

Ε.Ε. Παρ. ΙΙΙ(Ι)
Αρ. 5202, 17.1.2020

Κ.Δ.Π. 16/2020

Αριθμός 16

ΟΙ ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ
ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
ΚΑΙ ΓΙΑ ΣΥΝΑΦΗ ΘΕΜΑΤΑ ΝΟΜΟΙ ΤΟΥ 2013 ΕΩΣ 2019

Διάταγμα δυνάμει των άρθρων 8(4), 9(1), 17(β) 17Α(2) και 17Γ(1)

149(Ι) του 2013.
82(Ι) του 2015.
48(Ι) του 2019.

Ο Υπουργός Υγείας, ασκώντας τις εξουσίες που χορηγούνται σε αυτόν από τα άρθρα 8(4), 9(1), 17(β), 17Α(2) και 17Γ(1) των περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης Νόμων του 2013 έως 2019, εκδίδει το ακόλουθο Διάταγμα.

Συνοπτικός
τίτλος.

1. Το παρόν Διάταγμα θα αναφέρεται ως το περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης Διάταγμα του 2020.

Ερμηνεία.

2.-(1) Στο παρόν Διάταγμα-

«Νόμος» σημαίνει τους περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης Νόμους του 2013 έως 2019, όπως εκάστοτε τροποποιούνται ή αντικαθίστανται·

«Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Αρωγής για Υπηρεσίες Υγείας που δεν προσφέρονται στο Δημόσιο Τομέα» σημαίνει το Σχέδιο Οικονομικής Αρωγής για Υπηρεσίες που δεν προσφέρονται στο Δημόσιο Τομέα το οποίο έχει δημοσιευθεί στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας με Αρ.5041, στις 6 Οκτωβρίου 2017, όπως αυτό εκάστοτε τροποποιείται ή αντικαθίσταται.

(2) Οποιοσδήποτε άλλοι όροι που περιέχονται στο παρόν Διάταγμα και δεν ερμηνεύονται διαφορετικά, έχουν την έννοια που αποδίδεται στους όρους αυτούς από το Νόμο.

Έντυπο αίτησης για
παροχή
πληροφόρησης.
Παράρτημα Ι.

3. Το έντυπο αίτησης για παροχή πληροφόρησης, που αναφέρεται στο εδάφιο (4) του άρθρου 8 του Νόμου, υποβάλλεται στο ΕΣΕ κατά τον τύπο που καθορίζεται στο Παράρτημα Ι.

Έντυπο υποβολής
παραπόνου.
Παράρτημα ΙΙ.

4. Το έντυπο υποβολής παραπόνου, που αναφέρεται στο εδάφιο (1) του άρθρου 9 του Νόμου, υποβάλλεται στο ΕΣΕ κατά τον τύπο που καθορίζεται στο Παράρτημα ΙΙ.

Υγειονομική
Περίθαλψη για
επιστροφή εξόδων.

5. Πρόσωπο το οποίο είναι ασφαλισμένο στην Κύπρο δικαιούται επιστροφή εξόδων που δαπανήθηκαν σε άλλο κράτος μέλος για υγειονομική περίθαλψη η οποία δεν περιλαμβάνεται στον περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών (Γενικούς) Κανονισμούς και καλύπτονται από το Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Αρωγής για Υπηρεσίες Υγείας που δεν προσφέρονται στο δημόσιο Τομέα, το οποίο εφαρμόζει ο Τομέας Επιδοτούμενων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας, εκτός της υγειονομικής περίθαλψης η οποία αφορά σε -

(α) διαθλαστικές επεμβάσεις,

(β) κοσμητικές επεμβάσεις, και

(γ) αναλώσιμα (υποδήματα, τροχοκάθισμα κ.α.).

Επιστροφή εξόδων
υγειονομικής
περίθαλψης.

6.-(1) Η επιστροφή εξόδων για ληφθείσα υγειονομική περίθαλψη η οποία περιλαμβάνεται στην παράγραφο 5 του παρόντος Διατάγματος, καθορίζεται με βάση την κατά περίπτωση έρευνα που διεξάγει το Εθνικό Σημείο Επαφής (ΕΣΕ) λαμβάνοντας υπόψη την κοστολόγηση που διαθέτει το Υπουργείο Υγείας.

(2) Η κοστολόγηση που αναφέρεται στην υποπαράγραφο (1) της παραγράφου (6) δημοσιοποιείται στην ιστοσελίδα του ΕΣΕ.

Έντυπο αίτησης για
την επιστροφή
εξόδων.

7. Το έντυπο αίτησης για την επιστροφή εξόδων, το οποίο αναφέρεται στο εδάφιο (1) του άρθρου 17Γ του Νόμου, υποβάλλεται στο ΕΣΕ κατά τον τύπο που καθορίζεται στο Παράρτημα ΙΙΙ.

Παράρτημα ΙΙΙ.

Κατάργηση.
Επίσημη
Εφημερίδα
Παράρτημα
Τρίτο (Ι):
28.2.2014.

8. Το περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης Διάταγμα του 2014 καταργείται από την ημέρα δημοσίευσης του παρόντος Διατάγματος.

Έγινε στις 13 Ιανουαρίου 2020.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΙΩΑΝΝΟΥ,
Υπουργός Υγείας.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ

ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΝΟΜΟΣ (Ν.149(Ι)/2013)

ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
(ΑΡΘΡΟ 8 (4))

ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ

Όνομα:..... Επώνυμο.....

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

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

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

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

Αρ. Τηλεομοιότυπου:.....

ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΕΙΔΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΠΟΥ ΖΗΤΕΙΤΑΙ

(να γίνει σύντομη περιγραφή των πληροφοριών που ζητούνται)

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

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΖΗΤΕΙΤΑΙ Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ

.....
.....

ΜΕΡΟΣ ΙV: ΤΡΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ

(παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα πιο κάτω)

ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ ΤΗΛΕΟΜΟΙΟΤΥΠΟ

Υπογραφή..... Ημερομηνία

Σημείωση.:

Το έντυπο πρέπει να επιστραφεί **πλήρως συμπληρωμένο** στο Εθνικό Σημείο Επαφής του Υπουργείου Υγείας για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περιθαλψη μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης: ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy ή μέσω ηλεκτρονικής υποβολής στην ιστοσελίδα του Εθνικού Σημείου Επαφής για την Υγειονομική περίθαλψη ή μέσω τηλεομοιότυπου στο +357 22 605 499 / 492 ή μέσω κανονικού ταχυδρομείου ή δια χειρός στο Υπουργείο Υγείας, στη διεύθυνση Γωνία Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17, 1448 Λευκωσία, Κύπρος.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ

ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΝΟΜΟΣ (Ν.149(Ι)/2013)

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ
(ΑΡΘΡΟ 9(1))

ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ

Όνομα:..... Επώνυμο.....

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

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

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

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

Αρ. Τηλεομοιότυπου:.....

ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ

(να γίνει σύντομη περιγραφή των γεγονότων του συγκεκριμένου περιστατικού)

.....

Υπογραφή..... Ημερομηνία.....

Σημείωση.:

Το έντυπο πρέπει να επιστραφεί **πλήρως συμπληρωμένο** στο Εθνικό Σημείο Επαφής του Υπουργείου Υγείας για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης: ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy ή μέσω τηλεομοιότυπου 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.



ΚΥΠΡΙΑΚΗ

ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΕΞΟΔΩΝ
(ΑΡΘΡΟ 17Γ(1))

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 συνυποβάλλονται, 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.

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.

Σημείωση.:

Το παρόν έντυπο επιστρέφεται **πλήρως συμπληρωμένο** στο Εθνικό Σημείο Επαφής του Υπουργείου Υγείας για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης: ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy ή μέσω τηλεομοιότυπου 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 Περίθαλψη
- Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Αρωγής για Υπηρεσίες Υγείας που δεν προσφέρονται στο Δημόσιο Τομέα
- Κανονισμός για Συντονισμό Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης