



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΑΡΧΗΓΕΙΟ ΛΙΜΕΝΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ -
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΚΤΟΦΥΛΑΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ 3^ο ΕΛΕΓΧΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Ταχ. Δ/νση : Ακτή Βασιλειάδη, (Πύλη Ε1-Ε2)
Ταχ. Κώδικας : 185 10, Πειραιάς
e-mail : yg@hcg.gr

21/2/14
43048

Ανακοίνηση

Πειραιάς, 20-01-2014

Αριθ. Φακέλου: 743.10-4/13

Αριθ. Σχεδίου: 142

ΠΡΟΣ: ΩΣ ΠΙΝΑΚΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

ΘΕΜΑ: «Καθορισμός Διαδικασίας Ενταλματοποίησης Δαπανών Υγειονομικής Περιθάλψης»

ΣΧΕΤ: α) Το ΠΔ 155/2013 (ΦΕΚ 245 Α'/7-11-2013) «Τροποποίηση του αριθ. 151/1998 π.δ/τος (Α' 116) - Διαδικασία εξόφλησης χρηματικών ενταλμάτων από τις Υπηρεσίες Δημοσιονομικού Ελέγχου».

β) Η αριθ. 2/107929/0026 Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 3172 Β'/13-12-2013) «Καθορισμός διαδικασίας και λοιπών τεχνικών λεπτομερειών για την πληρωμή των δημόσιων δαπανών από τις Υπηρεσίες Δημοσιονομικού Ελέγχου (Υ.Δ.Ε.).

1. Σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με ανωτέρω (α) και (β) σχετικά θεσπίστηκε και ισχύει από 01-01-2014 νέα διαδικασία εξόφλησης χρηματικών ενταλμάτων από την Υπηρεσία Δημοσιονομικού Ελέγχου (Υ.Δ.Ε), που τροποποιεί τη διαδικασία αποπληρωμής τους μέσω Δημοσίων Οικονομικών Υπηρεσιών (Δ.Ο.Υ).

2. Εφεξής για την εξόφληση των δικαιούχων απαιτείται η προσκόμιση φωτοαντιγράφου σελίδας βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας, στις οποίες θα αναγράφονται το ονοματεπώνυμο και ο αριθμός IBAN του δικαιούχου, προκειμένου η εξόφληση να γίνεται απευθείας στον τραπεζικό λογαριασμό του.

3. Στο υπόδειγμα αίτησης που επισυνάπτεται στο παρόν και το οποίο είναι αναρτημένο στην ιστοσελίδα <http://www.hcg.gr> του Υπουργείου μας (Για τον πολίτη - διάφορα έντυπα και δικαιολογητικά - Υπόδειγμα αίτησης παρόχων υγειονομικής περίθαλψης), αναγράφονται όλα τα απαιτούμενα πεδία, των οποίων η συμπλήρωση είναι υποχρεωτική, προκειμένου να καθίσταται εφικτή η ενταλματοποίηση των δαπανών.

4. Παραμένουμε στη διάθεσή σας για κάθε διευκρίνιση ή πληροφορία.



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
Ο ΠΡΟΣΤΑΜΕΝΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

Ο Β' ΥΠΑΡΧΗΓΟΣ

ΑΝΤΙΝΑΥΑΡΧΟΣ ΔΣ
ΤΣΙΑΔΗΣ Δημήτριος

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ:

-Υπόδειγμα αίτησης (φ. 01)

ΣΤΑΝ ΣΤΙΣ ΟΥΔΗ

ΠΑΠΠΟΣ Γρηγόριος
ΑΝΟΥΠΑΣΠΙΣΤΗΣ Α.Σ.

Αριθ. Πρωτ.:

Ημερ. Παρ.:

ΑΙΤΗΣΗ ΠΑΡΟΧΟΥ ΥΓΕΙΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΙΣΧΥΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ ΑΠΟ / / ΕΩΣ / /

ΠΡΟΣ: Υπουργείο Ναυτιλίας και Αιγαίου/
Αρχηγείο Λιμενικού Σώματος -
Ελληνικής Ακτοφυλακής/
Υπηρεσία Υγειονομικού - Τμήμα 3ο

ΘΕΜΑ: Υποβολή Δικαιολογητικών
Υγειονομικής Περίθαλψης

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :

ΕΠΩΝΥΜΟ :

ΟΝΟΜΑ :

Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ :

ΠΕΡΙΟΧΗ :

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ :

ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ :

ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ : 69

Δ.Ο.Υ. :

Α.Φ.Μ. :

Α.Μ.Κ.Α. :

Α.Δ.Τ. :

ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΒΑΝ : GR

ΚΑΤ/ΜΑ ΤΡΑΠΕΖΑΣ :

E-mail :

Σας υποβάλλω αναλυτικές καταστάσεις (εις τριπλούν):

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Αγοράς Φαρμάκων |
| <input type="checkbox"/> | Ιατρικών Επισκέψεων |
| <input type="checkbox"/> | Ιατρικών Πράξεων |
| <input type="checkbox"/> | Παρακλινικών Εξετάσεων |
| <input type="checkbox"/> | Φυσικοθεραπειών |
| <input type="checkbox"/> | Λογοθεραπειών |
| <input type="checkbox"/> | Άλλο |

από / / έως / /
ποσού σε €
και παρακαλώ για την εξόφλησή τους.

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΝΤΑΙ:

(ΔΙΑΓΡΑΦΤΕ ΟΣΑ ΔΕΝ ΥΦΙΣΤΑΝΤΑΙ)

1. Αναλυτική Κατάσταση (εις τριπλούν) (φ. 03)
2. Εντολές (φ.)
3. Απόδειξη ή Τιμολόγιο με αριθ. (φ.)
4. Αντίγραφο Σύμβασης (φ.)
5. Υπεύθυνη Δήλωση (φ.)
6. Ιατρική Γνωμάτευση (φ.)
7. Γνωμάτευση ΑΝΥΕ (φ.)
8. Φωτ/φο Βιβλιαρίου Τραπεζής (φ.)

..... / /
(Τόπος)

..... / /
(Ημερομηνία)

Ο/Η Αιτ
(υπογραφή)

Επισυνάπτεται Φωτοαντίγραφο του Βιβλιαρίου Τραπεζικού Λογαριασμού μου ή Βεβαίωση Τραπεζής Τηρουμένου Λογαριασμού μου που αναγράφεται το IBAN.