

Ε.Ε.Παρ.ΙΙΙ(Ι)  
Αρ. 6003, 6.3.2026  
Αριθμός 114

Κ.Δ.Π. 114/2026

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΝΟΜΟΣ

Διάταγμα δυνάμει του άρθρου 41

149 του 2013  
82 του 2015  
48 του 2019  
140 του 2025

Ο Υπουργός Υγείας ασκώντας τις εξουσίες που χορηγούνται σε αυτόν με βάση τις διατάξεις του άρθρου 41 του περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης Νόμου εκδίδει το ακόλουθο Διάταγμα:

Συνοπτικός  
τίτλος.

1. Το παρόν Διάταγμα θα αναφέρεται στην Τροποποίηση των υφιστάμενων Εντύπων για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη (Τροποποιητικό) Διάταγμα του 2026, σε αντικατάσταση του βασικού διατάγματος 20 Φεβρουαρίου 2014.

Επίσημη  
Εφημερίδα  
Παράρτημα ΙΙΙ(Ι)  
28.2.2014

2. Τα Έντυπα που τροποποιούνται, καθορίζονται δυνάμει του άρθρου 8(4), 9(1) και 17(γ) του βασικού διατάγματος. Συγκεκριμένα, τα Έντυπα που πρέπει να τροποποιηθούν δυνάμει του παρόντος Διατάγματος είναι:

(α) Αίτηση παροχής πληροφόρησης για Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη.

(β) Αίτηση υποβολής παραπόνου για Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη.

(γ) Αίτηση επιστροφής δαπανών στον ασθενή για Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη σε κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης/ΕΟΧ.

Τα πιο πάνω Έντυπα τροποποιούνται σύμφωνα με τα επισυναπτόμενα.

Έγινε στις 18 Φεβρουαρίου 2026.

ΝΕΟΦΥΤΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΗΣ,  
Υπουργός Υγείας





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

### ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΣΚΟΠΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΖΗΤΕΙΤΑΙ Η ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ

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

Όνοματεπώνυμο Αιτητή:.....

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία: .....

#### Σημείωση:

Το παρόν έντυπο υποβάλλεται πλήρως συμπληρωμένο στο Εθνικό Σημείο Επαφής του Υπουργείου Υγείας για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης: [ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy](mailto:ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy) 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**

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΕ ΚΡΑΤΟΣ  
ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ/ΕΟΧ**

Η παρούσα αίτηση αφορά σε παροχές/ υπηρεσίες υγείας που δικαιούται η/ο ασφαλισμένη/ος στην Κύπρο σε κράτος μέλος της ΕΕ/ΕΟΧ, σύμφωνα με τον περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης Νόμο (Ν. 149(Ι)/2013), όπως εκάστοτε τροποποιείται. Το ύψος των εξόδων διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης για τα οποία γίνεται επιστροφή ανέρχεται στο ύψος των εξόδων που θα είχαν καλυφθεί, εάν η υγειονομική αυτή περίθαλψη είχε παρασχεθεί στο έδαφος της Κυπριακής Δημοκρατίας, χωρίς να υπερβαίνουν τα πραγματικά έξοδα της υγειονομικής περίθαλψης.

**ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ**

Όνομα Ασθενούς: ..... Επώνυμο Ασθενούς: .....  
 Ημερομηνία Γέννησης: ....., Α. Δ.Τ. / Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού: .....  
 Διεύθυνση κατοικίας: ....., Αρ.: ....., Ταχ. Κώδικας: .....  
 Πόλη/χωριό:....., Επαρχία: ....., Χώρα: .....  
 Αρ. Τηλεφώνου: ....., Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: .....  
 Άτομο μα αναπηρία: ΝΑΙ....., ΟΧΙ..... (επιλογή √ ή X)

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ Ή ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΝΟΜΙΜΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΕΡΓΕΙ ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (συμπληρώνεται σε περίπτωση που ο ασθενής είναι ανήλικος ή υπάρχει νόμιμη εξουσιοδότηση)**

Όνομα Αιτητή: ..... Επώνυμο Αιτητή: .....  
 Σχέση/συγγένεια αιτητή με ασθενή: .....  
 Ημερομηνία Γέννησης: ....., Α. Δ.Τ. / Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού: .....  
 Διεύθυνση κατοικίας: ....., Αρ.: ....., Ταχ. Κώδικας: .....  
 Πόλη/χωριό:....., Επαρχία: ....., Χώρα: .....  
 Αρ. Τηλεφώνου: ....., Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: .....


