Καταγραφή φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση (π.χ. πεθιδίνη, μιδαζολάμη, προποφόλη κ.α), Ποιότητα Προετοιμασίας (με βάση την κλίμακα Boston Bowel Preparation), Είδος ενδοσκοπίου, Ευρήματα*, Συμπέρασμα*, Σύσταση (εφόσον υπάρχει), Συμπερίληψη τουλάχιστον 4 αντιπροσωπευτικών φωτογραφιών στις οποίες να περιλαμβάνεται φωτογραφία και από το τυφλό ή τελικό ειλεό (εφόσον πρόκειται για ολοκληρωμένη κολονοσκόπηση), Ονοματεπώνυμο και υπογραφή ιατρού
- *Σημείωση: Απαιτείται σαφής περιγραφή των ευρημάτων (π.χ. στην περίπτωση πολυπόδων καταγραφή του μεγέθους, τύπου κ.α.), ενώ σε περιπτώσεις θεραπευτικής ενδοσκόπησης, απαιτείται η περιγραφή της πράξης που διενεργήθηκε.

Παιδιατρική

85097: Bone marrow, smear interpretation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

30100: Biopsy, intranasal.

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

Παιδιατρική

32554: Thoracentesis, needle or catheter, aspiration of the pleural space; without imaging guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

36592: Collection of blood specimen using established central or peripheral catheter, venous, not otherwise specified.

- 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: C18.9, K58.0, K58.9, O21.2, R42, R55, R10.3.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: K52.8, K52.9.

Παιδιατρική

36600: External cannula de clotting (separate procedure); without balloon catheter.

- 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 απαιτεί μεταφόρτωση του αποτελέσματος όπως αυτό εκτυπώνεται από τον αναλυτή αερίων.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B97.1, B97.8, I10, J98.9, K64.9, K65.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, R10.3.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: R42, R40.0.

Παιδιατρική

43197: Esophagoscopy, flexible, transnasal; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

43198: Esophagoscopy, flexible, transnasal; with biopsy, single or multiple.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

43752: Naso- or oro-gastric tube placement, requiring physician's skill and fluoroscopic guidance (includes fluoroscopy, image documentation and report).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: K65.9.

Παιδιατρική

43760: Change of gastrostomy tube, percutaneous, without imaging or endoscopic guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G80.9, R47.0, R10.2, R10.3.

Παιδιατρική

43761: Repositioning of a naso- or oro-gastric feeding tube, through the duodenum for enteric nutrition.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

49082: Abdominal paracentesis (diagnostic); without imaging guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

49083: Abdominal paracentesis (diagnostic or therapeutic); with imaging guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

51701: Insertion of non-indwelling bladder catheter (e.g., straight catheterization for residual urine).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 51702, 51703.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: N13.2, N92.0, N92.5, O34.2, N20.0, N20.2, N23, N92.6.

Παιδιατρική

51702: Insertion of temporary indwelling bladder catheter; simple (e.g., Foley).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 51701, 51703.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B97.1, B97.8, I13.0, I10, N13.2, J98.9, K59.0, K62.8, N20.1, N20.2, N23, K30, M17.9, R10.0, R10.2, R22.0, R22.1, R22.2, R22.9, R30.0, R30.9.

Παιδιατρική

51703: Insertion of temporary indwelling bladder catheter; complicated (e.g., altered anatomy, fractured catheter/balloon).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 51701, 51702.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

76536: Ultrasound, soft tissues of head and neck (e.g., thyroid, parathyroid, parotid), real time with image documentation.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z39.1, Z41.2, B35.3, B97.1, B97.8, D18.0, I10, E11.9, G44.1, H10.8, E13.9, E28.2, G93.3, E78.2, N13.2, N15.9, N92.0, N92.5, J30.0, J20.9, J32.4, J32.8, J34.0, J34.1, J34.8, K58.0, K58.9, K62.8, N20.0, N20.2, N23, N28.1, N92.6, K02.9, K04.7, K64.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, K29.7, K29.9, K30, J06.9, K44.9, M54.5, L98.9, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, L73.0, K52.2, K52.8, R42, R45.8, R00.2, R03.0, R04.0, R05, R09.0, R49.8, R51, O90.5, R93.5, R64, R68.1, R68.8, R94.2, R94.4, R94.5, R94.8, R09.8, R10.0, R10.1, R10.3, R16.0, R16.2, O99.8, R82.4, R29.2, R39.1.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με την ακόλουθη διάγνωση περιλαμβάνει προειδοποίηση: R07.0.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής δύναται να απαιτηθεί μόνο σε συνδυασμό με τους κωδικούς 99203,99204,99205,99214, 99215.

Παιδιατρική

77080: Dual-energy X-ray absorptiometry (DXA), bone density study, 1 or more sites; axial skeleton (e.g., hips, pelvis, spine).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο του ενός έτους.
- Δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 77085 και 77086 στην ίδια απαίτηση.

Παιδιατρική

77081: Dual-energy X-ray absorptiometry (DXA), bone density study, 1 or more sites; appendicular skeleton (peripheral) (e.g., radius, wrist, heel).

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

Παιδιατρική

77085: Dual-energy X-ray absorptiometry (DXA), bone density study, 1 or more sites; axial skeleton (e.g., hips, pelvis, spine), including vertebral fracture assessment.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο του ενός έτους.
- Δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 77080 και 77086 στην ίδια απαίτηση.

Παιδιατρική

77086: Vertebral fracture assessment via dual-energy X-ray absorptiometry (DXA).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο του ενός έτους.
- Δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 77080 και 77085 στην ίδια απαίτηση.

Παιδιατρική

78700: Kidney imaging morphology.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: I10, N23, N39.0.

Παιδιατρική

81002: Urinalysis, by dip stick or tablet reagent for bilirubin, glucose, hemoglobin, ketones, leukocytes, nitrite, pH, protein, specific gravity, urobilinogen, any number of these constituents; non-automated, without microscopy.

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

Παιδιατρική

81003: Urinalysis, by dip stick or tablet reagent for bilirubin, glucose, hemoglobin, ketones, leukocytes, nitrite, pH, protein, specific gravity, urobilinogen, any number of these constituents; automated, without microscopy.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z31.9, Z39.2, Z41.2, B35.3, B35.8, B60.1, B82.0, B97.1, B97.8, I10, E55.9, G44.1, H10.9, H11.9, D50.9, G47.0, G47.3, H91.3, E28.2, H53.8, H53.9, G93.3, E78.2, N63, N92.0, N92.5, J30.0, J20.9, J32.4, J32.8, J34.0, J34.1, J34.8, K58.0, K58.9, K59.9, K62.7, K62.8, K62.9, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, M15.8, M35.2, N92.6, N95.1, N95.8, N95.9, K64.9, K66.8, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, L02.9, L50.9, K29.7, K29.9, M17.9, L98.3, J06.9, J10.1, J11.1, L20.0, L20.9, K42.9, K44.9, M51.0, M54.2, L98.9, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, O33.0, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L72.0, L72.2, L72.8, L72.9, L73.0, L80, K52.0, K52.2, K52.8, R86.1, R42, R44.3, R45.8, S31.0, R87.8, R86.9, R00.2, R03.1, R05, R07.0, R07.1, R07.2, R09.0, R51, R55, R56.0, O90.5, R64, R68.1, R68.8, R94.5, R09.8, R10.3, R19.0, R19.3, R19.4, R19.5, R19.8, R21, R81, R86.0, R86.2, R86.8.

