



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1475 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Αρ. Φακ.: Φ.Υ.21.1.1.9
Φ.Υ.5.13.02
Αρ. Τηλ.: 22 608648
Αρ. Φαξ.: 22 608649

ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ

2 Φεβρουαρίου 2022

Υπεύθυνους Φαρμακοποιούς
Ιδιωτικών Φαρμακείων

Θέμα: Σχέδιο Επιδότησης / Συμπληρωμής (Co-Payment)

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο πιο πάνω θέμα και να σας πληροφορήσω ότι το Υπουργικό Συμβούλιο σε συνεδρίαση του στις 02/09/2021 έχει αναθεωρήσει την απόφαση με αρ.89.072 που αφορούσε το Σχέδιο για Αντιμετώπιση της Υπογονιμότητας. Το τροποποιημένο σχέδιο (Αρ. Απόφασης 91.804) δίνει το δικαίωμα παραχώρησης φαρμάκων (γοναδοτροπινών) μέσω του σχεδίου συμπληρωμής για την πραγματοποίηση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ως εξής:

1. Μέχρι τέσσερις (4) φορές σε άτεκνα ζευγάρια ή άτεκνα μονήρη άτομα
2. Μέχρι τρεις (3) φορές σε ζευγάρια ή μονήρη άτομα που έχουν αποκτήσει ένα παιδί
3. Μέχρι δύο (2) φορές σε ζευγάρια ή μονήρη άτομα που έχουν αποκτήσει δύο παιδιά και άνω

Ως εκ τούτου, για τον έλεγχο των πιο πάνω περιπτώσεων, τόσο για άτομα τα οποία είναι ήδη κάτοχοι της σχετικής βεβαίωσης για φάρμακα εξωσωματικής γονιμοποίησης (**μπλε κάρτα**), όσο και οι νέοι δικαιούχοι, θα πρέπει να υποβάλλουν κατάλληλα συμπληρωμένο το Έντυπο Α (**Παράρτημα I**). Ακολούθως, το Έντυπο Α πρέπει να αποστέλλεται από τον ιδιώτη φαρμακοποιό μαζί με τα συνοδευτικά δικαιολογητικά και όλα τα επιπρόσθετα στοιχεία (**Παράρτημα II**) που απαιτούνται στις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας.

Σύμφωνα με τα πιο πάνω, για τις περιπτώσεις νέων δικαιούχων οι οποίοι επιθυμούν να προμηθευτούν τα φαρμακευτικά προϊόντα μέσω του σχεδίου συμπληρωμής, θα αναγράφεται στην βεβαίωση για φάρμακα εξωσωματικής γονιμοποίησης που εκδίδεται από τον φαρμακοποιό του ΟΚΥπΥ ο συνολικός αριθμός των επιτρεπόμενων

επιδοτούμενων προσπαθειών. Στις περιπτώσεις που μέρος των προϊόντων θα λαμβάνονται από φαρμακείο του ΟΚΥΠΥ, τότε θα αναγράφεται ο αριθμός των υπολειπομένων προσπαθειών από τον φαρμακοποιό του ΟΚΥΠΥ.

Ο ιδιώτης Φαρμακοποιός πρέπει να ελέγχει τις παρατηρήσεις αυτές στην βεβαίωση για φάρμακα εξωσωματικής γονιμοποίησης και ενυπόγραφα να ενημερώνει για την ημερομηνία εκτέλεσης, το όνομα και την ποσότητα του σκευάσματος που χορηγείται καθώς και τον αριθμό των υπολειπομένων προσπαθειών. Επιπρόσθετος έλεγχος θα πρέπει να διενεργείται στην ημερομηνία λήξης της βεβαίωσης, ότι αυτή εξακολουθεί να βρίσκεται σε ισχύ.

