



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ : YGEIAS3
ΟΝΟΜΑ : YGEIAS3
Α.Μ.Κ.Α. : 25033400075
Ε.Τ.Α.Α. : 999127
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ
ΜΟΝΑΔΑ : Ιδιωτικό ιατρείο

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΗΝΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ :
ΟΝΟΜΑ :
Α.Μ.Κ.Α. :
Α.Μ.Α. :
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :
ΤΗΛΕΦΩΝΟ :

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : D69.0 / J30.1 Αλλεργική ρινίτιδα που οφείλεται στη γύρη / D72.1 / H01.1 Μη λοιμώδεις δερματοπάθειες των βλεφάρων / H65.1 Άλλη οξεία μη πυώδης μέση ωτίτιδα / H65.4 Άλλη χρόνια μη πυώδης μέση ωτίτιδα / J40 Βρογχίτιδα, που δεν καθορίζεται ως οξεία ή χρόνια / L24.4 Ερεθιστική δερματίτιδα από επαφή που οφείλεται σε φάρμακα που έρχονται σε επαφή / L23.8 Αλλεργική δερματίτιδα από επαφή που οφείλεται σε άλλους παράγοντες / L23.7 Αλλεργική δερματίτιδα από επαφή που οφείλεται σε φυτά, εκτός από τρόφιμα /

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ

Σύν.	Ποσότητα (πεμάκια)	Τιμή (€)		Σύνολο (€)	Διαφορά (€)	Συμμετοχή (€)	
		Μονάδος	Αποδ. Ασφ.			Ασφ/νου	Ταμείου
DUPHALAC SYR 3,335G/5ML FLX300 ML (Πρωτότυπο) ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ : 20 ΣΠΟΡΙΓΙ ML x 4 φορές την ημέρα x 30 ημέρες	25%	7	3,86	3,86	27,02	0,00	6,76 20,26
DUMYROX F.C.TAB 100MG/TAB BTx30 (BLIST 2x15) (Πρωτότυπο σε θεραπευτική κατηγορία χωρίς γενόσημο) ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ : 5 ΔΙΣΚΙΑ ΕΠΙΚΑΛ x 4 φορές την ημέρα x 20 ημέρες	25%	2	6,99	4,68	9,36	4,62	2,34 7,02
KLARICID F.C.TAB 250MG/TAB BTx12 (Πρωτότυπο σε θεραπευτική κατηγορία με γενόσημο) ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ : 9 ΔΙΣΚΙΑ ΕΠΙΚΑΛ x 4 φορές την ημέρα x 20 ημέρες	25%	2	4,96	3,16	6,32	3,60	1,58 4,74
TEVETEN F.C.TAB 600MG/TAB BTx28(BLISTPVC/ACLAR (Πρωτότυπο σε θεραπευτική κατηγορία χωρίς γενόσημο) ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ : 1 ΔΙΣΚΙΑ ΕΠΙΚΑΛ x 1 φορά την ημέρα x 10 ημέρες	25%	1	14,13	5,80	5,80	8,33	1,45 4,35
CREON (25,000) GR.CAP 300MG/CAP FL x 50 CAPS (Πρωτότυπο σε θεραπευτική κατηγορία χωρίς γενόσημο) ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ : 5.5 ΚΑΨΟΥΛΕΣ ΕΝΤΕΡΟΔΙΑΛ x 2 φορές την ημέρα x 5 ημέρες	25%	1	15,97	14,12	14,12	1,85	3,53 10,59
CYNT F.C.TAB 0,4MG/TAB BTx20 (BLIST 1x20) (Πρωτότυπο) ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ : 1 ΔΙΣΚΙΑ ΕΠΙΚΑΛ x 1 φορά την ημέρα x 1 ημέρες	25%	1	6,41	6,41	6,41	0,00	1,60 4,81
TEVETEN PLUS F.C.TAB (600+12,5)MG/TAB BT x 28 σε BLISTER (Πρωτότυπο σε θεραπευτική κατηγορία χωρίς γενόσημο) ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ : 1/4 ΔΙΣΚΙΑ ΕΠΙΚΑΛ x 1 φορά την ημέρα x 1 ημέρες	25%	1	18,71	7,43	7,43	11,28	1,86 5,57
DUSPATALIN PR.CAP 200MG/CAP BTx30 (BLIST 3x10) (Πρωτότυπο) ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ : 1/4 ΚΑΨΟΥΛΑ ΕΛΕΓΧΟΜ ΑΠΟΔΕΣΜ x 1 φορά την ημέρα x 1 ημέρες	25%	1	4,96	4,96	4,96	0,00	1,24 3,72
CREON GR.CAP 150MG/CAP FL x 50 CAPS (Πρωτότυπο) ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ : 1/4 ΚΑΨΟΥΛΕΣ ΕΝΤΕΡΟΔΙΑΛ x 1 φορά την ημέρα x 1 ημέρες	25%	1	7,31	7,31	7,31	0,00	1,83 5,48

0%	10%	25%
0,00	0,00	88,73

ΣΥΝΟΛΟ	:	88,73 €
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	:	22,19 €
ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΛΗΡΩΤΕΑ ΑΠΟ ΑΣΦ/ΝΟ	:	17,63 €
ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΛΗΡΩΤΕΑ ΑΠΟ ΤΑΜΕΙΟ	:	13,05 €

ΠΛΗΡΩΤΕΟ ΠΟΣΟ ΑΠΟ ΑΣΦ/ΝΟ € 39,82

ΠΛΗΡΩΤΕΟ ΠΟΣΟ ΑΠΟ ΤΑΜΕΙΟ € 78,59



Ο ΠΑΡΑΛΗΠΤΗΣ

Ενημερώθηκε από τον φαρμακοποιό για το χαμηλότερης τιμής φάρμακο και επιθυμώ να λάβω ακριβότερο φάρμακο.

ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ: 14/10/2018
Α.Μ.Κ.Α. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ: 02024707214
Ε.Τ.Α.Α. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ: 9990007
Α.Φ.Μ. ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ: 035105092

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ)

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΣΦΡΑΓΙΣ)



ΑΚΥΡΟ