Παιδιατρική

81015: Urinalysis; microscopic only.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: Z31.4, Z32.0, B01.9, B35.1, B35.6, B35.9, A88.1, B36.8, I10, E61.1, H10.9, G47.0, H53.8, E78.2, E78.5, E79.0, E03.5, E03.9, E04.8, E04.9, E05.2, N63, N89.7, N92.0, N92.1, N92.5, J21.0, J32.2, J32.4, J32.8, J32.9, J33.8, J34.0, J34.1, J34.8, J98.0, J98.9, K58.0, K58.9, K60.3, K60.4, K60.5, K62.7, K62.8, K62.9, N28.1, N93.0, N93.8, N95.0, N95.1, N97.9, J39.8, J39.9, J40, J42, K02.9, O24.0, O24.1, O24.3, K64.9, K64.0, K64.1, K64.2, K64.3, K29.3, K29.0, K29.7, K29.9, K30, O03.0, O03.4, J02.8, J06.9, J10.1, J11.1, J67.9, O24.9, K40.2, K42.9, K43.2, K44.9, K45.0, J20.8, K21.9, L68.2, L68.8, L68.9, L68.0, K52.1, K52.2, K52.8, K52.9, M25.5, R41.3, R40.0, R41.2, R44.3, R45.8, O86.0, R87.8, R93.1, R03.0, R07.0, R07.1, R09.0, R55, O90.0, O90.1, O90.5, O90.8, O90.9, R68.1, R68.8, R93.8, R09.8, R16.0, R16.1, R16.2, O99.0.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: I11.9, I15.1, E87.8, N48.2, K76.9.

Παιδιατρική

82044: Albumin; urine (e.g., microalbumin), semiquantitative (e.g., reagent strip assay).

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

Παιδιατρική

82962: Glucose, blood by glucose monitoring device(s) cleared by the FDA specifically for home use.

- 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.

Παιδιατρική

83037: Hemoglobin; glycosylated (A1C) by device cleared by FDA for home use.

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

Παιδιατρική

86580: Skin test; tuberculosis, intradermal.

- 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: I10, H20.9, H53.9, G93.3, K60.3, K60.4, K60.5, J06.9, R93.3, R94.5, R10.1, R10.3, R21, R22.0, R22.1, R22.2, R23.1, R22.9.

Παιδιατρική

90959: End-stage renal disease (ESRD) related services monthly, for patients 12-19 years of age to include monitoring for the adequacy of nutrition, assessment of growth and development, and counseling of parents; with 1 face-to-face visit by a physician or other qualified health care professional per month.

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

Παιδιατρική

91038: Esophageal function test, gastroesophageal reflux test with nasal catheter intraluminal impedance electrode(s) placement, recording, analysis and interpretation; prolonged (greater than 1 hour, up to 24 hours).

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

Παιδιατρική

91110-P: Gastrointestinal tract imaging, intraluminal (eg, capsule endoscopy), esophagus through ileum, with interpretation and report.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Προϋποθέτει την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή στη βάση πρωτοκόλλου (επόμενη σελίδα).
- Δεν μπορεί να συνδυαστεί με οποιαδήποτε άλλη από τις δραστηριότητες σιγμοειδοσκοπήσεων ή κολonosκοπήσεων.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: G93.3, R10.1.
- Μπορεί να συνδυαστεί με τους κωδικούς CY207 και CY208.
- Ο κωδικός CY089 και CY125 δεν δύναται να υποβληθούν στην ίδια απαίτηση.
- Η απαίτηση αποζημίωσης της εξέτασης υποβάλλεται σε κάθε περίπτωση εντός 7 ημερών από την ημέρα διενέργειάς της. Στις περιπτώσεις όπου τα αποτελέσματα της εξέτασης είναι διαθέσιμα μετά το πέρας των 7 ημερών, η υποβολή της απαίτησης θα πρέπει να προχωρά κανονικά με μεταφόρτωση αρχείου στο οποίο θα γίνεται αναφορά στο γεγονός ότι τα αποτελέσματα δεν έχουν ολοκληρωθεί. Όταν πλέον τα αποτελέσματα καταστούν διαθέσιμα, οι πάροχοι θα πρέπει να ακολουθούν τη διαδικασία αναπροσαρμογής της απαίτησης για μεταφόρτωση των αποτελεσμάτων και υποβολή εκ νέου της απαίτησης.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ/ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ
<p>Μικροσκοπική αιμορραγία πεπτικού ή σιδηροπενική αναιμία:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Διερεύνηση σιδηροπενικής αναιμίας μετά από γαστροσκόπηση και ειλεοκολonosκόπηση με αρνητικά αποτελέσματα - Διερεύνηση μακροσκοπικής ή μικροσκοπικής αιμορραγίας πεπτικού 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έκθεση Γαστροσκόπησης και Ειλεοκολonosκόπησης 2. Ιστολογικά ευρήματα βιοψιών
<p>Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΙΦΝΕ):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Σε ασθενείς με υψηλή υποψία ΙΦΝΕ και αρνητικά ευρήματα σε γαστροσκόπηση και ειλεοκολonosκόπηση για διαγνωστικούς σκοπούς - Σε ασθενείς με Νόσο Crohn's για καθορισμό της έκτασης, της ενεργότητας της νόσου και της ανταπόκρισης στη θεραπεία σε οποιαδήποτε φάση στην πορεία της νόσου 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έκθεση Γαστροσκόπησης και Ειλεοκολonosκόπησης 2. Ιστολογικά ευρήματα βιοψιών
<p>Κοιλιοκάκη Σε ασθενείς με ανθεκτική κοιλιοκάκη</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έκθεση Γαστροσκόπησης και Ειλεοκολonosκόπησης 2. Ιστολογικά ευρήματα βιοψιών 3. Αποτελέσματα αντισωμάτων κοιλιοκάκης

	<p>4. Επιβεβαίωση παραμονής συμπτωμάτων παρά την αυστηρή τήρηση δίαιτας ελεύθερης γλουτένης για τουλάχιστον 12 μήνες</p>
<p>Δυσασπορρόφηση και protein-losing enteropathies (ηωσινοφιλική γαστρεντεροειδοπάθεια EGD, intestinal lymphangiectasia, αλλεργική εντεροπάθεια)</p>	<p>1. Εργαστηριακός έλεγχος</p>
<p>Διερεύνηση λεπτού εντέρου σε ασθενείς με σύνδρομα πολυποδίασης (οικογενής ή μη οικογενής πολυποδίαση)</p>	<p>1. Έκθεση Γαστροσκόπησης και Κολonosκόπησης</p> <p>2. Ιστολογικά ευρήματα βιοψιών</p>
<p>Γενετικά σύνδρομα (π.χ. Peutz-Jeghers, FAP)</p>	<p>1. Επιβεβαιωμένο γενετικό σύνδρομο (με μοριακό έλεγχο ή χαρακτηριστικά ευρήματα)</p> <p>2. Θετικό απεικονιστικό ή ενδοσκοπικό εύρημα πολυποδίασης στο λεπτό έντερο ή/και οικογενειακό ιστορικό με θετικά ευρήματα</p>
<p>Ανεξήγητη αναιμία σε χρόνιους ασθενείς¹ / μετά από χημειοθεραπεία / GvHD</p>	<p>1. Αρνητικός ενδοσκοπικός έλεγχος (γαστροσκόπηση + κολonosκόπηση)</p> <p>2. Εμένουσα ή υποτροπιάζουσα σιδηροπενική αναιμία με εργαστηριακές εξετάσεις με χαμηλή αιμοσφαιρίνη (π.χ. <11 g/dL)</p> <p>3. Χαμηλή φεριτίνη ή τρανσφερρίνη</p> <p>4. Ιστορικό χημειοθεραπείας / ακτινοβολίας / GvHD / ανοσοκαταστολής (μόνο σε</p>

	<p>περίπτωση ασθενών μετά από χημειοθεραπεία ή μεταμόσχευση)</p> <p>5. Διάγνωση GvHD από μεταμόσχευση μυελού (<i>discharge summary</i> ή έκθεση αιματολόγου, μόνο σε περίπτωση ασθενών μετά από μεταμόσχευση)</p> <p>6. Φύλλο φαρμακευτικής αγωγής με φάρμακα όπως MMF, κυκλοσπορίνη, τακρόλιμους κ.λπ</p>
<p>Συμπτώματα με πιθανή εντερική βλάβη (SIBO, ακτινοθεραπεία κ.ά.)</p>	<p>1. Έκθεση από γιατρό με αναφορά διάρκειας και έντασης συμπτωμάτων, χρήση <i>Mycophenolate mofetil</i> (Μυκοφαινολάτη μοφετίλη-MMF), εντεροπάθειας ή Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (ΜΣΑΦ) ή</p> <p>2. Θετικό αναπνευστικό τεστ υδρογόνου ή μεθανίου (<i>glucose/lactulose breath test</i>)</p>
<p>Ασθενείς με IBDU (Indeterminate Bowel Disease Unclassified)</p>	<p>1. Έκθεση Γαστροσκόπησης και Ειλεοκολonosκόπησης:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομερή καταγραφή του εύρους και της σοβαρότητας των φλεγμονωδών βλαβών στο ανώτερο και κατώτερο γαστρεντερικό, καθώς και καταγραφή της μακροσκοπικής εικόνας του τελικού ειλεού ○ Αναφορά σε περιοχές μη προσπελάσιμες με την κλασική ενδοσκόπηση

	<p>2. Ιστολογική Έκθεση Βιοψιών:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Περιλαμβάνει ευρήματα από τον στόμαχο, δωδεκαδάκτυλο, ειλεό και παχύ έντερο ○ Αναφορά σε μη ειδικά ή ασαφή ευρήματα που δεν υποστηρίζουν σαφώς τη διάγνωση Crohn ή UC <p>3. Εργαστηριακά Ευρήματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (CRP, ESR) ○ Αυξημένη καλπροτεκτίνη κοπράνων <p>4. Κλινικά Στοιχεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Συνεχιζόμενα συμπτώματα παρά τη θεραπεία ○ Ανάγκη για πλήρη καταγραφή της εντερικής προσβολής προ της έναρξης βιολογικής ή συστηματικής θεραπείας
<p>Ασθενείς με Αρχική Διάγνωση Ελκώδους Κολίτιδας με Κλινική ή Διαγνωστική Ασυμφωνία</p>	<p>1. Έκθεση Ενδοσκοπήσεων (Ειλεοκολονοσκόπηση):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Καταγραφή της κατανομής των βλαβών, της συμμετρίας, και αν υπάρχουν ειλεϊκές αλλοιώσεις ○ Αν υπάρχει δυσκολία πρόσβασης στον τελικό ειλεό ή ερωτήματα για νόσο λεπτού εντέρου <p>2. Ιστολογική Έκθεση:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Εμφάνιση μη συμβατών με UC ευρημάτων όπως κοκκιώματα ή αλλοιώσεις σε περιοχές που δεν συνάδουν με UC <p>3. Ασυμφωνία μεταξύ ενδοσκοπικών και ιστολογικών ευρημάτων ή</p> <p>4. Κλινικά δεδομένα μη τυπικά για UC:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Π.χ. αναιμία, υποθρεψία, πυρετός, fistulas, που είναι πιο συμβατά με Crohn <p>5. Εργαστηριακά Δεδομένα Φλεγμονής και Καλπροτεκτίνη</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Υψηλές τιμές παρά την έναρξη θεραπείας για UC
--	---

¹Χρόνιες Παθήσεις:

Φλεγμονώδη / Αυτοάνοσα νοσήματα

(Νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα, Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, Crohn, Ελκώδης κολίτιδα, Νόσος Kawasaki, Νεανική δερματομυοσίτιδα)

Χρόνια νεφρική νόσος

(Νεφρική ανεπάρκεια σταδίου ≥ 3 , Σύνδρομο νεφρωσικού τύπου)

Καρδιοπνευμονικά χρόνια νοσήματα

(Συγγενείς καρδιοπάθειες, Κυστική ίνωση, Σοβαρό χρόνιο άσθμα)

Χρόνιες ηπατοπάθειες / νοσήματα απορρόφησης

(Ανθεκτική κοιλιοκάκη, Αυτοάνοση ηπατίτιδα, Νόσος Wilson)

Σπάνια γενετικά ή μεταβολικά νοσήματα

(Θαλασσαιμία ενδιάμεσου τύπου, Δρεπανοκυτταρική νόσος, Diamond-Blackfan αναιμία, Fanconi αναιμία, G6PD ανεπάρκεια, Ανεπάρκεια πυροσταφυλικής κινάσης, Νόσος Gaucher, Νόσος Niemann–Pick)

**ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ ΜΕ
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΨΟΥΛΑ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ 91110-P**

ΜΕΡΟΣ Α

Αριθμός ΓεΣΥ Δικαιούχου:.....
Αριθμός Ταυτότητας:.....
Ημερομηνία Γέννησης :..... Φύλο:.....
Διάγνωση (ICD10):.....

Σύντομη περιγραφή της κλινικής εικόνας του ασθενούς, περιλαμβανομένου και των υποστηρικτικών πληροφοριών που απαιτούνται αναλόγως της ένδειξης:

.....
.....
.....
.....

ΜΕΡΟΣ Β:

Παρακαλώ καταχωρίστε ποια/ποιες από τις πιο κάτω ενδείξεις (1 – 10) ισχύει/ουν:

1. Μικροσκοπική αιμορραγία πεπτικού ή σιδηροπενική αναιμία
2. Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΙΦΝΕ)
3. Κοιλιοκάκη
4. Δυσασπορρόφηση και protein-losing enteropathies
5. Διερεύνηση λεπτού εντέρου σε ασθενείς με σύνδρομα πολυποδίασης (οικογενής ή μη οικογενής πολυποδίαση)
6. Γενετικά σύνδρομα (π.χ. Peutz-Jeghers, FAP)
7. Ανεξήγητη αναιμία σε χρόνιους ασθενείς / μετά από χημειοθεραπεία / GnHD)
8. Συμπτώματα με πιθανή εντερική βλάβη (SIBO, ακτινοθεραπεία κ.α.)
9. Ασθενείς με IBDU (Indeterminate Bowel Disease Unclassified)
10. Ασθενείς με Αρχική Διάγνωση Ελκώδους Κολίτιδας με Κλινική ή Διαγνωστική Ασυμφωνία

Βεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει τις απαραίτητες υποστηρικτικές πληροφορίες σε σχέση με την πιο πάνω ένδειξη.

ΜΕΡΟΣ Γ

Όνοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού:

Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού:

Τηλ. Επικοινωνίας:

Υπογραφή: Σφραγίδα:

Ημερομηνία:

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία προεγκρίσεως
εξωνοσοκομειακών ιατρικών πράξεων, παρακαλούμε αποταθείτε στο
cpt@hio.org.cy

Παιδιατρική

92612: Flexible endoscopic evaluation of swallowing by cine or video recording.

- 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.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η οπτικογράφηση των αποτελεσμάτων.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: J32.9, K21.0.

Παιδιατρική

93005: Electrocardiogram, routine ECG with at least 12 leads; tracing only, without interpretation and report.

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

Παιδιατρική

94010: Spirometry, including graphic record, total and timed vital capacity, expiratory flow rate measurement(s), with or without maximal voluntary ventilation.

- 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: G47.3, G93.3, N63, O34.2, K58.0, K58.9, M35.2, J39.8, J39.9, J06.9, J10.1, J11.1, K45.8, R68.3, R94.5, R10.1, R10.3, R16.0, R16.1, R16.2, O99.8.
 - Η δραστηριότητα αυτή περιλαμβάνει προειδοποίηση με τις εξής διαγνώσεις: J40, R05, R06.2.

Παιδιατρική

94060: Bronchodilation responsiveness, spirometry as in 94010, pre- and post-bronchodilator administration.

- 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 τους κωδικούς 94010 ή 94640.
- Ενδεικνυόμενη διάρκεια: 30 λεπτά. Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις επισκέψεις: 99201, 99205, 99212, 99213.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση ή/και τα ευρήματα πριν και μετά τη βρογχοδιαστολή.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B36.9, G47.1, G93.3, E01.0, E01.2, J32.9, J44.1, K52.2, K52.8.

Παιδιατρική

94070: Bronchospasm provocation evaluation, multiple spirometric determinations as in 94010, with administered agents (e.g. antigen[s], cold air, methacholine).

- 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 τον κωδικό 94010.
- Ενδεικνυόμενη διάρκεια: 1 ώρα. Δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις επισκέψεις: 99201, 99202, 99203, 99212, 99213, 99214.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελεί η έκθεση ή/και τα ευρήματα του μηχανήματος βρογχικής πρόκλησης.

Παιδιατρική

94618: Pulmonary stress testing (e.g. 6-minute walk test), including measurement of heart rate, oximetry, and oxygen titration, when performed.

- 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 τους κωδικούς: 94760 ή 94762.
- Ως ελάχιστη τεκμηρίωσης αποτελεί η έκθεση ή/και απεικόνιση μηχανήματος βρογχικής πρόκλησης.

Παιδιατρική

94690: Oxygen uptake, expired gas analysis; rest, indirect (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με την εξής διάγνωση: O99.8.

Παιδιατρική

94726: Plethysmography for determination of lung volumes and, when performed, airway resistance.

- 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.

Παιδιατρική

94727: Gas dilution or washout for determination of lung volumes and, when performed, distribution of ventilation and closing volumes.

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

Παιδιατρική

94729: Diffusing capacity (e.g. carbon monoxide, membrane) (List separately in addition to code for primary procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Πρέπει να κατατεθεί μαζί με τον κωδικό 94010 ή 94060 ή 94070 ή 94726.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση αποτελούν τα αποτελέσματα διάχυσης.

Παιδιατρική

94750: Pulmonary compliance study (e.g. plethysmography, volume and pressure measurements).

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

Παιδιατρική

94760: Noninvasive ear or pulse oximetry for oxygen saturation; single determination.

- 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: B37.9, B37.2, D18.0, H67.1, E07.9, I25.9, E03.2, E04.8, E04.9, N13.2, N89.7, N92.0, N92.5, J30.2, J20.9, J32.4, J32.8, J33.9, K58.0, K58.9, N18.9, N20.1, N20.2, N23, N92.6, N93.8, N94.4, N94.5, N94.6, O21.9, K30, M17.9, J01.9, N39.4, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, K21.0, L70.0, L70.1, L70.3, L70.4, L70.5, L70.8, L70.9, L73.0, K52.2, K52.8, K52.9, R42, R45.8, S08.0, R90.8, R93.1, R01.0, R01.1, R03.0, R07.1, R56.0, R09.3, R68.8, R93.8, R94.5, R94.6, R10.2, R16.0, R16.2, R19.0, O99.8.

Παιδιατρική

94762: Noninvasive ear or pulse oximetry for oxygen saturation; by continuous overnight monitoring (separate procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: N94.4, N94.5, N94.6.

Παιδιατρική

95004: Percutaneous tests (scratch, puncture, prick) with allergenic extracts, immediate type reaction, including test interpretation and report, specify number of tests.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: B08.1, B35.3, E01.0, E01.2, L40.0, L40.1, L40.2, L40.3, L40.4, L40.8, L40.9, L80, K52.2, R00.2, R68.1.

Παιδιατρική

95070: Inhalation bronchial challenge testing (not including necessary pulmonary function tests); with histamine, methacholine, or similar compounds.

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

Παιδιατρική

95249: Ambulatory continuous glucose monitoring of interstitial tissue fluid via a subcutaneous sensor for a minimum of 72 hours; patient-provided equipment, sensor placement, hook-up, calibration of monitor, patient training, and printout of recording.

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

Παιδιατρική

95251: Ambulatory continuous glucose monitoring of interstitial tissue fluid via a subcutaneous sensor for a minimum of 72 hours; analysis, interpretation and report.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: E78.2, E03.9, N39.4.

Παιδιατρική

96360: Intravenous infusion, hydration; initial, 31 minutes to 1 hour.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Διαγνώσεις
 - Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να υποβληθεί σε άτομα με τις εξής διαγνώσεις: A04.9, G62.9, E56.9, D50.9, J00, J22, J20.9, M43.0, N76.0, K64.9, K30, J01.9, J02.9, J06.9, J10.1, J11.1, R05, R51, R60.9, R09.8, R39.1, T78.3.
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: K29.0, M54.5, R42, R50.9.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς: 43243, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255, 43760, 44388, 44405, 45300, 45330, 45331, 45378, 45378-52, 45378-53, 45380, 45381, 45382, 45385, 45386, 45390, 91038, CY094, CY095, CY108, CY109, CY110, CY111, CY112.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125 μόνο αν δεν υποβάλλεται ταυτόχρονη απαίτηση από νοσηλευτήριο με τον κωδικό ZF-002.

Παιδιατρική

96361: Intravenous infusion, hydration; each additional hour (List separately in addition to code for primary procedure).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 96360 για κάθε επιπλέον ώρα ενυδάτωσης.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 2 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς: 43243, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255, 43760, 44388, 44405,45300,45330,45331,45378,4537 8-52,45378-53, 45380,45381, 45382, 45385, 45386, 45390, 91038, CY094, CY095, CY108, CY109, CY110, CY111, CY112.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125 μόνο αν δεν υποβάλλεται ταυτόχρονη απαίτηση από νοσηλευτήριο με τον κωδικό ZF-002.

Παιδιατρική

96365: Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis (specify substance or drug); initial, up to 1 hour.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 96360 και 96361 στην ίδια απαίτηση.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125 μόνο αν δεν υποβάλλεται ταυτόχρονη απαίτηση από νοσηλευτήριο με τον κωδικό ZF-002.
- Η δραστηριότητα αυτή δύναται να υποβάλλεται μέχρι 1 φορά ανά απαίτηση.

Παιδιατρική

96366: Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis (specify substance or drug); each additional hour (List separately in addition to code for primary 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 6 φορές ανά απαίτηση.
- Η δραστηριότητα δεν δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 96360 και 96361 στην ίδια απαίτηση.
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μαζί με τον κωδικό 96365 για κάθε επιπλέον ώρα έγχυσης.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125 μόνο αν δεν υποβάλλεται ταυτόχρονη απαίτηση από νοσηλευτήριο με τον κωδικό ZF-002.

Παιδιατρική

96367: Intravenous infusion, for therapy, prophylaxis, or diagnosis (specify substance or drug); additional sequential infusion of a new drug/substance, up to 1 hour (List separately in addition to code for primary 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 4 φορές ανά απαίτηση.

Παιδιατρική

96369: Subcutaneous infusion for therapy or prophylaxis (specify substance or drug); initial, up to 1 hour, including pump set-up and establishment of subcutaneous infusion site(s).

- 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.

Παιδιατρική

96372: Therapeutic, prophylactic, or diagnostic injection (specify substance or drug); subcutaneous or intramuscular.

- Η δραστηριότητα αυτή δεν δύναται να επαναληφθεί σε διάστημα μικρότερο των 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί στην ίδια απαίτηση μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης & κωδικούς υπέρηχων.
- Οι κλινικές σημειώσεις πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνουν:
 - Την ουσία ή το φάρμακο που έχει χορηγηθεί
 - Τεκμηρίωση ποσότητας ουσίας ή φαρμάκου, σε περίπτωση απαίτησης του κωδικού πάνω από 1 φορά ανά απαίτηση
 - Αναφορά στο δοσολογικό σχήμα ουσίας ή φαρμάκου, σε περίπτωση που η χορήγηση δεν αφορά εφάπαξ δόση
- Διαγνώσεις
 - Η υποβολή της δραστηριότητας αυτής με τις ακόλουθες διαγνώσεις περιλαμβάνει προειδοποίηση: Z01.4, Z91.0, Z39.1, A49.9, G24.3, G57.9, G62.9, H01.1, I10, I44.4, E55.9, E11.9, G44.0, D50.9, I95.1, J00, D51.1, D51.9, E78.2, E78.0, E03.9, N91.2, N92.1, J22, J20.9, J34.8, K91.0, L30.9, L40.9, L50.0, L50.1, N23, L03.1, K29.6, K29.0, K29.7, K30, M17.9, M19.0, M46.1, M76.7, N34.2, J01.9, J02.0, J02.9, J03.9, J06.9, J10.1, J11.1, J11.8, K76.0, M50.1, M54.2, M54.5, M54.6, M54.9, N39.0, J18.0, K21.0, K21.9, K81.0, L29.9, R42, R05, R06.0, R06.1, R06.2, R07.0, R50.9, R51, R58, S09.9, R63.0, R74.8, R94.5, R10.1, R10.3, R21, R22.3, S80.8, R25.2, S66.9, T78.4.

Παιδιατρική

99091: Collection and interpretation of physiologic data (e.g., ECG, blood pressure, glucose monitoring) digitally stored and/or transmitted by the patient and/or caregiver to the physician or other qualified health care professional, qualified by education, training, licensure/regulation (when applicable) requiring a minimum of 30 minutes of time

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Η δραστηριότητα αυτή δεν μπορεί να συνδυαστεί με τις επισκέψεις 99201, 99202, 99203, 99204, 99205, 99212, 99213.
- 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: O34.2.

Παιδιατρική

0507F: Peritoneal dialysis plan of care documented (ESRD).

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

Παιδιατρική

94660: Initiation and subsequent management of positive airway pressure ventilation CPAP or BiPAP

- 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.

Παιδιατρική

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.
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης και τους κωδικούς 10061, 11104, 20604, 20606, 20611, 31720, 32554, 38220, 38221, 43197, 43198, 43235, 43235-53, 43243, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255, 43752, 43760, 43761, 44388, 44405, 45300, 45330, 45331, 45378, 45378-52, 45378-53, 45380, 45381, 45382, 45385, 45386, 45390, 49082, 49083, 51703, 62272, 85097, 96401, CY093, CY094, CY095, CY106, CY108, CY109, CY110, CY112.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 96360, 96361, 96365, 96366 μόνο αν δεν υποβάλλεται ταυτόχρονη απαίτηση από νοσηλευτήριο με τον κωδικό ZF-002.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
 - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
 - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
 - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- 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)

Όνοματεπώνυμο

Παιδιατρική

CY093: Ink injection for marking of gastrointestinal lesions.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο κωδικός αυτός μπορεί να υποβληθεί μόνο τους κωδικούς: 43251, 43255, 45381, 45382, 45385, 45390.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY090, CY091, CY092, CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή αίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

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.

Παιδιατρική

CY094: Endoscopic clip (small).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο κωδικός αυτός μπορεί να υποβληθεί μόνο τους κωδικούς: 43251, 43255, 45382, 45385, 45390.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY090, CY091, CY092, CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή αίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

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.

Παιδιατρική

CY095: Endoscopic clip (large).

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο κωδικός αυτός μπορεί να υποβληθεί μόνο τους κωδικούς: 43251, 43255, 45382, 45385, 45390.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY090, CY091, CY092, CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή αίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

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.

Παιδιατρική

CY103: Assessment of nitrogen washout and report of lung clearance index.

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

Παιδιατρική

CY104: Assessment of cilia motility frequency in Hz and motility pattern with high speed digital camera including test interpretation and report of result.

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

Παιδιατρική

CY105: Assessment of cilia ultrastructure by electron microscopy including test interpretation and report of result (include only fee for assessing and reporting EM pictures - not the fee for EM Pathologist who prepares EM pictures at Electron Microscopy Dept at CING).

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

Παιδιατρική

CY106: Change of tracheostomy tube in children, percutaneous, without imaging or endoscopic guidance.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.

Παιδιατρική

CY107: Measurement of bronchial nitric oxide with a stationery or portable nitic oxide analyzer.

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

Παιδιατρική

CY108: Single-use high pressure balloon dilator.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Ονοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολογίου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Παιδιατρική

CY109: Endoscopic band ligator.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο κωδικός αυτός μπορεί να υποβληθεί μόνο τον κωδικό: 43244.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Ονοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολογίου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY090, CY091, CY092, CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή αίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

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.

Παιδιατρική

CY110: Catheterization kit for APC.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο κωδικός αυτός μπορεί να υποβληθεί μόνο τους κωδικούς: 43251, 43255, 45382, 45385, 45390.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Ονοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολογίου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Ερωτηματολόγιο που αφορά σε αναλώσιμα εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(για κωδικούς CY090, CY091, CY092, CY093, CY094, CY095, CY109, CY110, CY111, CY159)

Κατά την υποβολή αίτησης αποζημίωσης για ιατρική πράξη η οποία συνδέεται με αναλώσιμα που εντάσσονται ξεχωριστά στον κατάλογο δραστηριοτήτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακαλείστε όπως καταγράψετε πιο κάτω τον μοναδικό αριθμό αναλωσίμου και αριθμό παρτίδας όπου υπάρχει.

α) Μοναδικός Κωδικός αναλωσίμου:

β) Αριθμός Παρτίδας:

Σημείωση:

Για να μπορείτε να υποβάλετε την αίτηση για αποζημίωση πρέπει να είναι συμπληρωμένο τουλάχιστον **το πρώτο πεδίο**.

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.

Παιδιατρική

CY112: Methylene blue.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Ο κωδικός αυτός μπορεί να υποβληθεί μόνο τους κωδικούς: 43251, 43255.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς CY089 & CY125.
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου η οποία περιλαμβάνει και το σχετικό τιμολόγιο (βλέπε επόμενη σελίδα).

ΕΝΤΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ

α/α	Ονοματολογία Αναλωσίμων	Αριθμός Τιμολογίου	Μονάδες Μέτρησης ανά τεμάχιο ή κουτί		Ποσότητα χρήσης Αναλωσίμου*	
			Κουτί	Τεμάχιο		
1.	xxxxxx	XXXXXXXX	1 Κουτί		1/1	
2.	xxxxxx	XXXXXXXX		Κουτί με 20 τεμάχια		2/20

*Επεξήγηση συμπλήρωσης πεδίου ποσότητας: Για παράδειγμα 1 κουτί με ένα τεμάχιο (1/1). Ένα κουτί με πολλά τεμάχια να καθορίζεται η ποσότητα που χρησιμοποιήθηκε (πχ 1 κουτί με 20 τεμάχια, χρησιμοποιήθηκαν τα 2, 2/20)

Μεταφόρτωση Τιμολογίου:



Παιδιατρική

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.
- Η δραστηριότητα δύναται να υποβάλλεται μόνο με τους κωδικούς επίσκεψης και τους κωδικούς 10061, 11104, 20604, 20606, 20611, 31720, 32554, 38220, 38221, 43197, 43198, 43235, 43235-53, 43243, 43244, 43247, 43249, 43251, 43255, 43752, 43760, 43761, 44388, 44405, 45300, 45330, 45331, 45378, 45378-52, 45378-53, 45380, 45381, 45382, 45385, 45386, 45390, 49082, 49083, 51703, 62272, 85097, 96401, CY093, CY094, CY095, CY106, CY108, CY109, CY110, CY112.
- Δύναται να υποβληθεί με τους κωδικούς 96360, 96361, 96365, 96366 μόνο αν δεν υποβάλλεται ταυτόχρονη απαίτηση από νοσηλευτήριο με τον κωδικό ZF-002.
- Ελάχιστη τεκμηρίωση:
 - αναγκαιότητα χρήσης των εξειδικευμένων εγκαταστάσεων,
 - καταγραφή του ακριβή χώρου και χρόνου που διενεργήθηκε η δραστηριότητα στο πεδίο των
 - κλινικών σημειώσεων των επισκέψεων
- 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)

Όνοματεπώνυμο

Παιδιατρική

CY207: Olympus/ Scientronic/ Given.

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβάλλεται σε συνδυασμό μόνο με τον κωδικό 91110.
- Αποζημιώνεται με σταθερή τιμή.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση βεβαίωσης για το είδος του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται.

Βεβαίωση είδους εξοπλισμού για τη διενέργεια της απεικόνισης με
Ενδοσκοπική κάψουλα

Όνοματεπώνυμο Ιατρού:

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Παρακαλώ υποδείξετε (v) το είδος εξοπλισμού που χρησιμοποιείται για την απεικόνιση με
ενδοσκοπική κάψουλα :

1. Olympus/ Scientronic
2. Given

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Όνοματεπώνυμο

Το έντυπο να αποσταλεί στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας με ηλεκτρονική αλληλογραφία, στη
διεύθυνση: cpt@hio.org.cy

Παιδιατρική

CY208: Given

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Δύναται να υποβάλλεται σε συνδυασμό μόνο με τον κωδικό 91110.
- Αποζημιώνεται με σταθερή τιμή.
- Προϋποθέτει την συμπλήρωση βεβαίωσης για το είδος του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται.

Βεβαίωση είδους εξοπλισμού για τη διενέργεια της απεικόνισης με
Ενδοσκοπική κάψουλα

Όνοματεπώνυμο Ιατρού:

Κωδικός ΓεΣΥ Ιατρού:.....

Παρακαλώ υποδείξετε (v) το είδος εξοπλισμού που χρησιμοποιείται για την απεικόνιση με
ενδοσκοπική κάψουλα :

3. Olympus/ Scientronic

4. Given

.....

(υπογραφή - σφραγίδα)

Όνοματεπώνυμο

Το έντυπο να αποσταλεί στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας με ηλεκτρονική αλληλογραφία, στη
διεύθυνση: cpt@hio.org.cy

Παιδιατρική

CY250: Sleep Study; age 0 to 18 years older, unattended, simultaneous recording; heart rate and ECG, respiratory effort (chest and abdominal wall motion, respiratory inductance plethsmography RIP), nasal airflow (nasal pressure cannula, thermistor, RIP sum), oxygen saturation, body position, and respiratory analysis and interpretation

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Απαιτείται συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).
- Η δραστηριότητα αυτή προϋποθέτει μεταφόρτωση αρχείου έκθεσης αποτελεσμάτων.

Ερωτηματολόγιο για τις μελέτες ύπνου σε παιδιά από 0-18 ετών

(Για τους κωδικούς CY250, CY250-52)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει μελέτες ύπνου σε παιδιά εφόσον πληρούνται **τουλάχιστον τρεις εκ των πιο κάτω ενδείξεων:**

1. Ροχαλητό
2. Μαρτυρία άπνοιας
3. Μαρτυρία πνιγμού στον ύπνο
4. Βαριά ή θορυβώδης αναπνοή
5. Υπερκινητικότητα στον ύπνο
6. Υπερτροφία αμυγδαλών ή/και αδενοειδών εκβλαστήσεων
7. Ιστορικό Αμυγδαλεκτομής ή/και αδενοειδεκτομής
8. Παχυσαρκία
9. Προβλήματα συμπεριφοράς
10. Διαταραχή προσοχής
11. Νοητική διαταραχή
12. Υπνηλία κατά τη διάρκεια της μέρας
13. Ανατομικές ανωμαλίες του αεραγωγού ή κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες
14. Συχνοί πονοκέφαλοι
15. Καρδιακή νόσος όπως καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική υπέρταση ή αρρυθμίες
16. Χρόνια πνευμονοπάθεια
17. Γενετικό σύνδρομο
18. Νευρομυϊκή νόσος συμπεριλαμβανομένης της υποτονίας
19. Οικογενειακό ιστορικό υπνικής άπνοιας
20. Ιστορικό προωρότητας
21. Διαταραχή ανάπτυξης
22. Ιστορικό υποξαιμίας ή/και υποαερισμού χωρίς τεκμηριωμένη αιτιολογία
23. Έλεγχος αποτελεσματικότητας θεραπείας άπνοιας ύπνου (π.χ αμυγδαλεκτομή ή αδενοειδεκτομή, απώλεια βάρους, χρήση CPAP ή BiPAP)

***Παρακαλώ καταχωρίστε ποιες από τις πιο πάνω ενδείξεις (1 – 23) ισχύουν**

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.

Παιδιατρική

CY250-52: Sleep Study; age 0 to 18 years older, unattended, simultaneous recording; heart rate and ECG, respiratory effort (chest and abdominal wall motion, respiratory inductance plethsmography RIP), nasal airflow (nasal pressure cannula, thermistor, RIP sum), oxygen saturation, body position, and respiratory analysis and interpretation

- Δεν αναμένεται ότι θα υποβάλλεται απαίτηση για εξέταση του ίδιου δικαιούχου για επιπρόσθετη επίσκεψη εντός 7 ημερών.
- Χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις όπου η μελέτη ύπνου δεν καθίσταται δυνατό να ολοκληρωθεί.
- Απαιτείται συμπλήρωση ερωτηματολογίου (επόμενη σελίδα).

Ερωτηματολόγιο για τις μελέτες ύπνου σε παιδιά από 0-18 ετών

(Για τους κωδικούς CY250, CY250-52)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει μελέτες ύπνου σε παιδιά εφόσον πληρούνται **τουλάχιστον τρεις εκ των πιο κάτω ενδείξεων:**

1. Ροχαλητό
2. Μαρτυρία άπνοιας
3. Μαρτυρία πνιγμού στον ύπνο
4. Βαριά ή θορυβώδης αναπνοή
5. Υπερκινητικότητα στον ύπνο
6. Υπερτροφία αμυγδαλών ή/και αδενοειδών εκβλαστήσεων
7. Ιστορικό Αμυγδαλεκτομής ή/και αδενοειδεκτομής
8. Παχυσαρκία
9. Προβλήματα συμπεριφοράς
10. Διαταραχή προσοχής
11. Νοητική διαταραχή
12. Υπνηλία κατά τη διάρκεια της μέρας
13. Ανατομικές ανωμαλίες του αεραγωγού ή κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες
14. Συχνοί πονοκέφαλοι
15. Καρδιακή νόσος όπως καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική υπέρταση ή αρρυθμίες
16. Χρόνια πνευμονοπάθεια
17. Γενετικό σύνδρομο
18. Νευρομυϊκή νόσος συμπεριλαμβανομένης της υποτονίας
19. Οικογενειακό ιστορικό υπνικής άπνοιας
20. Ιστορικό προωρότητας
21. Διαταραχή ανάπτυξης
22. Ιστορικό υποξαιμίας ή/και υποαερισμού χωρίς τεκμηριωμένη αιτιολογία
23. Έλεγχος αποτελεσματικότητας θεραπείας άπνοιας ύπνου (π.χ αμυγδαλεκτομή ή αδενοειδεκτομή, απώλεια βάρους, χρήση CPAP ή BiPAP)

***Παρακαλώ καταχωρίστε ποιες από τις πιο πάνω ενδείξεις (1 – 23) ισχύουν**

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.

Παιδιατρική

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 <input type="checkbox"/> ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ	
<i>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.</i>	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

ΜΕΡΟΣ ΙΙ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):	
Πρόκειται για σπάνια πάθηση¹; ¹ Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
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,	

<p>-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.</p>			
<p>Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</p>			
<p>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</p>			
<p>(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας</p> <p>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(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.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</p>		<p>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</p> <p><48 ώρες <input type="checkbox"/></p>	<p>Επείγον περιστατικό:</p> <p><7ημέρες <input type="checkbox"/></p> <p>Κανονικό Περιστατικό:</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</p>			

Γ. Απαιτείται αερομεταφορά	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
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.):		
<p>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</p> <p>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:</p> <p>(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 επιλεγεί: (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.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/ δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>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.</p>		

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 απαραίτητως 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.

