



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός

Οργανισμός

Παροχής

Υπηρεσιών

Υγείας

[www.eopyy.gov.gr](http://www.eopyy.gov.gr)

Μαρούσι, 14/07/2017

## ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΕΟΠΥΥ

Στο πλαίσιο βελτίωσης της εξυπηρέτησης χρόνιων πασχόντων ασθενών, ο Οργανισμός παρέχει τη δυνατότητα παραλαβής φαρμάκων από τα Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ με τη διαδικασία «κατ' οίκον παράδοση φαρμάκων».

Η διαδικασία «κατ' οίκον παράδοση φαρμάκων» αναφέρεται σε περιπτώσεις που οι ασθενείς θα προσέρχονται στις εταιρείες ταχυμεταφοράς για την εξυπηρέτησή τους, με ιδία δαπάνη, χωρίς εμπλοκή του Οργανισμού και με νόμιμη εξουσιοδότηση, η οποία θα γίνεται στο όνομα του εκπροσώπου της εταιρείας Ταχυμεταφορών, θα είναι θεωρημένη από ΚΕΠ ή το οικείο Αστυνομικό Τμήμα του τόπου διαμονής των ασφαλισμένων και θα υπογράφουν οι ασφαλισμένοι.

Συνημμένα, παρατίθεται το έντυπο-εξουσιοδότηση ασφαλισμένων προς άλλο πρόσωπο εκτός συγγενή α' βαθμού, για παραλαβή φαρμάκων από Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ. Το έντυπο εξουσιοδότησης δύνανται να διαθέτουν στους ασθενείς και τα Φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ.

Έως σήμερα πιστοποιημένες εταιρείες ταχυμεταφοράς από τον Οργανισμό θεωρούνται οι ακόλουθες:

1. Εταιρεία ACS A.E.E.
2. AIDPLUSCARE
3. Εταιρεία BIOAXIS
4. Υπηρεσίες Ταχυμεταφορών «Αριστείδης-Χρήστος Πέτρου»
5. Ταχυμεταφορές ΕΛΤΑ Α.Ε.
6. ΠΙ & ΦΙ Ταχυμεταφορές Γεωργίου Γ. Ηλίας

**Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ**

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ**

## **ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ..... του  
..... ασφαλισμένος στο φορέα ..... με  
ΑΜΚΑ ..... και με Αριθμό Δελτίου Ταυτότητος  
.....

### **Εξουσιοδοτώ**

Τον/Την ..... νόμιμο εκπρόσωπο με  
Αριθμό Δελτίου Ταυτότητος ..... της εταιρείας  
..... όπως:

A) παραλάβει από εμένα και καταθέσει στο ΕΟΠΥΥ συνταγή φαρμάκων  
με αριθμό συνταγής/ών.....

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

στο όνομά μου, καθώς και το βιβλιάριο ασθενείας μου.

B) παραλάβει και μου παραδώσει τα φάρμακα επί της συνταγής από το  
Φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ και το βιβλιάριο ασθενείας που χρησιμοποιήθηκε  
κατά την εκτέλεση της συνταγής.

Επιπλέον δηλώνω ότι:

- 1) πάσχω από  α) χρόνια καρδιοπάθεια   
 β) χρόνιο αναπνευστικό πρόβλημα   
 γ) νόσημα που με έχει καταστήσει κλινήρη

σύμφωνα με την εγκύκλιο του ΕΟΠΥΥ και το ICD-10 της συνταγής,  
ή

2) διαμένω σε απόσταση άνω των 20 χλμ από το Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ  
(τόπος κατοικίας: .....),  
έχω προσυπογράψει όπισθεν της συνταγής και έχω παραδώσει το βιβλιάριο  
ασθενείας στον/στην ..... νόμιμο  
εκπρόσωπο της εταιρείας .....

Ημερομηνία:.....

Ο/Η Εξουσιοδοτ.....