

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

Ν.Π.Δ.Δ.

Μυλλέρου 1 & Αγησιλάου - 104 36 ΑΘΗΝΑ,

ΤΗΛ. 210 5220955

ΦΑΞ. 210 5220721 – Email: [grfsa@otenet.gr](mailto:grfsa@otenet.gr)

Πληροφορίες : Νιάρχου Κατερίνα

Αριθ. Πρωτ. 3858

ΑΘΗΝΑ 29 ΙΟΥΝΙΟΥ 2017

ΠΡΟΣ ΟΛΑ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΟΥ Φ.Σ.Α.

**«ΠΕΡΙΚΟΠΕΣ ΑΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΕΩΝ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ»**

Για τις όποιες περικοπές υπάρχουν στην υποβολή των αναλωσίμων (παροχή υγειονομικού υλικού, σκευάσματα ειδικής διατροφής, ορθοπεδικά/αναπνευστικά) θα ενημερώνεστε από την αρμόδια ΠΕΔΙ (Περιφερειακή Διεύθυνση) αναλυτικά για την περικοπή που έχει γίνει.

Η ενημέρωση θα πρέπει να είναι αναλυτική, να γνωρίζετε δηλαδή ποια υποβολή αφορά, ακριβώς ποια γνωμάτευση και τον ακριβή λόγο.

Για την κάθε περικοπή θα έχετε δύο επιλογές :

**1<sup>η</sup> επιλογή :** να κόψετε πιστωτικό, για το ποσό της περικοπής, και να το καταθέσετε στην ΠΕΔΙ που ανήκετε. Με την επιλογή του πιστωτικού, στην ουσία αποδέχεστε την περικοπή, και με την κατάθεση του πιστωτικού η διαδικασία της πληρωμής προχωράει κανονικά προς οριστικοποίηση και εξόφληση.

**Σημείωση :** για το αν θα κόψετε πιστωτικό ή θα προβείτε σε ένσταση, θα πρέπει να αναλογιστείτε το μέγεθος του ποσού της περικοπής, σε σχέση με το ποσό που αφορά όλη την υποβολή, ώστε να δείτε αν οικονομικά σας συμφέρει να προβείτε σε έκδοση πιστωτικού.

**2<sup>η</sup> επιλογή :** να καταθέσετε ένσταση για την περικοπή. Καταθέτοντας ένσταση, η πληρωμή σας σταματάει προσωρινά μέχρι την εξέταση της ένστασης. Ο ΕΟΠΥΥ μας έχει διαβεβαιώσει ότι ειδικά για τον μήνα Ιανουάριο και Φεβρουάριο οι ενστάσεις θα εξεταστούν άμεσα ώστε να προωθηθούν για πληρωμή.

**Την κάθε ένσταση ο φαρμακοποιός θα πρέπει να την υποβάλλει μέσα σε 3 ημέρες από την γνωστοποίηση της περικοπής από το ΠΕΔΙ,** στην γραμματεία του Φ.Σ.Α. και στην συνέχεια ο ΦΣΑ θα τις αποστέλλει αυθημερόν στα γραφεία του ΕΟΠΥΥ, για άμεση εξέταση της ένστασης. Στο τέλος της ενημέρωσης υπάρχει το έντυπο της ένστασης.

Σας αναλύουμε ποιες περιπτώσεις θεωρείται ότι αφορούν περικοπή για τυπικά λάθη και δίνονται αναλυτικές οδηγίες για την υποβολή ένστασης της κάθε περίπτωσης. Ακολουθώντας τις οδηγίες που σας παραθέτουμε, θεωρούμε ότι οι πιθανότητες να απορριφθεί η ένστασή σας είναι ελάχιστες.

Επισημαίνουμε για ακόμη μία φορά, ότι θα πρέπει να σας γίνεται γνωστό από τις ΠΕΔΙ τα στοιχεία της περικοπής και ο λόγος που έγινε αυτή, ώστε να γνωρίζετε τι θα κάνετε.

Αναφέρουμε τις συχνότερες περιπτώσεις περικοπών των γνωματεύσεων :

**A)** Στην χειρόγραφη γνωμάτευση του γιατρού μηνός Ιανουαρίου δεν υπάρχει υπογραφή παραλήπτη. Υπενθυμίζουμε ότι κατά τον μήνα αυτό λειτουργούσαμε μόνο με χειρόγραφες συνταγές, στις οποίες έπρεπε να υπογράψει - όπως και πριν - ο παραλήπτης κατά την παραλαβή των αναλωσίμων.

Τα συνοδευτικά που εκδώσαμε για τον Ιανουάριο, μετά την λειτουργία του νέου εΔΑΠΥ, δεν χρειάζονται υπογραφή, διότι εξεδόθησαν πολύ αργότερα από τις χειρόγραφες.

Εάν υποβάλλετε ένσταση για αυτή την περίπτωση, θα πρέπει να καταθέσετε στον ΦΣΑ :

- έντυπο ενστάσεως (υπάρχει συνημμένο υπόδειγμα ενστάσεως)
- Υπεύθυνη Δήλωση μέρος (τουλάχιστον του 30%) των ασφαλισμένων, με το γνήσιο της υπογραφής τους, που να δηλώνει : «...δηλώνω ότι παρέλαβα από το φαρμακείο....., για τον μήνα Ιανουάριο/201..., τα αναλώσιμα που αναγράφονται στην γνωμάτευση».
- Υπεύθυνη δήλωση του φαρμακοποιού ότι ΟΛΟΙ οι ασφαλισμένοι που δεν υπογράψει κατά την παραλαβή, έχουν πράγματι παραλάβει όσα αναγράφονται στις γνωματεύσεις της υποβολής μηνός .....

**B)** Δεν υπάρχει διάγνωση επί της χειρόγραφης συνταγής, ή υπάρχει απλά η ένδειξη ΣΔ, χωρίς να ορίζεται ο τύπος II ή I. Σε αυτή την περίπτωση ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει την μικρότερη ποσότητα απορρίπτοντας τις υπόλοιπες συσκευασίες αναλωσίμων που έχουν χορηγηθεί.

Εάν υποβάλλετε ένσταση για αυτή την περίπτωση, θα πρέπει να καταθέσετε στον ΦΣΑ :

- έντυπο ενστάσεως (υπάρχει συνημμένο υπόδειγμα ενστάσεως)
- επικυρωμένο αντίγραφο αποδεικτικού της νόσου (π.χ.φωτοτυπία βιβλιάρου ασθενούς ή συνταγής φαρμάκων) ώστε να αποδεικνύεται ότι ο ασφαλισμένος πάσχει από Σακχαρώδη Διαβήτη του τύπου που δικαιούται να πάρει περισσότερες συσκευασίες
- Υπεύθυνη Δήλωση του φαρμακοποιού για τα ακριβή στοιχεία του ασφαλισμένου που τεκμαίρονται από το επισυναπτόμενο αποδεικτικό της νόσου.

Για οποιαδήποτε άλλη περίπτωση περικοπών, εκτός των ανωτέρω, που θεωρείτε ότι θα πρέπει να υποβάλλετε ένσταση, επικοινωνήστε με την γραμματεία του Φ.Σ.Α. (κ.Νιάρχου Κατερίνα) ώστε να σας βοηθήσει με τα δικαιολογητικά που θα πρέπει να επισυνάψετε ανάλογα με την περίπτωση. Το έντυπο της ένστασης είναι αυτονόητο ότι είναι απαραίτητο σε κάθε περίπτωση.

Επίσης επικοινωνήστε με την γραμματεία (κ.Νιάρχου) για οποιοδήποτε άλλο ερώτημα έχετε για τυχόν περικοπές.

**Τις ενστάσεις θα τις καταθέτετε ή θα τις αποστέλλετε (πρωτότυπη ένσταση και πρωτότυπα δικαιολογητικά) στα γραφεία του Φ.Σ.Α.**

**Ενστάσεις απεσταλμένες με φαξ, δεν θα γίνονται δεκτές**

Στοιχεία επικοινωνίας : Φ.Σ.Α. / γραμματεία / κ.Νιάρχου 210 5243186 / 210 5240146 / 210 5247783

Φαξ : 210 5220721, email : [grfsa@otenet.gr](mailto:grfsa@otenet.gr)

**\*ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΕΝΤΥΠΟΥ ΕΝΣΤΑΣΕΩΣ (αίτημα επανεξέτασης)**

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΛΟΥΡΑΝΤΟΣ

Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ  
ΗΛΙΑΣ ΓΙΑΝΝΟΓΛΟΥ

**Αίτηση Επανεξέτασης (ένσταση)**

Στοιχεία Παρόχου

Προς

Επωνυμία / Ονοματεπώνυμο

ΠΕΔΙ \_\_\_\_\_

(Για την Ομάδα

Αξιολόγησης Ενστάσεων Εκκαθάρισης)

Τηλ. Επικουρ. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Αριθμός Υποβολής \_\_\_\_\_

Μήνας / Έτος Υποβολής \_\_\_\_\_

Κατηγορία Σύμβασης \_\_\_\_\_

Αριθμός Σύμβασης \_\_\_\_\_

(Συμπληρώνονται από την ΠΕΔΙ)

Δια της παρούσης και έχοντας υπόψη την Β2β/οικ38642/31-05-2016 (ΦΕΚ1536/Β) ΚΥΑ, ζητώ την επανεξέταση των περικοπών της υποβολής μου, από την Ομάδα Αξιολόγησης Ενστάσεων Εκκαθάρισης που συγκροτήθηκε με την 475/281/1-6-2016 απόφασης του Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΟΠΥΥ, για τους παρακάτω λόγους:

**Αναλυτική αναφορά περικοπών που προέκυψαν από τον έλεγχο της υποβολής μου προς το ΕΔΑΠΥ, μηνός ...../201...**

**ΠΕΡΙΚΟΠΗ****ΛΟΓΟΣ ΕΝΣΤΑΣΗΣ**

1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
6.-	
7.-	
8.-	

**Επισυνάπτω για την υποστήριξη των απόψεων μου τα κάτωθι δικαιολογητικά :**

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_

4.- \_\_\_\_\_

5.- \_\_\_\_\_

Ημερομηνία \_\_\_\_\_ 201\_\_

Ο/Η αιτών/ούσα