

ΦΑΡΜΑΚΑ

Ο.Γ.Α.

Κωδ.Αριθ. Κοινότητας	
Αριθ. Πρωτοκόλλου	
Πληροφορίες	

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ/Π.Υ. ΟΓΑ.....

Δ/ναπ:

ΑΜ Ασφαλισμένου ή Συνταξιούχου	Α	ή	Σ	Κωδικός Μέλους*

ΑΜΚΑ	
-------------	--

ΑΦΜ	
------------	--

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ :

Επώνυμο _____
Όνομα _____
Πατρώνυμο _____

ΑΔΤ _____
Έτος Γέννησης _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ Συμπληρώνεται μόνο όταν ο Δικαιούχος είναι τρίτο πρόσωπο.

Επώνυμο _____
Όνομα _____
Πατρώνυμο _____

ΑΔΤ _____
Έτος Γέννησης _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Κωδ. Δήμου-Δημ. Δ/τος _____
Δήμος- Δημ. Διαμ/σμα _____
Διεύθυνση (οδός Αριθ.) _____
Οικισμός _____
Νομός _____
Ταχ. Κώδικας _____

Κωδ. Δήμου-Δημ. Δ/τος _____
Δήμος- Δημ. Διαμ/σμα _____
Διεύθυνση (οδός Αριθ.) _____
Οικισμός _____
Νομός _____
Ταχ. Κώδικας _____

Ο Αιτών και υπεύθυνα δηλών

Ο Ανταποκριτής ΟΓΑ

(Υπογραφή)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ:

1. Η πρωτότυπη συνταγή που δεν εκτελέστηκε στο ιδιωτικό φαρμακείο. Οι συνταγές που γίνονται αποδεκτές είναι οι ηλεκτρονικές συνταγές μέσω του συστήματος ΗΔΙΚΑ και οι χειρόγραφες συνταγές που έχουν συνταγογραφηθεί στο ενιαίου τύπου συνταγολόγιο (πράσινες συνταγές ΙΚΑ – FTAM)
2. Οι αντίστοιχες ταινίες γνησιότητας των φαρμάκων.
3. Η απόδειξη πληρωμής στο φαρμακείο.
4. Έγκριση από τον ελεγκτή ιατρό, όπου απαιτείται.
5. Φωτοαντίγραφο βιβλιαρίου υγείας του ασφαλισμένου από το οποίο να προκύπτουν τα στοιχεία του και η διάρκεια ισχύος του βιβλιαρίου.
6. Φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας βιβλιαρίου τραπεζής από το οποίο να προκύπτει ευκρινώς το όνομα του δικαιούχου και ο λογαριασμός IBAN.
7. ΑΦΜ και ΑΜΚΑ (συμπληρώνεται επί της αίτησας)

ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ Ο.Γ.Α.

Κωδικός	Περιγραφή	Μήνας	Έτος	Ποσότητα	Ποσό	Αντικώδικας
1.						
2.						
3.						