

ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ

ΠΡΟΣ:

Πίνακας Αποδεκτών

ΚΟΙΝ :

Δ' ΕΛΕΓΚΤΗΡΙΟ ΔΑΠΑΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ
Τηλεφ: 25410-34567
Φ.830/5/3005
Σ.50
Ξάνθη, 26 Φεβ 26

ΘΕΜΑ : Δαπάνες Στρατού

ΣΧΕΤ. : α. ΠΔ 62/2023 (ΦΕΚ Α'114)
β. Ν.5195/2025 (ΦΕΚ Α'73)
γ. Φ.758/62/47038/Σ.3099/28 Νοε 25/ IV ΤΑΞΥΠ/ΔΥΓ/4

1. Σας γνωρίζουμε σε συνέχεια του (γ) σχετικού, ότι από **01 Ιαν 26** οι συμβεβλημένοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης των ασφαλισμένων ΥΠΕΘΑ της Περιφέρειας Αν. Μακεδονίας – Θράκης , υποβάλουν τα δικαιολογητικά των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης απευθείας στο **Δ'ΕΛΔΑΠ/ΕΔΥΠ**.

2. Κατόπιν των παραπάνω και με βασική επιδίωξη τη διευκόλυνση και επιτάχυνση της διαδικασίας ελέγχου, εκκαθάρισης και πληρωμής των σχετικών δαπανών υπενθυμίζονται/ καθορίζονται τα παρακάτω:

α. Υποβολή των δικαιολογητικών, σε καφέ/άσπρο φάκελο αλληλογραφίας μεγέθους Α4 ή Α3, στην ακόλουθη διεύθυνση: Δ'ΕΛΔΑΠ , Στρδο «ΛΓΟΥ ΕΜΜ. ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ», Τέρμα 40 Εκκλησιών, ΤΚ 67100, Ξάνθη.

β. Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email): edypdeldap@gmail.com.

γ. Για πληροφορίες/ απορίες επί των υποβαλλόμενων δαπανών η επικοινωνία θα πραγματοποιείται αποκλειστικά από 13.00 έως 15.00. Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 2541034567.

δ. Στις υποβαλλόμενες δαπάνες που θα αποσταλούν στο Δ ΕΛΔΑΠ/ΕΔΥΠ από 01 Μαρ 2026 και εφεξής θα περιλαμβάνονται υποχρεωτικά και τα κάτωθι δικαιολογητικά:

(1) το **τιμολόγιο**, λαμβάνοντας υπόψη τις σχετικές διατάξεις για την υποχρέωση έκδοσης Ηλεκτρονικού Τιμολογίου (ΗΤ).

(2) φ/α της αντίστοιχης υπογεγραμμένης **σύμβασης** του παρόχου με την IV ΤΑΞΥΠ/ΔΥΓ.

(3) Υπεύθυνη δήλωση (έκδοση μέσω gov.gr) γνωστοποίησης του τραπεζικού λογαριασμού του δικαιούχου σε μορφή **IBAN**, όπως συνημμένο υπόδειγμα το οποίο σας αποστέλλουμε.

(4) Αντίγραφο της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου της Τράπεζας στην οποία τηρείται ο λογαριασμός ή από βεβαίωση της τράπεζας αυτής όταν δεν εκδίδεται βιβλιάριο.

(5) Φορολογική ενημερότητα, όταν το συνολικό ποσό της δαπάνης υπερβαίνει τα 1500€.

(6) Ασφαλιστική ενημερότητα, όταν το συνολικό ποσό της δαπάνης υπερβαίνει τα 3000€.

ε. Στοιχεία για την έκδοση Ηλεκτρονικού Τιμολογίου (ΗΤ):

(1) «Είδος Π/Υ»: Τακτικός

(2) «ΑΔΑ Ανάληψης»: - (θα συμπληρώνεται από το ΕΛΔΑΠ)

(3) «Κωδικός Αναθέτουσας Αρχής»: 1011.2020000000.0040

(4) «Τμήμα»: Δ'ΕΛΔΑΠ

(5) «Περιγραφή Μονάδος»: Δ'ΕΛΔΑΠ

(6) «Κωδικός Μονάδας»: 3592

στ. Για τις δαπάνες συμβεβλημένων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που αφορούν παραπεμπτικά επισκέψεων (και όχι πράξεις) οι σχετικές αναλυτικές και συγκεντρωτικές καταστάσεις να αποστέλλονται υποχρεωτικά και ηλεκτρονικά σε επεξεργάσιμη μορφή (excel) στο email: edypdeldap@gmail.com.

3. Ληφθεί υπόψη ότι, δεν μεταβιβάστηκαν στα ΕΛΔΑΠ ζητήματα που αφορούν στη σύναψη συμβάσεων με φυσικά και νομικά πρόσωπα για την υγειονομική περίθαλψη του Στρατιωτικού Προσωπικού. Καθώς επίσης ότι ο καθορισμός του είδους των παροχών υγειονομικής περίθαλψης που αναγνωρίζονται, των απαραίτητων δικαιολογητικών που επισυνάπτονται στις δαπάνες, του ύψους της αποζημίωσης ανά κατηγορία παροχής (αμοιβές ιατρών, εργαστηρίων, οδοντιατρείων, αναλώσιμου υλικού, φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων, κ.λ.π.) συνεχίζουν να εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του ΓΕΣ/ΔΥΓ και των υπαγόμενων σε αυτό φορέων.

4. Παρακαλούμε για την ορθή τήρηση των προαναφερθέντων από όλους τους συμβεβλημένους παρόχους δίδοντας ιδιαίτερη προσοχή κατά τη σύνταξη των αιτήσεων (ευανάγνωστα γράμματα, ορθή αναγραφή ΑΦΜ κ.α) καθώς και των σχετικών καταστάσεων (συχνά αριθμητικά λάθη κατά την άθροιση, λανθασμένες καταχωρήσεις σε πρώτες και δεύτερες επισκέψεις κ.α) ώστε να αποφεύγετε η άσκοπη επικοινωνία/αλληλογραφία, η δημιουργία εκκρεμοτήτων και η έκδοση πιστωτικών τιμολογίων με γνώμονα την επιτάχυνση των διαδικασιών ελέγχου, εκκαθάρισης και πληρωμής των υπόψη δαπανών.

5. Οι Ιατρικοί Σύλλογοι παρακαλούνται για την ενημέρωση των συμβεβλημένων με το ΥΠΕΘΑ μελών τους.

6. Χειριστής θέματος: Ταγματάρχης (Ο) Ρεντζιλιά Στεφανία, Προϊστάμενη Εκκαθάρισης Δ' ΕΛΔΑΠ, Τηλέφωνο Επικοινωνίας: 25410-34567.

Ακριβές Αντίγραφο

Αντισυνταγματάρχης (Ο) Γιαννούλα Καρασμάνη
Διευθύντρια

Ταγματάρχης (Ο) Στεφανία Ρεντζιλιά
Προϊσταμένη Εκκαθάρισης

ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

Αποδέκτες για Ενέργεια

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΞΑΝΘΗΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΚΑΒΑΛΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΡΑΜΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΡΟΔΟΠΗΣ

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΒΡΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΠΕΘΑ

Αποδέκτες για Πληροφορία

Δ' ΕΛΔΑΠ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :									
Ο - Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιότυπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):					

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Ζητώ κάθε χρηματικό ποσό που δικαιούμαι να εισπράξω από

Δ' ΕΛΔΑΠ να κατατίθεται στον τραπεζικό μου λογαριασμό.

Αριθμός λογαριασμού (IBAN): GR

Επωνυμία Τράπεζας:

ΑΦΜ:

Τηλέφωνα Επικοινωνίας:

Επισυνάπτεται φωτοτυπία βιβλιαρίου καταθέσεων:

(4)

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΟ
ΓΝΗΣΙΟ ΤΗΣ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ

Ημερομηνία:20.....

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

