Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

22 Ιουλίου 2022

Αρ. Ανακοίνωσης: Α2022119

ΠΡΟΣ: ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ / ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ (ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ ΩΣ ΕΙΔΙΚΟΣ) (ΜΟΝΟ Παιδο-γαστροεντερολογία), ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΠΙ - Ενήλικες Παθολογία, ΠΙ - Παιδιά Παιδιατρική, ΠΙ - Ενήλικες Γηριατρική, ΠΙ - Ενήλικες Γενική Ιατρική,ΙΑΤΡΟΣ, ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΟΓΝΩΝ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΟΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΕΝΕΤΙΚΗ, ΦΥΣΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ.

Προμήθεια Αναλωσίμων Εντερικής Σίτισης με Παραχώρηση Συνοδού Εξοπλισμού με μορφή Χρησιδανείου

Ο Οργανισμός επιθυμεί να σας ενημερώσει για τη διαδικασία που αφορά στην προμήθεια **αναλωσίμων εντερικής σίτισης και παραχώρηση αντλίας σίτισης,** στα πλαίσια της εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

Ο δικαιούχος θα μπορεί να παραλαμβάνει τα εν λόγω ιατροτεχνολογικά προϊόντα/ αναλώσιμα όπως φαίνονται στο **Παράρτημα ΙΙ**, ως ακολούθως:

Α) Είδος 1: Αντλία Εντερικής Σίτισης (Ημερομηνία ένταξης στον κατάλογο**: 26/07/2022)**

Από το χώρο εγκαταστάσεων / γραφείων της Αναδόχου εταιρείας, **κατόπιν διευθέτησης ραντεβού,** με προσκόμιση του αριθμού έγκρισης (Authorisation No.) που θα του έχει δοθεί από το θεράποντα ιατρό (οι οδηγίες διαδικασίας έγκρισης ακολουθούν πιο κάτω).

Β) Είδος 2: Σετ εντερικής σίτισης
Από τα συμβεβλημένα με τον ΟΑΥ Ιδιωτικά Φαρμακεία εντός δέκα (10) ημερών από την ημερομηνία έκδοσης της συνταγής

Διαδικασία υποβολής απαίτησης, έγκρισης και παροχής αντλίας εντερικής σίτισης

1. Πριν την υποβολή αιτήματος προηγείται εκτενής αξιολόγηση του δικαιούχου για τον οποίο απαιτείται αντλία εντερικής σίτισης, ούτως ώστε να επιβεβαιωθεί ότι πληρούνται τα κριτήρια όπως περιγράφονται στο πρωτόκολλο για αίτηση προέγκρισης, καθώς επίσης και βεβαίωση από κλινικό διαιτολόγο, ο οποίος θα καταρτίσει πλάνο σίτισης για χρήση του με την αντλία σίτισης.

2. Το αίτημα υποβάλλεται μέσω του Συστήματος Πληροφορικής συμπληρώνοντας το έντυπο όπως φαίνεται στο Μέρος Α ή στο Μέρος Β της παρούσας ανακοίνωσης .

3. Το αίτημα παραχώρησης αντλίας συμπληρώνεται και υπογράφεται από τον ιατρό και υποβάλλεται στον Οργανισμό μέσω του Συστήματος Πληροφορικής. Για οδηγίες υποβολής του αιτήματος στο Σύστημα Πληροφορικής δείτε Συνημμένο Ι της παρούσας ανακοίνωσης (Οδηγίες Υποβολής Αιτήματος Προέγκρισης για την παραχώρηση Αντλίας Εντερικής Σίτισης).

4. Το αίτημα θα εξετάζεται από τον Οργανισμό και η απάντηση (έγκριση ή απόρριψη) θα αποστέλλεται μέσω Ειδοποίησης (Notification) του Συστήματος Πληροφορικής.

5. Σημειώνεται ότι, με την εν λόγω διαδικασία πρόκειται να αντικατασταθούν όλες οι υφιστάμενες αντλίες που είναι ήδη σε χρήση από του δικαιούχους (Μέρος Β). Για την εξέταση των αιτημάτων θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας με βάση την ημερομηνία αποστολής τους και θα δοθεί προτεραιότητα σε δικαιούχους χωρίς αντλία οι οποίοι θα πληρούν τα κριτήρια του εντύπου στο Μέρος Α.