**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΠΟΥ ΧΟΡΗΓΗΘΗΚΕ ΣΕ ΚΡΑΤΟΣ ΜΕΛΟΣ ΕΕ /ΕΟΧ**

<b>Χώρα παροχής περίθαλψης</b>				
<b>Διάγνωση</b> (όπως προκύπτει από ιατρική έκθεση/συνταγή)				
<b>Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη</b>	Ναι: .....		<b>Διάρκεια νοσηλείας</b>	Από: ...../...../.....
	Όχι: .....			Μέχρι: ...../...../.....
	<b>Επωνυμία νοσηλευτηρίου εξωτερικού</b>			
<b>Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη</b>	Ναι: .....		<b>Ημερομηνία περίθαλψης</b>	Από: ...../...../.....
	Όχι: .....			Μέχρι: ...../...../.....
	<b>Κατηγορία</b> (π.χ. ιατρική επίσκεψη, αγορά φαρμάκων, χημειοθεραπεία, αιμοκάθαρση κλπ)			
<b>Πληροφορίες σχετικά με τον επαγγελματία υγείας/νοσηλευτήριό του εξωτερικού</b> (επιλογή √ ή X)	Δημόσιος/συμβεβλημένος με το δημόσιο της χώρας περίθαλψης			
	Ιδιώτης/μη συμβεβλημένος με το δημόσιο της χώρας περίθαλψης			
	Δεν γνωρίζω			

**ΜΕΡΟΣ ΙV: 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 στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), ή/και 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 και τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας ώστε να μπορούν να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα στοιχεία που αφορούν στην επιβεβαίωση του συγκεκριμένου αιτήματός μου.

Αντιλαμβάνομαι ότι το Υπουργείο Υγείας και ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δεν είναι υπεύθυνοι 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/ κηδεμόνας/ πρόσωπο νόμιμα εξουσιοδοτημένο να ενεργεί εκ μέρους του ασθενούς (να διαγραφεί ότι δεν ισχύει).

Όνοματεπώνυμο Ασθενή/Αιτητή:.....

Υπογραφή: .....

Ημερομηνία: .....

#### ΜΕΡΟΣ V: ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Α	ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ
<input type="checkbox"/>	Ιατρική βεβαίωση/έκθεση/γνωμάτευση με διάγνωση του θεράποντος ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας με την πάθηση του ασθενούς, νομίμως ασκούντος το ιατρικό επάγγελμα σε χώρα της ΕΕ/ΕΟΧ για τις ιατρικές πράξεις που πραγματοποιήθηκαν ή/και την προμήθεια ιατροτεχνολογικών ειδών ή ειδών πρόσθετης περίθαλψης.
	Η ιατρική βεβαίωση με τη διάγνωση θα πρέπει να φέρει τα στοιχεία ταυτότητας του ασθενούς (ονοματεπώνυμο, αριθμό, ημερομηνία γέννησης), και στοιχεία επαγγελματία υγείας που εκδίδει την βεβαίωση (ονοματεπώνυμο, επαγγελματικός τίτλος, ειδικότητα, στοιχεία επικοινωνίας - διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, αριθμός τηλεφώνου, επαγγελματική διεύθυνση, υπογραφή, σφραγίδα κλπ)
	Πλήρες ιστορικό νοσηλείας του νοσηλευτηρίου του εξωτερικού με ανάλυση της θεραπείας (ιατρικές πράξεις, χειρουργικές επεμβάσεις) και ημερομηνίες εισαγωγής κα εξιτηρίου.
Β	ΤΙΜΟΛΟΓΙΟ/ΑΠΟΔΕΙΞΗ
<input type="checkbox"/>	Πρωτότυπο τιμολόγιο και πρωτότυπη 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)
<input type="checkbox"/>	Συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο πρωτότυπο έντυπο εξουσιοδότησης για πληρωμές από το FIMAS, μαζί με έντυπη βεβαίωση Τραπεζικού Ιδρύματος που να αναφέρει τον Διεθνή Αριθμό Τραπεζικού Λογαριασμού (IBAN) για αιτητές που καλύπτονται από το Υπουργείο Υγείας. Οι αποδείξεις πληρωμής, το IBAN και το FIMAS, θα πρέπει να αναφέρονται στο ίδιο πρόσωπο.