NAME:	
ID NUMBER:	
Gender:	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
DOB:	
Diagnosis:	
Medical Historyⁱ:	
Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinationsⁱ:	

(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων)

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

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 απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
 - o ABO συμβατότητα
 - o Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
 - o INR
 - o Γενική εξέταση αίματος
 - o Κάθαρση κρεατινίνης
 - o Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
 - o Νάτριο
 - o Κάλιο
 - o Ασβέστιο
 - o Βιταμίνη Δ
 - o Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
 - o CRP
 - o Εξέταση ούρων
 - o Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
 - o 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 τότε 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 σπυρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
 - o αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
 - o υπέρηχου ήπατος για αξιολόγηση ηπατικών αγγείων, ύπαρξης ασκίτη και αποκλεισμός όγκων,
 - o *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 κίρσων οισοφάγου
 - πρόσφατη κολonosκόπηση, 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.

Παιδιατρική

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 <input type="checkbox"/> ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ	
<i>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.</i>	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

ΜΕΡΟΣ ΙΙ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):	
Πρόκειται για σπάνια πάθηση¹; ¹ Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
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,	

<p>-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.</p>			
<p>Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</p>			
<p>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</p>			
<p>(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήστε στην ερώτηση B.</p>			
<p>(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.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</p>		<p>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό: <48 ώρες <input type="checkbox"/></p>	<p>Επείγον περιστατικό: <7ημέρες <input type="checkbox"/></p>
<p>Κανονικό Περιστατικό: <input type="checkbox"/></p>			
<p>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</p>			

Γ. Απαιτείται αερομεταφορά	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
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.):		
<p>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</p> <p>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:</p> <p>(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 επιλεγεί: (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.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>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.</p>		

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 απαραίτητως 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.

NAME:	
ID NUMBER:	
Gender:	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
DOB:	
Diagnosis:	
Medical Historyⁱ:	
Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinationsⁱ:	

(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων)

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

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 απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
 - o ABO συμβατότητα
 - o Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
 - o INR
 - o Γενική εξέταση αίματος
 - o Κάθαρση κρεατινίνης
 - o Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
 - o Νάτριο
 - o Κάλιο
 - o Ασβέστιο
 - o Βιταμίνη Δ
 - o Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
 - o CRP
 - o Εξέταση ούρων
 - o Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
 - o 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 διασφαγτιδική 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 σπυρομέτρηση, εξέτασης MANTOUX ή ιντερφερόνης-γ (IGRA) και αξονική τομογραφία θώρακος για αξιολόγηση πιθανής ύπαρξης όζου
- Αναφορά στα αποτελέσματα απεικόνισης:
 - o αξονικής τομογραφίας κοιλίας για εντοπισμό/αποκλεισμό κακοήθειας,
 - o 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 κιστών οισοφάγου
 - πρόσφατη κολonosκόπηση, 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.

Παιδιατρική

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 I	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΓεΣΥ	
ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΦΥΛΟ	ΑΡΡΕΝ <input type="checkbox"/> ΘΗΛΥ <input type="checkbox"/>
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ/ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ	
<i>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.</i>	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΗΛ. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟΥ	

ΜΕΡΟΣ II	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ & ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ (ICD10):	
Πρόκειται για σπάνια πάθηση¹; ¹ Σπάνια ορίζεται η πάθηση η οποία επηρεάζει 5 ή λιγότερα άτομα στα 10 000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (https://www.orpha.net/)	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
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,	

<p>-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.</p>			
<p>Επιβεβαιώνω ότι έχω επισυνάψει την ιατρική έκθεση κατά την υποβολή του εντύπου</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ:</p>			
<p>A. Η διάγνωση ή/και η θεραπεία δεν μπορεί να παρασχεθεί ή η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στο πλαίσιο του ΓεΣΥ επειδή:</p>			
<p>(α) δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα περιλαμβανομένου της απαραίτητης εξειδίκευσης, εξοπλισμού ή τεχνολογίας</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(β) δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης και/ή θεραπείας που απαιτείται</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(γ) δεν είναι δυνατή η παροχή τους από πάροχο υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή/και συμβεβλημένος με τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας</p> <p>Στην περίπτωση που η απάντησή σας στην ερώτηση A(γ) είναι «ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ», προχωρήστε στην ερώτηση A(δ), αλλιώς προχωρήσετε στην ερώτηση B.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>(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.</p>		<p>ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ <input type="checkbox"/></p>
<p>B. Ενδεδειγμένος χρόνος αποστολής ασθενούς στο εξωτερικό προς λήψη υπηρεσίας</p>		<p>Απειλητικό για τη ζωή περιστατικό:</p> <p><48 ώρες <input type="checkbox"/></p>	<p>Επείγον περιστατικό:</p> <p><7ημέρες <input type="checkbox"/></p> <p>Κανονικό Περιστατικό:</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>B1. Αιτιολόγηση προτεινόμενου χρόνου διαχείρισης ασθενούς:</p>			

Γ. Απαιτείται αερομεταφορά	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
<p>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.):</p>		
<p>Δ. Εισήγηση, εφόσον υπάρχει, σε σχέση με νοσηλευτήριο του εξωτερικού από το οποίο ο θεράπων ιατρός/δικαιούχος επιθυμεί να λάβει υπηρεσίες φροντίδας υγείας</p> <p>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:</p> <p>(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 επιλεγεί: (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.</p> <p>(β) να επισυναφθεί/μεταφορτωθεί μαζί με την παρούσα αίτηση και σχετική υπογεγραμμένη ΒΕΒΑΙΩΣΗ από τον πάροχο στο εξωτερικό ο οποίος έχει επιλεγεί από τον θεράποντα ιατρό/ δικαιούχο, και η οποία θα περιλαμβάνει τις ακόλουθες πληροφορίες:</p> <p>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.</p>		

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 απαραίτητως 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.

NAME:	
ID NUMBER:	
Gender:	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
DOB:	
Diagnosis:	
Medical Historyⁱ:	
Results from main laboratory/ radiology/ histopathology and other examinationsⁱ:	

(στις περιπτώσεις όπου πρόκειται για περιστατικό που ζητείται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης ορθοπαιδικής ή νευροχειρουργικής φύσεως, να περιληφθεί ο σύνδεσμος (link) με τις εικόνες των σχετικών με την κατάσταση απεικονιστικών εξετάσεων)

Prior/current treatment/management:

Proposed treatment / management abroad:

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 απαραίτητως να περιλαμβάνονται και τα κάτωθι:

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

B. Χρόνια Ηπατική Ανεπάρκεια:

- Αναφορά στα αποτελέσματα των πιο κάτω εργαστηριακών εξετάσεων:
 - o ABO συμβατότητα
 - o Ηπατικά ένζυμα (ALT ,AST,GGT, ALP, BIL)
 - o INR
 - o Γενική εξέταση αίματος
 - o Κάθαρση κρεατινίνης
 - o Άλφα φετοπρωτεΐνη (AFP)
 - o Νάτριο
 - o Κάλιο
 - o Ασβέστιο
 - o Βιταμίνη Δ
 - o Αντισώματα για HBV, HCV, HAV, HIV
 - o CRP
 - o Εξέταση ούρων
 - o Τοξικολογικός έλεγχος ούρων
 - o 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 διασφαγτιδική 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:
 - o 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 κίρσων οισοφάγου
 - πρόσφατη κολonosκόπηση, 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.

Παιδιατρική

CY175: Auto C-PAP device Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd with nasal mask (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.
- Για χρήση της δραστηριότητας απαιτείται η εξασφάλιση έγκρισης από τον Οργανισμό. Για το λόγο αυτό η δραστηριότητα είναι σημειωμένη με το γράμμα Μ (manual pre-approval).
- Απαραίτητη η συμπλήρωση της σχετικής αίτησης για χορήγηση προέγκρισης (επόμενη σελίδα).

Παιδιατρική

CY176: Auto C-PAP device BMC Medical Co. Ltd with nasal mask (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY178: Auto C-PAP device Lowenstein Med. Tech. GmbH with nasal mask (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY180: Auto C-PAP device ResMed Pty Ltd with nasal mask (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY182: Auto C-PAP device Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd with full face mask (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY183: Auto C-PAP device BMC Medical Co. Ltd with full face mask (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY185: Auto C-PAP device Lowenstein Med. Tech. GmbH with full face mask (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY187: Auto C-PAP device ResMed Pty Ltd with Full Face Mask (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY189: Auto C-PAP device Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd with Nasal Pillows Mask (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY190: Auto C-PAP device BMC Medical Co. Ltd with nasal pillows mask (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY192: Auto C-PAP device Lowenstein Med. Tech. GmbH with nasal pillows mask (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY194: Auto C-PAP device ResMed Pty Ltd with nasal pillows mask (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY196: Humidifier Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY197: Humidifier BMC Medical Co, Ltd (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY199: Humidifier Lowenstein Med. Tech. GmbH (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY201: Humidifier ResMed Pty Ltd (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY203: Bi-PAP Device for approval request

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.
- Για χρήση της δραστηριότητας απαιτείται η εξασφάλιση έγκρισης από τον Οργανισμό. Για το λόγο αυτό η δραστηριότητα είναι σημειωμένη με το γράμμα Μ (manual pre-approval).
- Απαραίτητη η συμπλήρωση της σχετικής αίτησης για χορήγηση προέγκρισης (επόμενη σελίδα).

ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΒΙ-PAP ΜΕ ΣΥΝΟΔΕΙΑ ΜΑΣΚΑΣ (Για κωδικό CY203)

ΜΕΡΟΣ Α: ΈΝΑΡΞΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς:

Αριθμός Ταυτότητας: Ηλικία: Φύλο: Σωματικό Βάρος: Kg

Κωδικός Δικαιούχου (ΓεΣΥ):

Θεράπων Ιατρός:

Τηλέφωνο επικοινωνίας Ιατρού: Fax Ιατρού:

Ηλεκτρονική Διεύθυνση Ιατρού:

Ασθενής που δεν υποστηρίζεται με συσκευή ΒΙ-PAP και παρουσιάζει:

(Παρακαλώ σημειώστε με «V» σε μία από τις πιο κάτω περιπτώσεις)

1. Σύνδρομο παχυσαρκίας – υποαερισμού*
2. Νευρομυϊκή Νόσο*
3. Σύνδρομο Αποφρακτικής Υπνικής Άπνοιας που απαιτεί πιέσεις C-PAP \geq 15/ώρα για την επαρκή θεραπεία του**
4. Αναπνευστική Ανεπάρκεια τύπου 2 ($P_aCO_2 \geq 50$ mmHg)*
5. Νυχτερινό υποαερισμό όπως πιστοποιείται μέσω μελέτης ύπνου 1 με ταυτόχρονη καταγραφή καπνογραφίας***

* Παρακαλώ όπως με το παρόν έγγραφο να επισυναφθεί βεβαίωση του θεράποντος Ιατρού

** Παρακαλώ όπως με το παρόν έγγραφο να επισυναφθούν το αποτέλεσμα της μελέτης ύπνου

*** Παρακαλώ όπως με το παρόν έγγραφο να επισυναφθεί το αποτέλεσμα της μελέτης ύπνου και της καπνογραφίας

.....

Υπογραφή Ιατρού

.....

Ημερομηνία

ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΣΚΕΥΗΣ BI-PAP ΜΕ ΣΥΝΟΔΕΙΑ ΜΑΣΚΑΣ

ΜΕΡΟΣ Β: ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο Ασθενούς:

Αριθμός Ταυτότητας: Ηλικία: Φύλο: Σωματικό Βάρος:Kg

Κωδικός Δικαιούχου (ΓεΣΥ):

Θεράπων Ιατρός:

Τηλέφωνο επικοινωνίας Ιατρού:..... Fax Ιατρού:.....

Ηλεκτρονική Διεύθυνση Ιατρού:

Ασθενής ο οποίος είναι ήδη σε υποστήριξη με συσκευή BI-PAP και χρήζει αντικατάστασης λόγω ανεπανόρθωτης βλάβης.

Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε τα πιο κάτω:

- Ημερομηνία έναρξης υποστήριξης με συσκευή BI-PAP -----
- Ημερομηνία παραχώρησης υφιστάμενης συσκευής BI-PAP για την οποία ζητείται αντικατάσταση -----

Παρακαλώ όπως με το παρόν έγγραφο να επισυναφθούν τα πιο κάτω:

- αποδεικτικό στοιχείο για επιβεβαίωση της ημερομηνίας (π.χ απόδειξη πληρωμής)
- βεβαίωση από την εταιρεία (προμηθεύτρια εταιρεία ή/και κατασκευάστρια εταιρεία) ότι η βλάβη είναι ανεπανόρθωτη ή ότι το κόστος της ζημιάς που έχει υποστεί είναι ασύμφορο να διορθωθεί)

Βεβαιώνω ότι έχω ελέγξει τα αποτελέσματα της συσκευής και ο δικαιούχος χρησιμοποιεί τη συσκευή.
Σε περίπτωση όπου κρίθηκε απαραίτητο από τον θεράποντα ιατρό ο ασθενής να υποβληθεί εκ νέου σε μελέτη ύπνου, να αιτιολογηθεί πιο κάτω η διεξαγωγή νέας μελέτης ύπνου και να επισυναφθούν τα αποτελέσματα :

Γενικά σχόλια:

.....
.....
Όλες οι πληροφορίες που έχω υποβάλει στον Οργανισμό Ασφάλιση Υγείας, συμπεριλαμβανομένων των πιο πάνω, είναι ορθές, πλήρεις και αληθείς και αποδέχομαι να παρέχω οποιαδήποτε περαιτέρω

πληροφορία μου ζητηθεί από τον Οργανισμό για τους πιο πάνω σκοπούς.

Υπογραφή Ιατρού

Ημερομηνία.....

Παιδιατρική

CY204: Bi-PAP Device BMC Medical Co. Ltd with full face Mask (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY205: Bi-PAP Device Lowenstein Med. Tech. GmbH with full face Mask (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY206: Bi-PAP Device ResMed Pty Ltd with full face Mask (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY262: Auto C-PAP device Xiaoniu Health Co. Ltd with nasal mask (C. Pittakas Biocare Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY263: Auto C-PAP device Xiaoniu Health Co. Ltd with nasal mask (C. I. M Biomedical Co. Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY264: Auto C-PAP device Xiaoniu Health Co. Ltd with Full Face Mask (C. Pittakas Biocare Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY265: Auto C-PAP device Xiaoniu Health Co. Ltd with Full Face Mask (C. I. M Biomedical Co. Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY266: Auto C-PAP device Xiaoniu Health Co. Ltd with nasal pillows mask (C. Pittakas Biocare Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY267: Auto C-PAP device Xiaoniu Health Co. Ltd with nasal pillows mask (C. I. M Biomedical Co. Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY268: Bi-PAP Device BMC Medical Co. Ltd with Nasal Mask (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY269: Bi-PAP Device BMC Medical Co. Ltd with nasal pillows mask (Dentalcon Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY270: Bi-PAP Device Lowenstein Med. Tech. GmbH with full nasal Mask (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY271: Bi-PAP Device Lowenstein Med. Tech. GmbH with nasal pillows mask (Biotronics Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY272: Bi-PAP Device ResMed Pty Ltd with nasal Mask (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY273: Bi-PAP Device ResMed Pty Ltd with nasal pillows mask (George Petrou Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY274: Bi-PAP Device Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd with Nasal Mask (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY275: Bi-PAP Device Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd with full face mask (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.

Παιδιατρική

CY276: Bi-PAP Device Hebei Topson Med. Tech. Co. Ltd with Nasal Pillows Mask (Ikosmed Ltd)

- ΔΕΝ αποζημιώνεται και ως εκ τούτου φέρει μηδενική βαρύτητα.
-