

**ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ**

Συνάδελφοι, 11/1/2019

Μετά την ολοκλήρωση των διαπραγματεύσεων με την ασφαλιστική εταιρεία **Ευρωπαϊκή Πίστη** και σχετικά με την ανανέωση του ΟΜΑΔΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ Νο 3126 από 1/1/2019 έως και 31/12/2019 τα δεδομένα έχουν ως εξής :

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Ι ( Εργαζόμενοι )**

**ΠΑΡΟΧΕΣ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου από οποιαδήποτε αιτία, θα καταβάλλεται στους δικαιούχους ποσό | | | | | | | | | | | | | | | | | € 3.000 | | |
| **Β. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ & ΜΟΝΙΜΗΣ ΟΛΙΚΗΣ / ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Σε περίπτωση θανάτου ασφαλισμένου από ατύχημα θα καταβάλλεται στους δικαιούχους ποσό ίσο με | | | | | | | | | | | | | | | | | € 5.000 | |
| **ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ ΠΟΣΟ ΙΣΟ ΜΕ** | | | | | | | | | | | | | | | | | **€ 8.000** | |
| Σε περίπτωση Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από ατύχημα θα καταβάλλεται στον ασφαλισμένο ποσό ίσο με | | | | | | | | | | | | | | | | | € 5.000 | |
| Σε περίπτωση Μόνιμης Μερικής Ανικανότητας από ατύχημα θα καταβάλλεται στον ασφαλισμένο ποσοστό % ανάλογα με το βαθμό ανικανότητας. | | | | | | | | | | | | | | | | | € 5.000 | |
| **Γ. ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Σε περίπτωση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του ασφαλισμένου εξ΄ αιτίας ατυχήματος θα του καταβάλλεται το 100% των εξόδων (εντός - εκτός νοσοκομείου) κατά περίπτωση και μέχρι του ποσού των | | | | | | | | | | | | | | | | € 700 | | | |
| **Δ. ΕΥΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Έξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης μετά από υποχρεωτική χρήση του Φορέα Κύριας Ασφάλισης.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Καλύπτονται οι πραγματικές δαπάνες που έκανε ο ασφαλισμένος εντός Νοσοκομείου εξαιτίας ατυχήματος ή ασθενείας, μετά την αφαίρεση της συμμετοχής του Φορέα Κύριας Ασφάλισης και μέχρι τα επόμενα ανώτατα όρια.  Καλύπτονται : Έξοδα για Δωμάτιο & Τροφή , έξοδα χειρουργείου, αμοιβές ιατρών, χειρουργού, αναισθησιολόγου, ειδικά υλικά, χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς διανυκτέρευση, έξοδα επείγουσας υγειονομικής μεταφοράς στο Νοσοκομείο. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ανώτατο ετήσιο όριο κατ’ άτομο** | | | | | | | | | | | | | | | **€ 35.000** | | | | |
| Ανώτατο ποσό για Δωμάτιο & Τροφή την ημέρα | | | | | | | | | | | | | | | ΔΙΚΛΙΝΟ | | | | |
| Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευθεί σε θέση ανώτερη της αναγραφόμενης, θα επιβαρύνεται με το ποσό των € 150 για κάθε ημέρα νοσηλείας. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που μπορούν να νοσηλευθούν τα ασφαλισμένα μέλη** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ | | | ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 9, ΠΑΡΟΔΟΣ Δ .ΣΟΥΤΣΟΥ | | | | | | | 210-6416600 | | | | | | | | | |
| ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ | | | ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 7-9, ΠΑΡΟΔΟΣ Δ .ΣΟΥΤΣΟΥ | | | | | | | 210-8691900 | | | | | | | | | |
| ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ | | | Μ. ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΥ 15, ΑΘΗΝΑ | | | | | | | 210-6962600 | | | | | | | | | |
| ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΙΡΑΙΑ | | | ΦΙΛΕΛΛΗΝΩΝ 34, ΠΕΙΡΑΙΑΣ | | | | | | | 210-4582200 | | | | | | | | | |
| ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ | | | ΕΘΝ. ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΣ 54-56, ΧΑΛΑΝΔΡΙ | | | | | | | 210-6796000 | | | | | | | | | |
| ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ | | | ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ 86 | | | | | | | 2310-372600 | | | | | | | | | |
| EUROMEDICA-ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ | | | Μ. ΚΑΛΑΣ & ΓΡΑΒΙΑΣ 2, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ | | | | | | | 2310-895100 | | | | | | | | | |
| Με την προϋπόθεση ότι στην δαπάνη συμμετέχει άλλος Ασφαλιστικός Φορέας, (Δημόσιος ή Ιδιωτικός), καλύπτεται | | | | | | | το 90% του υπολοίπου των αναγνωρισμένων δαπανών | | | | | | | | | | | | |
| Οι Αμοιβές Χειρουργού & Αναισθησιολόγου σε κάθε περίπτωση αποζημιώνονται σε ποσοστό 90% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Εάν στην δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος Ασφαλιστικός Φορέας (Δημόσιος ή Ιδιωτικός), οι δαπάνες αποζημιώνονται σε ποσοστό 60%. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Επίσης τα ασφαλισμένα μέλη μπορούν να νοσηλευθούν στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ | ΕΘΝΑΡΧΟΥ ΜΑΚΑΡΙΟΥ 60 | | | | | | | 210-5799000 | | | | | | | | |
| ΙΑΤΡΙΚΟ Π. ΦΑΛΗΡΟΥ | ΑΡΕΩΣ 36, Π. ΦΑΛΗΡΟ | | | | | | | 210-9892100 | | | | | | | | |
| ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ | Λ. ΣΥΓΓΡΟΥ 356, ΚΑΛΛΙΘΕΑ | | | | | | | 210-9493000 | | | | | | | | |
| Με την προϋπόθεση ότι στην δαπάνη συμμετέχει άλλος Ασφαλιστικός Φορέας, (Δημόσιος ή Ιδιωτικός), καλύπτεται | | | | | το 80% του υπολοίπου των αναγνωρισμένων δαπανών | | | | | | | | | | | |
| Οι Αμοιβές Χειρουργού & Αναισθησιολόγου σε κάθε περίπτωση αποζημιώνονται σε ποσοστό 80% | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Εάν στην δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος Ασφαλιστικός Φορέας (Δημόσιος ή Ιδιωτικός), οι δαπάνες αποζημιώνονται σε ποσοστό 60%. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ακόμη σε περίπτωση νοσηλείας των ασφαλισμένων εκτός νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης σε ιδιωτικές κλινικές καλύπτεται το 80% των αναγνωρισμένων δαπανών.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ε. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ** | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Σε περίπτωση υποβολής του ασφαλισμένου σε χειρουργική επέμβαση σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική, θα του καταβληθεί το αντίστοιχο με την εκάστοτε περίπτωση ποσοστό % επί του ποσού των  σε συνδυασμό με το δείκτη σοβαρότητας χειρουργικών επεμβάσεων. | | | | | | | | | | | | | € 1.500 | | | |
| **ΣΤ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ** | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Σε περίπτωση νοσηλείας του ασφαλισμένου σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική, θα του καταβάλλεται για κάθε ημέρα νοσηλείας, α) Για ασθένεια επίδομα ίσο με  Β) Για ατύχημα ίσο με  και μέχρι 90 ημέρες κατά περίπτωση νοσηλείας. | | | | | | | | | | | | | € 20  € 30 | | | |
| **Ζ. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ** | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Υποχρεωτικά μέσω Συντονιστικού Κέντρου και Συμβεβλημένου Δικτύου, αποκλειστικά και περιοριστικά για περιπτώσεις που προκάλεσαν νοσηλεία του Ασφαλιζομένου, 60 ημέρες πριν την νοσηλεία και 60 ημέρες μετά από αυτήν, με έγκυρο παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΕΟΠΥΥ)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ανώτατο όριο παροχής ετησίως ανά άτομο | | | | | | | | | | € 1.000 | | | | | | |
| Συμμετοχή του Ασφαλισμένου στις δαπάνες | | | | | | | | | | 30% | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Η. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (CHECK-UP)** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Για τους ασφαλισμένους των νομών **Αττικής** και **Θεσσαλονίκης**, αποκλειστικά **στην ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ και στην ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**.  Για τους ασφαλισμένους που διαμένουν στους άλλους νομούς, μόνο μέσω του Συντονιστικού Κέντρου.  Το Πρόγραμμα περιλαμβάνει μόνο τις εξετάσεις που περιγράφονται παρακάτω, παρέχεται μια φορά κατ’ έτος, για όλους τους Ασφαλισμένους και δεν επιτρέπεται η διενέργεια μέρους των παρακάτω αναφερομένων εξετάσεων.  Οι Ασφαλισμένοι δεν συμμετέχουν στο κόστος του Προληπτικού Ελέγχου. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Γενική Αίματος  Γενική Ούρων  Σάκχαρο  Χοληστερίνη  Τριγλυκερίδια  Τ.Κ.Ε. | | | HDL - LDL  SGOT- SGPT  γ - GT  Ουρία  Ουρικό Οξύ  Κρεατινίνη | | | | | | | | | | | | | |
| **Θ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ Ι** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Για τους ασφαλισμένους** κύρια μέλη το μικτό μηνιαίο ασφάλιστρο ορίζεται σε **€ 36**  **Για ένα εξαρτώμενο μέλος** το μικτό μηνιαίο ασφάλιστρο ορίζεται σε **€ 27,50**  **Για δυο ή περισσότερα** εξαρτώμενα μέλη (2,3,4,5) το μικτό μηνιαίο ασφάλιστρο ορίζεται σε **€ 31** | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΙ ( Συνταξιούχοι )**

**ΠΑΡΟΧΕΣ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου από οποιαδήποτε αιτία, θα καταβάλλεται στους δικαιούχους ποσό | | | | | | | | | | | | | | | | | € 3.000 | | |
| **Β. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ & ΜΟΝΙΜΗΣ ΟΛΙΚΗΣ / ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Σε περίπτωση θανάτου ασφαλισμένου από ατύχημα θα καταβάλλεται στους δικαιούχους ποσό ίσο με | | | | | | | | | | | | | | | | | € 5.000 | |
| **ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ ΠΟΣΟ ΙΣΟ ΜΕ** | | | | | | | | | | | | | | | | | **€ 8.000** | |
| Σε περίπτωση Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας από ατύχημα θα καταβάλλεται στον ασφαλισμένο ποσό ίσο με | | | | | | | | | | | | | | | | | € 5.000 | |
| Σε περίπτωση Μόνιμης Μερικής Ανικανότητας από ατύχημα θα καταβάλλεται στον ασφαλισμένο ποσοστό % ανάλογα με το βαθμό ανικανότητας. | | | | | | | | | | | | | | | | | € 5.000 | |
| **Γ. ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Σε περίπτωση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του ασφαλισμένου εξ΄ αιτίας ατυχήματος θα του καταβάλλεται το 100% των εξόδων (εντός - εκτός νοσοκομείου) κατά περίπτωση και μέχρι του ποσού των | | | | | | | | | | | | | | | | € 700 | | | |
| **Δ. ΕΥΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Έξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης μετά από υποχρεωτική χρήση του Φορέα Κύριας Ασφάλισης.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Καλύπτονται οι πραγματικές δαπάνες που έκανε ο ασφαλισμένος εντός Νοσοκομείου εξαιτίας ατυχήματος ή ασθενείας, μετά την αφαίρεση της συμμετοχής του Φορέα Κύριας Ασφάλισης και μέχρι τα επόμενα ανώτατα όρια.  Καλύπτονται : Έξοδα για Δωμάτιο & Τροφή , έξοδα χειρουργείου, αμοιβές ιατρών, χειρουργού, αναισθησιολόγου, ειδικά υλικά, χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς διανυκτέρευση, έξοδα επείγουσας υγειονομικής μεταφοράς στο Νοσοκομείο. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ανώτατο ετήσιο όριο κατ’ άτομο** | | | | | | | | | | | | | | | **€ 35.000** | | | | |
| Ανώτατο ποσό για Δωμάτιο & Τροφή την ημέρα | | | | | | | | | | | | | | | ΔΙΚΛΙΝΟ | | | | |
| Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευθεί σε θέση ανώτερη της αναγραφόμενης, θα επιβαρύνεται με το ποσό των € 150 για κάθε ημέρα νοσηλείας. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που μπορούν να νοσηλευθούν τα ασφαλισμένα μέλη** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ | | | ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 9, ΠΑΡΟΔΟΣ Δ .ΣΟΥΤΣΟΥ | | | | | | | 210-6416600 | | | | | | | | | |
| ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ | | | ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 7-9, ΠΑΡΟΔΟΣ Δ .ΣΟΥΤΣΟΥ | | | | | | | 210-8691900 | | | | | | | | | |
| ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ | | | Μ. ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΥ 15, ΑΘΗΝΑ | | | | | | | 210-6962600 | | | | | | | | | |
| ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΙΡΑΙΑ | | | ΦΙΛΕΛΛΗΝΩΝ 34, ΠΕΙΡΑΙΑΣ | | | | | | | 210-4582200 | | | | | | | | | |
| ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ | | | ΕΘΝ. ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΣ 54-56, ΧΑΛΑΝΔΡΙ | | | | | | | 210-6796000 | | | | | | | | | |
| ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ | | | ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ 86 | | | | | | | 2310-372600 | | | | | | | | | |
| EUROMEDICA-ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ | | | Μ. ΚΑΛΑΣ & ΓΡΑΒΙΑΣ 2, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ | | | | | | | 2310-895100 | | | | | | | | | |
| Με την προϋπόθεση ότι στην δαπάνη συμμετέχει άλλος Ασφαλιστικός Φορέας, (Δημόσιος ή Ιδιωτικός), καλύπτεται | | | | | | | το 90% του υπολοίπου των αναγνωρισμένων δαπανών | | | | | | | | | | | | |
| Οι Αμοιβές Χειρουργού & Αναισθησιολόγου σε κάθε περίπτωση αποζημιώνονται σε ποσοστό 90% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Εάν στην δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος Ασφαλιστικός Φορέας (Δημόσιος ή Ιδιωτικός), οι δαπάνες αποζημιώνονται σε ποσοστό 60%. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Επίσης τα ασφαλισμένα μέλη μπορούν να νοσηλευθούν στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ | ΕΘΝΑΡΧΟΥ ΜΑΚΑΡΙΟΥ 60 | | | | | | | 210-5799000 | | | | | | | | |
| ΙΑΤΡΙΚΟ Π. ΦΑΛΗΡΟΥ | ΑΡΕΩΣ 36, Π. ΦΑΛΗΡΟ | | | | | | | 210-9892100 | | | | | | | | |
| ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ | Λ. ΣΥΓΓΡΟΥ 356, ΚΑΛΛΙΘΕΑ | | | | | | | 210-9493000 | | | | | | | | |
| Με την προϋπόθεση ότι στην δαπάνη συμμετέχει άλλος Ασφαλιστικός Φορέας, (Δημόσιος ή Ιδιωτικός), καλύπτεται | | | | | το 80% του υπολοίπου των αναγνωρισμένων δαπανών | | | | | | | | | | | |
| Οι Αμοιβές Χειρουργού & Αναισθησιολόγου σε κάθε περίπτωση αποζημιώνονται σε ποσοστό 80% | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Εάν στην δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος Ασφαλιστικός Φορέας (Δημόσιος ή Ιδιωτικός), οι δαπάνες αποζημιώνονται σε ποσοστό 60%. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ακόμη σε περίπτωση νοσηλείας των ασφαλισμένων εκτός νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης σε ιδιωτικές κλινικές καλύπτεται το 80% των αναγνωρισμένων δαπανών.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ε. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ** | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Σε περίπτωση υποβολής του ασφαλισμένου σε χειρουργική επέμβαση σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική, θα του καταβληθεί το αντίστοιχο με την εκάστοτε περίπτωση ποσοστό % επί του ποσού των  σε συνδυασμό με το δείκτη σοβαρότητας χειρουργικών επεμβάσεων. | | | | | | | | | | | | | € 1.500 | | | |
| **ΣΤ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ** | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Σε περίπτωση νοσηλείας του ασφαλισμένου σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική, θα του καταβάλλεται για κάθε ημέρα νοσηλείας, α)Για ασθένεια επίδομα ίσο με  Β)Για ατύχημα ίσο με  και μέχρι 90 ημέρες κατά περίπτωση νοσηλείας. | | | | | | | | | | | | | € 20  € 30 | | | |
| **Ζ. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ** | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Υποχρεωτικά μέσω Συντονιστικού Κέντρου και Συμβεβλημένου Δικτύου, αποκλειστικά και περιοριστικά για περιπτώσεις που προκάλεσαν νοσηλεία του Ασφαλιζομένου, 60 ημέρες πριν την νοσηλεία και 60 ημέρες μετά από αυτήν, με έγκυρο παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΕΟΠΥΥ)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ανώτατο όριο παροχής ετησίως ανά άτομο | | | | | | | | | | € 1.000 | | | | | | |
| Συμμετοχή του Ασφαλισμένου στις δαπάνες | | | | | | | | | | 30% | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Η. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (CHECK-UP)** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Για τους ασφαλισμένους των νομών **Αττικής** και **Θεσσαλονίκης**, αποκλειστικά **στην ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ και στην ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**.  Για τους ασφαλισμένους που διαμένουν στους άλλους νομούς, μόνο μέσω του Συντονιστικού Κέντρου.  Το Πρόγραμμα περιλαμβάνει μόνο τις εξετάσεις που περιγράφονται παρακάτω, παρέχεται μια φορά κατ’ έτος, για όλους τους Ασφαλισμένους και δεν επιτρέπεται η διενέργεια μέρους των παρακάτω αναφερομένων εξετάσεων.  Οι Ασφαλισμένοι δεν συμμετέχουν στο κόστος του Προληπτικού Ελέγχου. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Γενική Αίματος  Γενική Ούρων  Σάκχαρο  Χοληστερίνη  Τριγλυκερίδια  Τ.Κ.Ε. | | | HDL - LDL  SGOT- SGPT  γ - GT  Ουρία  Ουρικό Οξύ  Κρεατινίνη | | | | | | | | | | | | | |
| **Θ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΙΙ (Συνταξιουχοι)** | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Για τους ασφαλισμένους** το μικτό μηνιαίο ασφάλιστρο ορίζεται σε **€ 41**  **Για ένα εξαρτώμενο μέλος** το μικτό μηνιαίο ασφάλιστρο ορίζεται σε **€ 27,50**  **Για δυο ή περισσότερα** εξαρτώμενα μέλη (2,3,4,5) το μικτό μηνιαίο ασφάλιστρο ορίζεται σε **€ 31** | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΙΙΙ**

**(Συνταξιούχοι Ηλικίας από 70 έως και 80 ετών)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α. ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ** | | | | | |  | |
| Σε περίπτωση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του ασφαλισμένου εξ΄ αιτίας ατυχήματος θα του καταβάλλεται το 100% των εξόδων (εντός - εκτός νοσοκομείου) κατά περίπτωση και μέχρι του ποσού των | | | | | | € 700 | |
| **Β. ΕΥΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ** | | | |  | | | |
| **Έξοδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης μετά από υποχρεωτική χρήση του Φορέα Κύριας Ασφάλισης.** | | | | | | |
| Καλύπτονται οι πραγματικές δαπάνες που έκανε ο ασφαλισμένος εντός Νοσοκομείου εξαιτίας ατυχήματος ή ασθενείας, μετά την αφαίρεση της συμμετοχής του Φορέα Κύριας Ασφάλισης και μέχρι τα επόμενα ανώτατα όρια.  Καλύπτονται : Έξοδα για Δωμάτιο & Τροφή , έξοδα χειρουργείου, αμοιβές ιατρών, χειρουργού, αναισθησιολόγου, ειδικά υλικά, χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς διανυκτέρευση, έξοδα επείγουσας υγειονομικής μεταφοράς στο Νοσοκομείο. | | | | | | | |
| **Ανώτατο ετήσιο όριο κατ’ άτομο** | | | | | **€ 12.000** | | |
| Ανώτατο ποσό για Δωμάτιο & Τροφή την ημέρα | | | | | ΔΙΚΛΙΝΟ | | |
| Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευθεί σε θέση ανώτερη της αναγραφόμενης, θα επιβαρύνεται με το ποσό των € 150 για κάθε ημέρα νοσηλείας. | | | | | | | |
| **Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που μπορούν να νοσηλευθούν τα ασφαλισμένα μέλη** | | | | | | | |
| ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ | ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 9, ΠΑΡΟΔΟΣ Δ .ΣΟΥΤΣΟΥ | | 210-6416600 | | | | |
| ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ | ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 7-9, ΠΑΡΟΔΟΣ Δ .ΣΟΥΤΣΟΥ | | 210-8691900 | | | | |
| ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ | Μ. ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΥ 15, ΑΘΗΝΑ | | 210-6962600 | | | | |
| ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΙΡΑΙΑ | ΦΙΛΕΛΛΗΝΩΝ 34, ΠΕΙΡΑΙΑΣ | | 210-4582200 | | | | |
| ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ | ΕΘΝ. ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΣ 54-56, ΧΑΛΑΝΔΡΙ | | 210-6796000 | | | | |
| ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ | ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ 86 | | 2310-372600 | | | | |
| EUROMEDICA-ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ | Μ. ΚΑΛΑΣ & ΓΡΑΒΙΑΣ 2, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ | | 2310-895100 | | | | |
| Με την προϋπόθεση ότι στην δαπάνη συμμετέχει άλλος Ασφαλιστικός Φορέας, (Δημόσιος ή Ιδιωτικός), καλύπτεται | | το 90% του υπολοίπου των αναγνωρισμένων δαπανών | | | | | |
| Οι Αμοιβές Χειρουργού & Αναισθησιολόγου σε κάθε περίπτωση αποζημιώνονται σε ποσοστό 90% | | | | | | | |
| Εάν στην δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος Ασφαλιστικός Φορέας (Δημόσιος ή Ιδιωτικός), οι δαπάνες αποζημιώνονται σε ποσοστό 60%. | | | | | | | |
| **Επίσης τα ασφαλισμένα μέλη μπορούν να νοσηλεύονται στα συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα** | | | | | | | |
| ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ | ΕΘΝΑΡΧΟΥ ΜΑΚΑΡΙΟΥ 60 | | 210-5799000 | | | | |
| ΙΑΤΡΙΚΟ Π. ΦΑΛΗΡΟΥ | ΑΡΕΩΣ 36, Π. ΦΑΛΗΡΟ | | 210-9892100 | | | | |
| ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ | Λ. ΣΥΓΓΡΟΥ 356, ΚΑΛΛΙΘΕΑ | | 210-9493000 | | | | |
| Με την προϋπόθεση ότι στην δαπάνη συμμετέχει άλλος Ασφαλιστικός Φορέας, (Δημόσιος ή Ιδιωτικός), καλύπτεται | | το 80% του υπολοίπου των αναγνωρισμένων δαπανών | | | | | |
| Οι Αμοιβές Χειρουργού & Αναισθησιολόγου σε κάθε περίπτωση αποζημιώνονται σε ποσοστό 80% | | | | | | | |
| Εάν στην δαπάνη δεν συμμετέχει άλλος Ασφαλιστικός Φορέας (Δημόσιος ή Ιδιωτικός), οι δαπάνες αποζημιώνονται σε ποσοστό 60%. | | | | | | | |
| **Στις Ιδιωτικές Κλινικές εκτός νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης καλύπτεται το 80% των αναγνωρισμένων δαπανών.** | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Γ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ** | |  | |
| Σε περίπτωση υποβολής του ασφαλισμένου σε χειρουργική επέμβαση σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική, θα του καταβληθεί το αντίστοιχο με την εκάστοτε περίπτωση ποσοστό % επί του ποσού των  σε συνδυασμό με το δείκτη σοβαρότητας χειρουργικών επεμβάσεων. | | € 1.500 | |
|  | |  | |
| **Δ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ** | |  | |
| Σε περίπτωση νοσηλείας του ασφαλισμένου σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή Κλινική, θα του καταβάλλεται για κάθε ημέρα νοσηλείας,  α) Για ασθένεια επίδομα ίσο με € 20  β) Για ατύχημα επίδομα ίσο με € 30  και μέχρι 90 ημέρες κατά περίπτωση νοσηλείας. | |  | |
| **Θ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΙΙΙ**  **( Πάνω από 70 έως 80 ετών )** |  | |
| **Για τους ασφαλισμένους** το μικτό μηνιαίο ασφάλιστρο ορίζεται σε **€ 54**  **Για ένα εξαρτώμενο μέλος** το μικτό μηνιαίο ασφάλιστρο ορίζεται σε **€ 27,50**  **Για δυο ή περισσότερα** εξαρτώμενα μέλη (2,3,4,5) το μικτό μηνιαίο ασφάλιστρο ορίζεται σε **€ 31** | | |

**ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ, ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΜΙΑ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ**

**ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ**  **Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού:** | **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ**  **Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού:** |
| Δωρεάν ιατρικές επισκέψεις στους εφημερεύοντες ιατρούς του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών. Ειδικότητες: Παθολόγος, Καρδιολόγος, Χειρουργός, Ορθοπεδικός. | Δωρεάν ιατρικές επισκέψεις στους εφημερεύοντες ιατρούς. Ειδικότητες: Παιδίατρος, Παιδοχειρουργός όλο το 24ωρο, Ορθοπεδικός, ΩΡΛ, Δευτέρα – Παρασκευή 9:00-19:00. |
| Δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις αξίας € 400 ανά περιστατικό. Σε περίπτωση που η αξία των εξετάσεων υπερβεί τα € 400, παρέχεται χρέωση σε προνομιακό εκπτωτικό τιμοκατάλογο. | Δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις αξίας € 200 ανά περιστατικό. Σε περίπτωση που η αξία των εξετάσεων υπερβεί τα € 200 παρέχεται χρέωση σε προνομιακό εκπτωτικό τιμοκατάλογο. |
| Δωρεάν υγειονομικό υλικό και φάρμακα αξίας μέχρι € 50 για τις αναγκαίες ιατρικές πράξεις. | Εξαιρούνται ενδοσκοπικές πράξεις (φάρμακα, ειδικά υλικά, υγειονομικό υλικό και αμοιβές γιατρών). |
| Δωρεάν απεριόριστες προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις (με ραντεβού) για τις ιατρικές ειδικότητες: Παθολόγου, Καρδιολόγου, Χειρουργού, Ορθοπεδικού, ΩΡΛ, Οφθαλμίατρου, Δερματολόγου, Ενδοκρινολόγου, Νευρολόγοςυ Γυναικολόγου, Ουρολόγου, Γαστρεντερολόγου, Πνευμονολόγου και Νευροχειρουργού, στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία. | Απεριόριστες προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις (με ραντεβού) για όλες τις ιατρικές ειδικότητες της κλινικής, στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, στην τιμή των € 30 για τους Επιμελητές και € 50 για Διευθυντές, από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή. Επίσκεψη σε Αναπτυξιολόγο στην τιμή των € 60. |
| Προγραμματισμένες διαγνωστικές εξετάσεις, με ραντεβού, στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία της κλινικής, σε προνομιακό εκπτωτικό τιμοκατάλογο. | Δωρεάν υγειονομικό υλικό και φάρμακα αξίας μέχρι € 50 για τις αναγκαίες ιατρικές πράξεις. |
|  | Προγραμματισμένες διαγνωστικές εξετάσεις, με ραντεβού, στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία της κλινικής, σε προνομιακό εκπτωτικό τιμοκατάλογο. |

**ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ, ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΜΙΑ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ**

**ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ**

Πέραν των αναφερομένων, ο Όμιλος **ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ** παρέχει την δυνατότητα πραγματοποίησης διαγνωστικών εξετάσεων (αποκλειστικά αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις) χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου, απαραιτήτως με την προσκόμιση έγκυρου παραπεμπτικού ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ΕΟΠΥΥ. Οι διαγνωστικές εξετάσεις πραγματοποιούνται στο Πολυιατρείο της ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ Αθηνών «**Σημείο ΔΥΟ**», επί της οδού, Αναστασίου Τσόχα 24 & Δημητρίου Σούτσου 37.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΟΜΙΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ**  **Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού:** | **ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ**  **Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού:** | **ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ**  **(ΑΘΗΝΑ–ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ-ΠΕΙΡΑΙΑ)**  **Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού:** |
| Δωρεάν ιατρικές επισκέψεις στους εφημερεύοντες ιατρούς του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών των κλινικών του Ομίλου. Ειδικότητες: Παθολόγος, Καρδιολόγος, Χειρουργός και Ορθοπεδικός και Παιδίατρος και Παιδοχειρουργός. | Δωρεάν ιατρικές επισκέψεις στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών της Κλινικής και ΗΚΓ.  Δωρεάν εξέταση στο Αναισθησιολογικό Ιατρείο.  Δωρεάν διενέργεια προεγχειρητικού ελέγχου. | Δωρεάν ιατρικές επισκέψεις στους εφημερεύοντες ιατρούς του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών των κλινικών ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ & ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (Παθολόγος, Καρδιολόγος, και Γενικός Χειρουργός) |
| Δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις αξίας € 400 ανά περιστατικό για τους ενήλικες και € 500 ετησίως για τα παιδιά. Σε περίπτωση που η αξία των εξετάσεων υπερβεί τα αναφερόμενα ποσά, οι εξετάσεις θα τιμολογούνται σε ειδικό εκπτωτικό τιμοκατάλογο. | Δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις αξίας € 300 ανά περιστατικό. | Δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις αξίας € 400 ανά περιστατικό. Σε περίπτωση που η αξία των εξετάσεων υπερβεί τα € 400, παρέχεται έκπτωση 50% επί του ιδιωτικού τιμοκαταλόγου. |
| Εξαιρούνται ενδοσκοπικές πράξεις, φάρμακα, ειδικά υλικά, υγειονομικό υλικό και αμοιβές γιατρών. | Απεριόριστες προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις (με ραντεβού) σε καρδιολόγο, στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, στην τιμή των € 50. | Εξαιρούνται ενδοσκοπικές πράξεις (φάρμακα, ειδικά υλικά, υγειονομικό υλικό και αμοιβές γιατρών). |
| Παρέχεται έκπτωση 25% για όλες τις ιατρικές πράξεις. | Ειδικές προνομιακές τιμές για συγκεκριμένες εξετάσεις, όπως : Αξονική Καρδιάς (€ 270), Stress-Echo (€ 145), Lipotest (€ 54), Tilt-test (€ 80). | Δωρεάν απεριόριστες προγραμματισμένες ιατρικές επισκέψεις (με ραντεβού) για τις ειδικότητες Παθολόγος, Καρδιολόγος, Γενικός Χειρουργός, Ορθοπεδικός, ΩΡΛ & Ουρολόγος των κλινικών Αθήνας, Πειραιά & Θεσσαλονίκης, στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία.  Οι ιατρικές επισκέψεις στις λοιπές ειδικότητες, παρέχονται στην τιμή των € 20 ανά επίσκεψη. |
| Δωρεάν μεταφορά με ασθενοφόρο, σε Αττική και Θεσσαλονίκη, σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού και εφόσον προκύψει ανάγκη νοσηλείας. |  | Δωρεάν υγειονομικό υλικό και φάρμακα αξίας μέχρι € 30 για τις αναγκαίες ιατρικές πράξεις. |
| Προγραμματισμένες διαγνωστικές εξετάσεις, με ραντεβού, στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής, σε ειδικό εκπτωτικό τιμοκατάλογο. |  | Δωρεάν μεταφορά με ασθενοφόρο (εντός νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης) σε περίπτωση έκτακτου περιστατικού και εφόσον προκύψει νοσηλεία. |