<input type="checkbox"/>	Συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο το έντυπο εξουσιοδότησης για πληρωμές από τον ΟΑΥ, μαζί με έντυπη βεβαίωση Τραπεζικού Ιδρύματος που να αναφέρει τον Διεθνή Αριθμό Τραπεζικού Λογαριασμού (IBAN) για αιτητές δικαιούχους του ΓεΣΥ. Οι αποδείξεις πληρωμής, το IBAN και το FIMAS, θα πρέπει να αναφέρονται στο ίδιο πρόσωπο.
<b>Γ</b>	<b>ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΓΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΠΡΟΣΘΕΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ</b>
<input type="checkbox"/>	Αποδεικτικό στοιχείο αναπηρίας
<input type="checkbox"/>	Πρωτότυπες εξοφλητικές αποδείξεις μετάβασης και επιστροφής του ασθενούς (και κατά περίπτωση του συνοδού), της οικονομικής θέσης του μεταφορικού μέσου που χρησιμοποιήθηκε
<input type="checkbox"/>	Πρωτότυπες αποδείξεις διαμονής στο εξωτερικό
<b>Δ</b>	<b>ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ</b>
<input type="checkbox"/>	Αντίγραφο Ταυτότητας Νοσηλείας ή σχετικής βεβαίωσης από τον αρμόδιο Τομέα του Υπουργείου Υγείας, για δικαιούχους ασθενείς του Υπουργείου Υγείας ή το Έντυπο αμοιβαίας αποδοχής εγγραφής σε κατάλογο δικαιούχων προσωπικού ιατρού, για δικαιούχους του ΓεΣΥ.
<b>Ε</b>	<b>ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΕΙΣ</b>
<input type="checkbox"/>	Νόμιμη Εξουσιοδότηση
<b>ΣΤ</b>	<b>ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΓΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ</b>
<input type="checkbox"/>	Αν το αίτημα αφορά σε υπηρεσίες υγείας που έλαβε ανήλικο τέκνο, θα πρέπει να υποβάλλεται αντίγραφο πιστοποιητικού γέννησης και αντίγραφο του Δελτίου Ταυτότητας/ Εγγραφής Αλλοδαπού του γονέα/κηδεμόνα που υποβάλλει το αίτημα.

Το παρόν έντυπο επιστρέφεται πλήρως συμπληρωμένο στο Εθνικό Σημείο Επαφής του Υπουργείου Υγείας για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη μέσω της ηλεκτρονικής διεύθυνσης: [ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy](mailto:ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy) ή μέσω κανονικού Ταχυδρομείου ή δια χειρός στο Υπουργείο Υγείας, στη διεύθυνση Γωνία Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17, 1448 Λευκωσία, Κύπρος.

**Για υπηρεσιακή χρήση μόνο:**

- Περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης Νόμος του 2013 (Ν.149(Ι)/2013), όπως εκάστοτε τροποποιείται
- Ευρωπαϊκοί Κανονισμοί για Συντονισμό Κοινωνικής Ασφάλισης: αριθμ. 883/2004 & 987/2009
- Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Αρωγής για Υπηρεσίες Υγείας που καλύπτονται από το Υπουργείο Υγείας
- Περί του Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001 (Ν. 89(Ι)/2001)



**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ ΓΙΑ ΔΙΑΣΥΝΟΡΙΑΚΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Η παρούσα αίτηση αφορά υποβολή παραπόνου σύμφωνα με τον περί Εφαρμογής των Δικαιωμάτων των Ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περιθαλψης Νόμος (Ν. 149(I)/2013 – Άρθρο 9(I))

**ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Όνομα Ασθενούς: ..... Επώνυμο Ασθενούς: .....

Ημερομηνία Γέννησης: ....., Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: .....

Διεύθυνση κατοικίας: ....., Αρ.: ....., Ταχ. Κώδικας: .....

Πόλη/χωριό: ....., Επαρχία: ....., Χώρα: .....

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

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΠΟΥ ΕΝΕΡΓΕΙ ΜΕ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ή ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΝΟΜΙΜΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΝΑ ΕΝΕΡΓΕΙ ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**  
(συμπληρώνεται σε περίπτωση που ο ασθενής είναι ανήλικος ή υπάρχει εξουσιοδότηση, η οποία επισυνάπτεται με την αίτηση)

Όνομα Αιτητή: ..... Επώνυμο Αιτητή: .....

Σχέση/συγγένεια αιτητή με ασθενή: .....

Ημερομηνία Γέννησης: ....., Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: .....

Διεύθυνση κατοικίας: ....., Αρ.: ....., Ταχ. Κώδικας: .....

Πόλη/χωριό: ....., Επαρχία: ....., Χώρα: .....

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

