

θ. Αν ο λογαριασμός είναι μέχρι **1.500€** θα μπορεί να καλύπτει περίοδο μεγαλύτερη από ένα (1) μήνα, αλλά οπωσδήποτε μικρότερη των έξι (6) μηνών. Σ' αυτή τη περίπτωση θα υποβάλλονται καταστάσεις ανά μήνα.

ι. Η υποβολή του λογαριασμού θα αφορά συγκεκριμένη χρονική περίοδο και δεν θα επιτρέπεται η εκ νέου υποβολή εντολών της ίδιας περιόδου. Εξαιρείται η περίπτωση επιστραφέντων εντολών που επαναυποβάλλονται για επανέλεγχο.

Ακολουθεί καταχώρηση των εντολών ABN (συνταγών φαρμάκων) ως εξής (**Υπόδειγμα 3**): Αρίθμηση Α/Α

Ημερομηνία Εκτέλεσης Συνταγής

Αριθμός Ατομικού
Βιβλιαρίου Νοσηλείας
(ABN) Αριθμός Συνταγής

Αξία Συνταγής ανά Ποσοστό
Συμμετοχής (0% - 20% - 25%)
Συμμετοχή ασφαλισμένου

Συνολικό Αιτούμενου

Συμπλήρωση των κάτωθι:

Περίοδος Υποβολής : Από
..... Έως
Αριθμός και Αξία Τιμολογίου

Διαβιβαστικό ως (Υπόδειγμα 1)
Θέμα: Υποβολή Δικαιολογητικών
Υγειονομικής Περίθαλψης Προς : 350
ΠΚΒ/Υ.Υ./ΕΛΕΓΧΟΣ ΦΑΡΜΑΚ. ΔΑΠΑΝΩΝ