Σημειώνεται ότι οι προσπάθειες που πραγματοποιήθηκαν και επιδοτήθηκαν πριν την τροποποίηση του σχεδίου θα πρέπει επίσης να αφαιρούνται για τον υπολογισμό των υπολειπομένων προσπαθειών. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με εγκύκλιο ημερομηνίας 08/03/2018 (**Παράρτημα III**), οι σχετικές συνταγές αλλά και όλα τα επιπρόσθετα στοιχεία που χρειάζονται θα πρέπει να υποβάλλονται **εντός 6 μηνών από την ημερομηνία εκτέλεσης της συνταγής.**

Τέλος, σας ενημερώνουμε ότι σχετικές πληροφορίες για τις πρόνοιες του Σχεδίου Επιδότησης για Αντιμετώπιση της Υπογονιμότητας είναι διαθέσιμες στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας στην κατηγορία «Έντυπα», στον σύνδεσμο: <https://www.moh.gov.cy/>.

Παραμένουμε στην διάθεσή σας για οποιοσδήποτε πληροφορίες χρειαστείτε.



(Δρ. Γεώργιος Σάββα)

για Αν. Διευθύντρια Φαρμακευτικών Υπηρεσιών

Παράρτημα Ι

Έντυπο Α



ΕΝΤΥΠΟ Α

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αίτημα για Χορήγηση Γοναδοτροπίνων Σύμφωνα με το Σχέδιο Αντιμετώπισης της Υπογονιμότητας

Όνοματεπώνυμο Αιτήτριας	
Αρ. Ταυτότητας	
Ηλικία	
Αριθμός αποκτηθέντων παιδιών (Ζευγάρια ή μονήρη άτομα με ένα παιδί, έχουν δικαίωμα για μόνο 3 επιδοτήσεις, ζευγάρια ή μονήρη άτομα με δύο παιδιά και άνω έχουν δικαίωμα για 2 επιδοτήσεις)	
Αριθμός προηγούμενων επιδοτήσεων από το Υπουργείο	

Επισυνάπτονται τα ακόλουθα:

1.	Συνταγή από θεράποντα γιατρό για παροχή γοναδοτροπίνων
2.	Αντίγραφο ταυτότητας ή και αντίγραφο της άδειας παραμονής στην Δημοκρατίας (IRC yellow page) εάν ισχύει.
3.	Αντίγραφο του εντύπου «Αμοιβαία Αποδοχή Εγγραφής σε Κατάλογο Δικαιούχων Προσωπικού Ιατρού» το οποίο υπογράφεται στο Ιατρείο του Προσωπικού Ιατρού (ΠΙ) από τον ΠΙ και τον Δικαιούχο με ημερομηνία πριν από την ημερομηνία της θεραπείας ή Αντίγραφο της ηλεκτρονικής ειδοποίησης με τίτλο «GHS- Αίτημα Εγγραφής σε προσωπικό Ιατρό /Registration request to Personal Doctor» που λαμβάνουν μετά την ολοκλήρωση της εγγραφής στο ΓεΣΥ με ημερομηνία πριν από την ημερομηνία της θεραπείας. (Η πιο πάνω ειδοποίηση αποστέλλεται στο λογαριασμό στην Πύλη Δικαιούχων και στο email του χρήστη που έχει υποβάλει το αίτημα εγγραφής στο ΓεΣΥ).
4.	Αντίγραφα αδειών από το Συμβούλιο Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής όπου ισχύει σύμφωνα με τις «Οδηγίες για παραχώρηση Δωρεάν Φαρμάκων για σκοπούς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής»



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία που παρέχονται στη δήλωση, καθώς και τα πιστοποιητικά/έγγραφα που συνυποβάλλονται, είναι αληθή και εξουσιοδοτώ το Υπουργείο Υγείας να τα επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες αρχές της Δημοκρατίας, όσα από τα στοιχεία της αίτησης μου κρίνουν απαραίτητα.

Δηλώνω ότι με το παρόν συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ την αρμόδια αρχή (Υπουργείο Υγείας) όπως τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν και περιλαμβάνονται στην αίτηση μου για επιδότηση τηρούνται και τυγχάνουν νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού(ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Υγείας, για σκοπούς εξέτασης της αίτησης μου/μας για επιδότηση. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Υγείας. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Υγείας μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών, νοουμένου ότι η διαχείριση και επεξεργασία τους θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του κανονισμού(ΕΕ)2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου.

Ημερομ.:/...../.....

Υπογραφή (αιτήτριας).....

Παράρτημα II

Δικαιολογητικά και άλλα στοιχεία που πρέπει να υποβάλλονται στις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας για κάθε αίτημα επιδότησης φαρμάκων

- Πρωτότυπο τιμολόγιο για το ποσό που απαιτείται
- Κατάσταση πώλησης φαρμάκων σε επιδοτούμενους ασθενείς (επισυνάπτεται πιο κάτω)
- Απόδειξη πληρωμής
- Πρωτότυπη ιατρική συνταγή από θεράποντα ιατρό
- Αντίγραφο βεβαίωσης για φάρμακα εξωσωματικής γονιμοποίησης (μπλε κάρτα δικαιούχου) κατάλληλα συμπληρωμένο
- Έντυπο Α και τα σχετικά επισυναπτόμενα (αντίγραφο ταυτότητας, αντίγραφο εγγραφής δικαιούχου στο ΓεΣΥ, αντίγραφο αδειών από το συμβούλιο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής όπου ισχύει σύμφωνα με το έντυπο Α)
- Έντυπο Α – υπογεγραμμένη η «Υπεύθυνη Δήλωση του δικαιούχου»

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ - ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
 ΣΧΕΔΙΟ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ / ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (COPAYMENT SCHEME)
 ΟΝΟΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ.....

ΈΝΤΥΠΟ
 ΛΟΓ.Φ.Υ.1Β

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ.....ΑΡ.ΕΓΓΡ. ΦΠΑ.....
 ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΕΠΙΔΟΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΧΟΡΗΓΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΝΑ

Α/Α	Ονοματεπώνυμο Δικαιούχου Ασθενή	Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας	Περιγραφή Φαρμάκου (Εμπορική Ονομασία)	Κωδικός Φαρμάκου	Αριθμός Ιατρικής Συνταγής Βιβλιαρίου Υγείας	Χορηγθείσα Ποσότητα	Ποσό Επιχορήγησης €
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
ΟΛΙΚΟ ΠΟΣΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗΣ							€

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Εγκύκλιος ημερομηνίας 08/03/2018



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1475 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Αρ. Φακ. : Φ.Υ.21.2.5.2
 Φ.Υ.5.13.02
Αρ. Τηλ. : 22 608684
Αρ. Φαξ. : 22 608649

ΜΕ ΤΗΛΕΟΜΟΙΟΤΥΠΟ

8 Μαρτίου 2018

Υπεύθυνους Φαρμακοποιούς
Ιδιωτικών Φαρμακείων

Θέμα: Σχέδιο Επιδότησης / Συμπληρωμής (Co-Payment)

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο πιο πάνω θέμα και σας πληροφορώ ότι είναι διαθέσιμος ο αναθεωρημένος κατάλογος Επιδοτούμενων Φαρμάκων, ο οποίος έχει άμεση ισχύ και είναι αναρτημένος στην ιστοσελίδα των Φαρμακευτικών Υπηρεσιών: <http://www.moh.gov.cy/phs>. Η αναθεώρηση αφορά τα ποσοστά επιδότησης καθώς και την προσθήκη νέων φαρμακευτικών προϊόντων.

Επιπρόσθετα να σας πληροφορήσω ότι μέσα στα πλαίσια της αναβάθμισης των βέλτιστων πρακτικών καλής διαχείρισης συνταγές που δεν υποβάλλονται για πληρωμή εντός έξι μηνών από την ημερομηνία εκτέλεσης, δεν θα γίνονται αποδεκτές για πληρωμή.

Για οποιοσδήποτε διευκρινήσεις παρακαλώ όπως επικοινωνήσετε στο τηλ. 22 608716.

(Π. Μυτίδης)
για Αν. Διευθύντρια Φαρμακευτικών Υπηρεσιών