6. Σε περίπτωση έγκρισης, θα έχετε τη δυνατότητα να συντογογραφήσετε την αντλία σίτισης μέσω του Καταλόγου Εξωνοσοκομειακών Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων/ Αναλωσίμων

7. Ειδοποιείστε το δικαιούχο για να παραλάβει:

   (α) **το Παράρτημα ΙΙ** της παρούσας ανακοίνωσης (Ενημερωτικό έντυπο προς δικαιούχους) ούτως ώστε να ενημερωθεί για τη σχετική διαδικασία και για το ποσό των πενήντα (€50,00) ευρώ που πρέπει να καταβάλει στην εταιρεία για την παραλαβή της αντλίας

   (β) τη συνταγή την οποία θα εκδώσετε και θα τυπώσετε

   (γ) το Authorisation No της έγκρισης για το οποίο θα ενημερώσει την εταιρεία για να γνωρίζει ότι εγκρίθηκε

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. Ανακοίνωσης: Α2022119 - **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΛΙΑΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

ΜΕΡΟΣ Α : ΕΝΑΡΞΗ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

Ονοματεπώνυμο Δικαιούχου: ……

Αριθμός Ταυτότητας: …… Ηλικία: …… Φύλο: ……

Κωδικός Δικαιούχου (ΓεΣΥ): ……

Θεράπων ιατρός: ……

Τηλέφωνο επικοινωνίας ιατρού:…… Fax ιατρού:……..

Ηλεκτρονική Διεύθυνση Ιατρού: ……

Στα πλαίσια του αιτήματος για την παραχώρηση αντλίας εντερικής σίτισης παρακαλείστε όπως συμπληρώσετε τους λόγους για τους οποίους ο δικαιούχος δεν ενδείκνυται να σιτιστεί με εφάπαξ σίτιση με δόσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα με αποτέλεσμα να χρειάζεται σίτιση με συνεχή ροή.

Να επισυναφθεί βεβαίωση κλινικού διαιτολόγου ότι καταρτίστηκε πλάνο σίτισης για χρήση αντλίας εντερικής σίτισης ☐

Ανάγκη για σίτιση με συνεχή ροή για τουλάχιστον έναν (1) από τους πιο κάτω λόγους :

1) Ύπαρξη σωλήνα εντερικής σίτισης για σίτιση στη νήστιδα π.χ. ρινονηστιδικός (NJ), νηστιδοστομία (PEJ), G-J tube ☐

ή

2) Ανάγκη για ολονύχτια σίτιση για περιπατητικούς ασθενείς:

α. με αυξημένες ανάγκες φυσιοθεραπείας,
β. παιδιά/φοιτητές με αυξημένες ενεργειακές ανάγκες που φοιτούν σε εκπαιδευτικά ιδρύματα

ή

3) Άλλες ενδείξεις που αφορούν στη **ΜΗ** ανοχή σίτισης εφάπαξ σε συνεννόηση με κλινικό διαιτολόγο. Παρακαλώ περιγράψτε

……

ΚΑΙ παρακαλώ εξηγήστε ποια διαδικασία προηγήθηκε που να αποδεικνύει ότι έχουν εξαντληθεί όλες οι επιλογές βελτιστοποίησης της εφαρμογής της σίτισης εφάπαξ:

……

……

……

Όνομα ιατρού και ειδικότητα: …….

Υπογραφή ιατρού: ……..

Ημερομηνία: ……..

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

ΜΕΡΟΣ Β : ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

Ονοματεπώνυμο Δικαιούχου: ……

Αριθμός Ταυτότητας: ..... Ηλικία: ..... Φύλο: .....

Κωδικός Δικαιούχου (ΓεΣΥ): .....

Θεράπων ιατρός: …….....

Τηλέφωνο επικοινωνίας ιατρού:…….. Fax ιατρού:……..

Ηλεκτρονική Διεύθυνση Ιατρού: .....

Βεβαιώνεται ότι ο/η πιο πάνω δικαιούχος με …… (να σημειωθεί η πάθηση) σιτίζεται με διατροφικά σκευάσματα εντερικής σίτισης μέσω αντλίας.

Όνομα ιατρού και ειδικότητα: …….

Υπογραφή ιατρού: ……..

Ημερομηνία: ……..

Αρ. Ανακοίνωσης: Α2022119 - **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ**

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΑΝΤΛΙΑΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

1. Ο ιατρός σας, έχει υποβάλει αίτημα για παραχώρηση αντλία εντερικής σίτισης και αφού σας ειδοποιήσει ότι έχετε εγκριθεί, μπορείτε να προμηθευτείτε την αντλία από το χώρο εγκαταστάσεων / γραφείων της εταιρείας, **A. Papaetis Services Ltd που βρίσκεται στη Λεωφόρο Αθαλάσσης 75, Chapo Tower, γραφείο 301, Λευκωσία, κατόπιν διευθέτησης ραντεβού**, με προσκόμιση του αριθμού έγκρισης (Authorisation No.) που θα σας έχει δοθεί από το θεράποντα ιατρό

2. Ενημερώνεστε ότι:
   - Κατά την παραλαβή της αντλίας θα πρέπει να καταβάλλετε το ποσό των €50,00 ευρώ στην εταιρεία
   - Η προμηθεύτρια εταιρεία υποχρεούται να διατηρεί επαρκές απόθεμα ανταλλακτικών εξαρτημάτων και να παρέχει διορθωτική συντήρηση και τεχνική υποστήριξη στο δικαιούχο καθ' όλη τη χρονική διάρκεια της σύμβασης.
   - Οποιαδήποτε βλάβη προκύψει και δεν είναι εξ υπαιτιότητας σας, τότε, όλα τα έξοδα που θα αφορούν τις επιδιορθωτικές ενέργειες, αγορά ανταλλακτικών / αναλωσίμων, θα επιδιορθώνεται από τον προμηθευτή μέσα στα πλαίσια της εργοστασιακής εγγύησης των δύο ετών
   - Σε περίπτωση που παρουσιαστεί βλάβη, ο προμηθευτής θα πρέπει να ανταποκριθεί άμεσα στο κάλεσμα του δικαιούχου, επτά ημέρες την εβδομάδα, συμπεριλαμβανομένων και των αργιών και συγκεκριμένα ως ακολούθως:

     (α) Αν η βλάβη παρουσιαστεί μεταξύ των 08:00 – 14:00 τότε ο προμηθευτής θα πρέπει να ανταποκριθεί άμεσα και όχι αργότερα από **είκοσι τέσσερεις (24) ώρες** από την ώρα που θα του γνωστοποιηθεί το πρόβλημα, μεταξύ των ωρών 08:00 – 18:00.

     (β) Αν η βλάβη παρουσιαστεί μεταξύ των ωρών 14:00 – 20:00 τότε ο προμηθευτής οφείλει να ανταποκριθεί άμεσα και όχι αργότερα από **είκοσι τέσσερεις (24) ώρες από την ώρα που θα του γνωστοποιηθεί το πρόβλημα**

     Στοιχεία επικοινωνίας της προμηθεύτριας εταιρείας A. Papaetis Services:

     κ. Μαρίνος Χριστοδούλου τηλ. 99428513

- Σε περίπτωση αδυναμίας μετάβασης στο χώρο εγκαταστάσεως των γραφείων της εταιρείας, για να παραδώσετε την αντλία για επιδιόρθωση, τότε η εταιρεία θα έρθει να την παραλάβει.
- Σε περίπτωση όπου, δεν θα είναι εφικτό η βλάβη να αποκατασταθεί επιτόπου, τότε, μέχρι την πλήρη αποκατάστασή της, ο προμηθευτής θα πρέπει να αντικαταστήσει την υφιστάμενη
  αντλία με άλλη αντλία.
- Για οποιαδήποτε ζημιά / βλάβη προκληθεί εξ υπαιτιότητας σας, η προμηθεύτρια εταιρεία δεν φέρει καμία ευθύνη και το κόστος επιδιόρθωσης θα βαραίνει εσάς το δικαιούχο.

- Ο προμηθευτής οφείλει να σας ενημερώσει για τις οδηγίες σωστής χρήσης της αντλίας, και να υπογράψετε έντυπο ότι έχετε αποκτήσει πλήρη αντίληψη για τον τρόπο χρήσης και συντήρησης του προϊόντος.

3. Όσον αφορά στα αναλώσιμα (σετ εντερικής σίτισης), θα τα προμηθεύεστε κατόπιν συνταγής του Προσωπικού σας Ιατρού από τα συμβεβλημένα με τον ΟΑΥ Ιδιωτικά Φαρμακεία εντός δέκα (10) ημερών από την ημερομηνία έκδοσης της συνταγής, αφού όμως πρώτα επικοινωνήσετε με το φαρμακείο έγκαιρα έτσι ώστε να προβεί στις δέουσες ενέργειες για να προμηθευτεί με τα εν λόγω αναλώσιμα.

Αρ. Ανακοίνωσης: Α2022119 - **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ**

ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΟΥ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ	ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ	ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΗΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ
EBS-W1-1200	EBS-W1-1200 ΣΕΤ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ENTERAL FEED SET 1200ML/ΙΦ	SINO MEDICAL-DEVICE TECHNOLOGY CO. LTD	A Papaetis Services Ltd	1 ΚΟΥΤΙ ΤΩΝ 25 ΤΕΜΑΧΙΩΝ	*Έκδοση συνταγής για Ιδιωτικά φαρμακεία*	ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ / ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ (ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ ΩΣ ΕΙΔΙΚΟΣ) (ΜΟΝΟ Παιδο-γαστροεντερολογία), ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ, ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΠΙ - Ενήλικες Παθολογία, ΠΙ - Παιδιά Παιδιατρική, ΠΙ - Ενήλικες Γηριατρική, ΠΙ - Ενήλικες Γενική Ιατρική,ΙΑΤΡΟΣ, ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΟΓΝΩΝ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΟΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΕΝΕΤΙΚΗ, ΦΥΣΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ
SN-600N	SN-600N ΑΝΤΛΙΑ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΓΙΑ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	SINO MEDICAL-DEVICE TECHNOLOGY CO. LTD	A Papaetis Services Ltd	1 ΤΕΜΑΧΙΟ	*Προμήθεια από γραφεία της Α. Papaetis Services Ltd. Δεν χορηγείται από φαρμακεία.*	ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΟΓΝΩΝ, ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ (ΕΙΔΙΚΟΙ), ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ (ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΣ ΩΣ ΕΙΔΙΚΟΣ), ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΟΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΕΝΕΤΙΚΗ, ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ (ΕΙΔΙΚΟΙ)