



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ: ΦΑΡΜΑΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ
ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Ταχ. Δ/ση: Απ. Παύλου 12, Μαρούσι
Ταχ. Κώδικας: 151 23
Πληροφορίες: Α. Πασχάλη
Τηλ.:210-8110575, Φαξ:210-8110544
E-mail:d6.t1@eopyy.gov.gr

Μαρούσι 8-5-2018

Αρ. Πρωτ: Γ32/οικ.18468

ΠΡΟΣ:

1. ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ & ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ
2. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΕΟΠΥΥ
3. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

ΘΕΜΑ: Διευκρινίσεις σχετικά με τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για το φάρμακο MAVENCLAD από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους ΕΟΠΥΥ.

Με το παρόν έγγραφο σας κοινοποιούμε πρότυπη γνωμάτευση για το φάρμακο MAVENCLAD κατόπιν σχετικών οδηγιών από την αρμόδια Επιτροπή Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού κόστους ΕΟΠΥΥ.

Προς διευκόλυνση και για αποφυγή ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων επισημαίνεται ότι απαιτείται μόνο η κατάθεση του προτύπου γνωμάτευσης με τα επισυναπτόμενα που αναφέρει για την εξέταση του φακέλου από την Επιτροπή, εκτός εάν ζητηθεί κατά περίπτωση επιπλέον διευκρίνιση από την Επιτροπή.

Συν/μένα φύλλα: 1

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΜΠΕΡΣΙΜΗΣ
Επ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Πειραιώς

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

- 1) ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΕΟΠΥΥ
- 2) ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΥ ΕΟΠΥΥ
- 3) ΓΡΑΦΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
- 4) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΟΠΥΥ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ ΣΥΝΤΑΓΩΝ (ΚΜΕΣ)
- 5) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΕΟΠΥΥ
ΤΜΗΜΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
- 6) ΥΠΕΔΥΦΚΑ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- 1) ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
 - α) ΓΡΑΦΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
 - β) ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΟΠΥΥ
- 2) ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ (ΜΕ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΕΠΟΠΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΤΟΥΣ)
- 3) ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΕΟΠΥΥ
- 4) ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
- 5) ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
- 6) ΗΔΙΚΑ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΜΑΒΕΝCLAD

<p>Εκδίδεται από: Σφραγίδα/υπογραφή ιατρού</p> <p>Τηλ. επικοινωνίας θεράποντος:</p>	<p>ΠΡΟΣ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ</p>
<p>Στοιχεία ασθενούς</p> <p>1.ΑΜΚΑ:</p> <p>2.Α.Μ.:</p> <p>3.ΤΑΜΕΙΟ:</p> <p>4.Επίθετο:</p> <p>Όνομα:</p> <p>5.Ημερομηνία Γέννησης:</p>	<p>Στοιχεία θεραπείας</p> <p>7. Πρόκειται για το φάρμακο:</p> <p>Να συμπληρωθούν εμπορική ονομασία, μορφή, περιεκτικότητα, οδός χορήγησης, δοσολογία, συνιστώμενη διάρκεια θεραπείας & προτεινόμενος αριθμός εμβολαγίων.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Έναρξη θεραπείας:</p> <p>Ή</p> <p>Συνέχιση Θεραπείας:</p>
<p>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</p> <p>6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης ΤΟΥ</p> <p>Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο.</p> <p>Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:</p>	<p>8. Προϋποθέσεις και Κριτήρια</p> <p>Διάγνωση/μορφή νόσου ICD-10:.....</p> <p>.....</p> <p>Επισυναπτόμενα:</p> <p>1.Βεβαιώσεις νοσηλείας - σχετικές καταχωρήσεις θεραπείας υποτροπών στο e-syntagografisis, που τεκμηριώνουν την /τις υποτροπές του προηγούμενου έτους.</p> <p>2.Μαγνητική/ές τομογραφίες (γνωματεύσεις) που τεκμηριώνουν την ενεργότητα της νόσου.</p> <p>Να καταχωρηθούν οι προηγούμενες θεραπείες που έχει λάβει ο ασθενής για το συγκεκριμένο νόσημα / αίτια μη χορήγησης, στα πλαίσια της τεκμηρίωσης εξάντλησης των διαθέσιμων αποζημιούμενων για τη νόσο θεραπειών.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ (ΟΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ)**Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ****Ημερομηνία****(σφραγίδα-υπογραφή)**