



**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΕΞΟΔΩΝ / ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ**

**ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ Ή ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΠΟΥ ΕΝΕΡΓΕΙ ΜΕ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ή ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΝΟΜΙΜΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΕΡΓΕΙ ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Όνομα:..... Επώνυμο.....

Ημερομηνία Γέννησης:...../...../..... Αριθμός Ταυτότητας:.....

Διεύθυνση κατοικίας:....., Αρ.: ....., Πόλη/χωριό:.....

Ταχ. Κώδικας:....., Επαρχία:....., Χώρα: .....

Αρ. Τηλεφώνου:....., Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:.....

Αρ. Τηλεομοιότυπου:.....

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΕΙΔΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΠΟΥ ΛΗΦΘΗΚΕ**

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

**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω ότι έλαβα γνώση των προνοιών του νόμου, ότι τα στοιχεία τα οποία δήλωσα πιο πάνω, καθώς και τα πιστοποιητικά / έγγραφα που συνηγορούνται, είναι αληθή και ανελλιπή και ότι συγκατατίθεμαι όπως τα στοιχεία αυτά προωθηθούν σε άλλη Κυβερνητική Υπηρεσία για επιβεβαίωση του συγκεκριμένου αιτήματός μου και κοινοποιηθούν στις αρμόδιες αρχές άλλου κράτους μέλους εάν αυτό καταστεί αναγκαίο. Εξουσιοδοτώ ακόμη το Υπουργείο Υγείας ώστε να μπορεί να εξασφαλίσει τα απαραίτητα στοιχεία που αφορούν στην επιβεβαίωση του συγκεκριμένου αιτήματός μου.

Αντιλαμβάνομαι ότι το Υπουργείο Υγείας δεν είναι υπεύθυνο για την υγειονομική περίθαλψη που έλαβα σε άλλο Κράτος Μέλος στη βάση της Οδηγίας για την Εφαρμογή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης.

Επιβεβαιώνω ακόμη ότι ο ασθενής είναι μόνιμος κάτοικος στην Κύπρο και Δικαιούχος Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης σύμφωνα με τους ισχύοντες νόμους της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Δηλώνω ότι είμαι ο ασθενής / πρόσωπο που ενεργεί με τη συγκατάθεση του ασθενούς / πρόσωπο νόμιμα εξουσιοδοτημένο να ενεργεί εκ μέρους του ασθενούς (να διαγραφεί ότι δεν ισχύει)

Όνοματεπώνυμο Αιτητή :.....

Υπογραφή ..... Ημερομηνία:.....

#### ΜΕΡΟΣ IV: ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

1. Αντίγραφο προέγκρισης από την Αρμόδια Αρχή (σε περίπτωση που ισχύει)
2. Το αυθεντικό τιμολόγιο ή/και την αυθεντική απόδειξη πληρωμής ή/και πιστοποιημένο αντίγραφο της ιατρικής συνταγής και απόδειξη πληρωμής φαρμακείου (αναλόγως σχετικού Διατάγματος που αφορά σε επιστροφή εξόδων ή όχι για τα φάρμακα και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό).
3. Αντίγραφο ιατρικής έκθεσης από το ιατρικό κέντρο ή τον αρμόδιο παροχέα υγείας σε περίπτωση προέγκρισης.
4. Συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο το έντυπο εξουσιοδότησης για πληρωμές από το FIMAS, μαζί με έντυπη βεβαίωση Τραπεζικού Ιδρύματος που να αναφέρει τον Διεθνή Αριθμό Τραπεζικού Λογαριασμού (IBAN)
5. Αντίγραφο Ταυτότητας Νοσηλείας ή σχετικής βεβαίωσης από τον αρμόδιο τομέα του Υπουργείου Υγείας

Το παρόν έντυπο επιστρέφεται **πλήρως συμπληρωμένο** στο Εθνικό Σημείο Επαφής του Υπουργείου Υγείας για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περιθαλψη μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης: [ncrcrossborderhealthcare@moh.gov.cy](mailto:ncrcrossborderhealthcare@moh.gov.cy) ή μέσω τηλεμοιότυπου στο +357 22 605 499 / 492 και μέσω κανονικού ταχυδρομείου ή δια χειρός στο Υπουργείο Υγείας, στη διεύθυνση Γωνία Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17, 1448 Λευκωσία, Κύπρος.

#### Για υπηρεσιακή χρήση μόνο:

- Διασυνοριακή Περιθαλψη
- Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Αρωγής για Υπηρεσίες Υγείας που δεν προσφέρονται στο Δημόσιο Τομέα
- Κανονισμός για Συντονισμό Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης