



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
1475 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Αρ. Φακ.: Φ.Υ.21.2.5.2
Φ.Υ.5.13.02
Αρ. Τηλ.: 22 608682
Αρ. Φαξ.: 22 608649

5 Ιουνίου 2020

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 στις 18/3/2020 έχει αναθεωρήσει την απόφαση με αρ.81.732 που αφορούσε το Σχέδιο Επιχορήγησης Υπογόνιμων Ζευγαριών. Το τροποποιημένο σχέδιο τίθεται σε ισχύ από τις 6/4/2020 και 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
2. Μέχρι δύο (2) φορές σε ζευγάρια με παιδιά

Ως εκ τούτου, για τον έλεγχο των πιο πάνω περιπτώσεων, τόσο για άτομα τα οποία είναι ήδη κάτοχοι της σχετικής βεβαίωσης από φαρμακοποιό του ΟΚΥπΥ (μπλε κάρτα), όσο και οι νέοι δικαιούχοι, να υποβάλλουν κατάλληλα συμπληρωμένο το συνημμένο Έντυπο Α. Ακολούθως, το Έντυπο Α πρέπει να αποστέλλεται από τον ιδιώτη φαρμακοποιό μαζί με τα υπόλοιπα συνοδευτικά δικαιολογητικά, στις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας.

Η συμπλήρωση του πιο πάνω εντύπου θα πρέπει να πραγματοποιείται για κάθε νέα προσπάθεια που ξεκινά από τις 6 Απριλίου 2020 ή αργότερα.

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

αριθμός προσπαθειών που επιτρέπονται από τον δικαιούχο, ενώ στις περιπτώσεις που μέρος των προϊόντων θα λαμβάνονται από φαρμακείο του ΟΚΥΠΥ, τότε θα αναγράφεται το υπόλοιπο των προσπαθειών. Με αυτή την πληροφόρηση ο ιδιώτης Φαρμακοποιός πρέπει να ελέγχει τις παρατηρήσεις αυτές και ενυπόγραφα να ενημερώνει για την ημερομηνία χορήγησης θεραπείας και τον αριθμό των υπολειπομένων προσπαθειών, στο χώρο των παρατηρήσεων του σχετικού εντύπου. Επιπρόσθετος έλεγχος θα πρέπει να διενεργείται στην ημερομηνία λήξης της βεβαίωσης, ότι αυτή εξακολουθεί να βρίσκεται σε ισχύ.

Σημειώνεται ότι, προσπάθειες που πραγματοποιήθηκαν πριν την 6^η Απριλίου 2020 θα πρέπει επίσης να αφαιρούνται για τον υπολογισμό των υπολειπόμενων προσπαθειών.

Τέλος, σας ενημερώνουμε ότι περισσότερες πληροφορίες για τις πρόνοιες του Σχεδίου Επιχορήγησης Υπογόνιμων Ζευγαριών θα βρείτε στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας στην κατηγορία «Έντυπα», στον σύνδεσμο: <https://www.moh.gov.cy/>.

Είμαστε στη διάθεσή σας για οποιοσδήποτε πληροφορίες χρειαστείτε.



Π. Μυτίδης
(Φαρμακοποιός)
για Διευθυντή Φαρμακευτικών Υπηρεσιών

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 με παιδιά έχουν δικαίωμα για μόνο δύο επιδοτήσεις) | |
| Αριθμός προηγούμενων επιδοτήσεων από το Υπουργείο Υγείας | |

Επισυνάπτονται τα ακόλουθα:

| | |
|----|---|
| 1. | Συνταγή από θεράποντα γιατρό για παροχή γοναδοτροπίνων |
| 2. | Αντίγραφο ταυτότητας ή και αντίγραφο της άδειας παραμονής στην Δημοκρατία (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 (αιτήτρια).....