



Προς Καθηγητές / Καθηγήτριες
Σχολείων Μέσης Γενικής και Τεχνικής Εκπαίδευσης

Θέμα: Ομαδικό Σχέδιο Παροχής Ιατροφαρμακευτικής Περιθαλψης

Αγαπητοί συνάδελφοι,
Όπως γνωρίζετε η ΟΕΛΜΕΚ έχει επιλέξει την Ασφαλιστική Εταιρεία «ΚΟΣΜΟΣ» για το Ομαδικό Σχέδιο Παροχής Ιατροφαρμακευτικής Περιθαλψης, το οποίο **έχει τεθεί σε λειτουργία από 1^η Νοεμβρίου 2009.**

Πληροφορούμε τους εκπαιδευτικούς εκείνους που έχουν ήδη υποβάλει αίτηση για να συμμετάσχουν στο εν λόγω σχέδιο τα εξής:

- 1) Όταν επισκέπτονται τον ιατρό τους (είτε στο νοσοκομείο είτε στην κλινική) πρέπει απαραίτητα να προσκομίζουν μαζί τους το έντυπο **«ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ»** για να συμπληρώνεται από τον ιατρό (επισυνάπτεται ως Παράρτημα). Το έντυπο αυτό μπορείτε να το βρείτε στην ιστοσελίδα της ΟΕΛΜΕΚ (www.oelmek.com.cy) και να το πολλαπλασιάσετε για δική σας χρήση.

Στη συνέχεια το έντυπο αυτό και οποιαδήποτε άλλα σχετικά με ιατρικές εξετάσεις και αποδείξεις, θα πρέπει να αποστέλλονται στην ΟΕΛΜΕΚ η οποία με τη σειρά της θα τα διαβιβάζει στην «ΚΟΣΜΟΣ».

- 2) Υπογραμμίζουμε ότι σε περίπτωση προγραμματισμένης εισαγωγής Ασφαλισμένων σε Νοσοκομείο ή Κλινική, **θα πρέπει ο ασθενής να ενημερώνει την Ασφαλιστική Εταιρεία 48 ώρες πριν την ημερομηνία εισαγωγής,** έτσι ώστε η διαπραγμάτευση για τις πληρωμές να γίνεται απ' ευθείας από την Ασφάλεια Εταιρεία για δική σας ευκολία.

- 3) Οι εκπαιδευτικοί που συμμετέχουν στο σχέδιο αυτό, θα πρέπει να ενημερώσουν ηλεκτρονικά την εταιρεία «ΚΟΣΜΟΣ», το συντομότερο δυνατόν, για τον τραπεζικό λογαριασμό τους και την Τράπεζα στην οποία η Εταιρεία θα καταθέτει τις αποζημιώσεις τους (επιστρεφόμενο ποσό) στην ηλεκτρονική διεύθυνση:
Denise.Andreou@CosmosInsurance.com.cy

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Όπως γνωρίζετε, η Οργάνωσή μας έχει καταβάλει πολλές προσπάθειες, για να ικανοποιήσει το χρόνιο αυτό αίτημα πολλών εκπαιδευτικών για ομαδικό σχέδιο Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης, πράγμα το οποίο έχει πετύχει. Θεωρούμε ότι το σχέδιο αυτό είναι από τα καλύτερα που υπάρχουν στην Κύπρο και αξίζει τον κόπο να ενημερωθείτε για τις λεπτομέρειές του, μέσω της ιστοσελίδας μας (www.oelmek.com.cy). Είμαστε στη διάθεσή σας για οποιεσδήποτε πληροφορίες.

Ιδιαίτερα κάνουμε έκκληση όπως αναγνώσετε λεπτομερώς τις επεξηγήσεις του σχεδίου αυτού και τις σχετικές διαδικασίες τις οποίες μπορείτε και πάλι να βρείτε στην ιστοσελίδα της ΟΕΛΜΕΚ.

Η Πρόεδρος

Ελένη Σεμελίδου
Λευκωσία, 2 Νοεμβρίου 2009.
Αρ. πρωτ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ(2 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2009)

Ο Γεν. Γραμματέας

Κώστας Χατζησάββας

Τ.Κ. 22159, 1518 ΛΕΥΚΩΣΙΑ
ΤΗΛ. 22- 378480 , 22-379590
ΦΑΞ. 22-379430, 22-379550
E-MAIL: info@oelmek.com.cy

ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου Αρ. Συμβολαίου
Όνομα Ασθενή Ημ. Γέννησης Ημ. Ασφάλισης

ΜΕΡΟΣ Ι. Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

Ο υπογεγραμμένος ιατρός ειδικότητας εξέτασα σήμερα τον/την
 και διέγνωσα

Όνομα ιατρού	Τηλέφωνο	Ημερομηνία	Υπογραφή
--------------	----------	------------	----------

ΜΕΡΟΣ ΙΙ. ΣΥΝΤΑΓΗ ΓΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ – Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

1. 2. 3.
4. 5. 6.

Παρακαλούμε όπως επισυναφθεί η σχετική απόδειξη πληρωμής φαρμάκων.

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ. ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ – Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

1. 2. 3. 4.
5. 6. 7. 8.

Παρακαλούμε όπως επισυναφθούν η σχετική απόδειξη πληρωμής αναλύσεων και τα αποτελέσματα.

ΜΕΡΟΣ ΙV. ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ – Συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό

1. 2. 3. 4.
5. 6. 7. 8.

Παρακαλούμε όπως επισυναφθούν η σχετική απόδειξη πληρωμής ακτινογραφιών, οι ακτινογραφίες ή MRI ή ULTRA SOUND και η σχετική έκθεση αυτών.

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ ΚΑΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου Αρ. Συμβολαίου
Όνομα Ασθενή Ημ. Γέννησης Συγγένεια Ημ. Ασφάλισης

ΠΑΘΗΣΗ - Διάγνωση

(Αν πρόκειται για ατύχημα και προκλήθηκαν σωματικές βλάβες, αναφέρετε πού και πώς συνέβηκε)

Ημερομηνία εμφάνισης συμπτωμάτων της ασθένειας για πρώτη φορά

Έχετε αρρωστήσει στο παρελθόν από την ίδια αιτία; Αν ναι, πότε;

Όνοματεπώνυμο θεράποντος Ιατρού Ημ. Εξέτασης

Με το παρόν δηλώνω ότι απ' όσα γνωρίζω οι πιο πάνω απαντήσεις είναι σωστές και αληθινές και εξουσιοδοτώ όλους τους ιατρούς ή άλλα πρόσωπα τα οποία με περιθάλψαν και όλα τα νοσοκομεία ή άλλα Ιδρύματα ή ασφαλιστικές εταιρείες, όπως παρέχουν πλήρεις πληροφορίες σχετικά με την παρούσα απαίτηση προς την ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ, εφόσον ζητηθούν από αυτή.

Ημερομηνία Υπογραφή ασφαλισμένου Ημερομηνία Υπογραφή συμβαλλομένου