ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΟΑΥ

Αρ. Ανακοίνωσης: 112026COZ08392

Προς: Ακτινολόγους, Νοσηλευτήρια, Παροχείς Προϊόντων

ΘΕΜΑ: ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΜΕ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΟΓΟΥ Ζ ΣΤΙΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας ενημερώνει ότι η διαδικασία εξασφάλισης προέγκρισης για τα πιο κάτω προϊόντα, αίρεται.

Κωδικός ΖC	**Περιγραφή Προϊόντος**
ZC-1186	Μικροσφαιρίδια εμβολισμού LUMI 70 - 150μm BTG, Bead lumi
ZC-385	Neurovascular flow diverter
ZC-951	Tumor ablation: Microwave Ablation Antenna
ZC-953	Electrode for Radiofrequency ablation 18Gx100mm/exp.tip 5mm
ZC-954	Cliniporator ElectroChemoTherapy treatment against skin cancer REF:H-30-ST
ZC-955	Cliniporator ElectroChemoTherapy treatment against internal organs cancer REF: IG0E710
ZC-1217	Zenith t-branch thoracoabdominal endovascular graft
ZC-1218	Zenith universal distal body endovascular graft
ZC-1221	Zenith tx2 TAA endovascular graft proximal extension
ZC-1225	Confirmable Thoracic Stent/Graft with Active Control System
ZC-1248	Εξατομικευμένο μόσχευμα για αντιμετώπιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής με άτυπη έκφυση της δεξιάς νεφρικής αρτηρία από τον ανευρυσματικό σάκο V007239-00
ZC-1249	E-nside 65MU 332621, 333021, 382621, 383021, -4B8866-00
ZC-1340	Nexus aortic arch stent graft system by endospan
ZC-1342	Ενδοαγγειακό προκεκαμένο μόσχευμα ανιούσης αορτής με ενσωματωμένο μηχανισμό κλειδώματος για αποφυγή μετατόπισης
ZC-1406	Excluder aortic extender w/active control
ZC-1407	Excluder conform AAA TRNK-IPSI Leg w/active
ZC-648	Thoracic stent Graft
ZC-649	Thoraco abdominal stent Graft

Από τις 6 Νοεμβρίου 2026, η χρήση των πιο πάνω προϊόντων θα απαιτεί την εξασφάλιση προέγκρισης κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης σύμφωνα με τις ενδείξεις που περιλαμβάνονται στα **Συνημμένα 1-9** και θα προϋποθέτει την συμπλήρωση ερωτηματολογίου το όποιο επίσης περιλαμβάνεται στα ίδια έγγραφα.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ημερομηνία: 09/11/2026

Συνημμένο 1

ΕΝΤΥΠΟ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Χρήση Μικροσφαιρίδιων εμβολισμού LUMI 70 - 150μm BTG, Bead lumi, Tumor ablation: Microwave Ablation Antenna, Electrode for Radiofrequency ablation 18Gx100mm/exp.tip 5mm

(ZC-1186, ZC-951, ZC-953)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη χρήση του εν λόγω προϊόντος για την αντιμετώπιση των ακόλουθων ενδείξεων:

Α. Διαχείριση καλοήθους όγκου ή

Β. Διαχείριση κακοήθους όγκου μετά από θετική εισήγηση εγκεκριμένου Πολυθεματικού Ογκολογικού Συμβουλίου.

1. Παρακαλείστε όπως επιλέξετε την ένδειξη για την οποία χρησιμοποιείται το προϊόν (Α, Β)*:_____

2. Παρακαλείστε όπως αναφέρετε την ακριβή περιοχή εφαρμογής*: _____

Στην περίπτωση της Ένδειξης Β μόνο: Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτείται η μεταφόρτωση της θετικής εισήγησης του εγκεκριμένου Πολυθεματικού Ογκολογικού Συμβουλίου.

Βεβαιώνω ότι έχει μεταφορτωθεί το απαιτούμενο αρχείο (Ένδειξη Β μόνο) **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Συνημμένο 2

ΕΝΤΥΠΟ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Χρήση προϊόντος Neurovascular flow diverter

(ZC-385)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη χρήση του εν λόγω προϊόντος για την αντιμετώπιση ανευρύσματος εγκεφάλου.

1. Παρακαλείστε όπως καταγράψετε την ένδειξη χρήσης του εν λόγω προϊόντος*:_____

2. Παρακαλείστε όπως αναφέρετε την ακριβή εντόπιση, το μέγεθος (διαστάσεις) και το είδος του ανευρύσματος:

   Εντόπιση*:_____

   Διαστάσεις*:_____

   Είδος Ανευρύσματος*:_____

Κατά την υποβολή της απαίτηση αποζημίωσης απαιτείται όπως μεταφορτωθεί και η σχετική ακτινολογική έκθεση η οποία να τεκμηριώνει την παθολογία.

Βεβαιώνω ότι έχει συμπεριληφθεί η σχετική ακτινολογική έκθεση οποία τεκμηριώνει την παθολογία* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες * **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Συνημμένο 3

ΕΝΤΥΠΟ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗΣ

Χρήση προϊόντος Cliniporator ElectroChemoTherapy treatment against skin cancer REF: H-30-ST, Cliniporator ElectroChemoTherapy treatment against internal organs cancer REF: IG0E710

(ZC-954, ZC-955)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη χρήση του εν λόγω προϊόντος για την αντιμετώπιση κακοήθων όγκων, μόνο κατόπιν θετικής εισήγησης εγκεκριμένου Πολυθεματικού Ογκολογικού Συμβουλίου.

Παρακαλείστε όπως αναφέρετε την ακριβή περιοχή εφαρμογής σύμφωνα με την εισήγηση Πολυθεματικού Ογκολογικού Συμβουλίου*: _____

Κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης απαιτείται η μεταφόρτωση της θετικής εισήγησης του εγκεκριμένου Πολυθεματικού Ογκολογικού Συμβουλίου.

Βεβαιώνω ότι έχει μεταφορτωθεί το απαιτούμενο αρχείο* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Συνημμένο 4

Χρήση προϊόντων Zenith t-branch thoracoabdominal endovascular graft, Zenith universal distal body endovascular graft, Zenith tx2 TAA endovascular graft proximal extension, Confirmable Thoracic Stent/Graft with Active Control System, E-nside 65MU 332621, 333021 ,382621, 383021, -4B8866-00, Thoraco abdominal stent Graft

(ZC-1217, ZC-1218, ZC-1221, ZC-1225, ZC-1249, ZC-649)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη χρήση των εν λόγω προϊόντων για την αντιμετώπιση θωρακοκοιλιακού ανευρύσματος.

1. Παρακαλείστε όπως καταγράψετε την ένδειξη χρήσης του εν λόγω προϊόντος*: _____

2. Παρακαλείστε όπως αναφέρετε την ακριβή εντόπιση, το μέγεθος (διαστάσεις) και το είδος του ανευρύσματος:

   Εντόπιση*:_____

   Διαστάσεις*:_____

   Είδος Ανευρύσματος*:_____

Κατά την υποβολή της απαίτηση αποζημίωσης, απαιτείται όπως μεταφορτωθεί και η σχετική ακτινολογική έκθεση η οποία να τεκμηριώνει την παθολογία.

Βεβαιώνω ότι έχει συμπεριληφθεί η σχετική ακτινολογική έκθεση οποία τεκμηριώνει την παθολογία* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Συνημμένο 5

ΕΝΤΥΠΟ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Χρήση προϊόντος εξατομικευμένου μοσχεύματος για αντιμετώπιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής με άτυπη έκφυση της δεξιάς νεφρικής αρτηρίας από τον ανευρυσματικό σάκο V007239-00

(ZC-1248)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη χρήση του εν λόγω προϊόντος για την αντιμετώπιση ανευρύσματος κοιλιακής αορτής με άτυπη έκφυση της δεξιάς νεφρικής αρτηρίας από τον ανευρυσματικό σάκο.

1. Παρακαλείστε όπως καταγράψετε την ένδειξη χρήσης του εν λόγω προϊόντος*: _____

2. Παρακαλείστε όπως αναφέρετε την ακριβή εντόπιση, το μέγεθος (διαστάσεις) και το είδος του ανευρύσματος:

   Εντόπιση*:_____

   Διαστάσεις*:_____

   Είδος Ανευρύσματος*:_____

Κατά την υποβολή της απαίτηση αποζημίωσης απαιτείται όπως μεταφορτωθεί και η σχετική ακτινολογική έκθεση η οποία να τεκμηριώνει την παθολογία.

Βεβαιώνω ότι έχει συμπεριληφθεί η σχετική ακτινολογική έκθεση οποία τεκμηριώνει την παθολογία* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Συνημμένο 6

ΕΝΤΥΠΟ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Χρήση προϊόντος Nexus aortic arch stent graft system by endospan

(ZC-1340)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη χρήση του εν λόγω προϊόντος για την αντιμετώπιση ανευρύσματος αορτής.

1. Παρακαλείστε όπως καταγράψετε την ένδειξη χρήσης του εν λόγω προϊόντος*:_____

2. Παρακαλείστε όπως αναφέρετε την ακριβή εντόπιση, το μέγεθος (διαστάσεις) και το είδος του ανευρύσματος:

   Εντόπιση*:_____

   Διαστάσεις*:_____

   Είδος Ανευρύσματος*:_____

Κατά την υποβολή της απαίτηση αποζημίωσης απαιτείται όπως μεταφορτωθεί και η σχετική ακτινολογική έκθεση η οποία να τεκμηριώνει την παθολογία.

Βεβαιώνω ότι έχει συμπεριληφθεί η σχετική ακτινολογική έκθεση οποία τεκμηριώνει την παθολογία* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Συνημμένο 7

ΕΝΤΥΠΟ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Χρήση ενδοαγγειακού προκεκαμένου μοσχεύματος ανιούσης αορτής με ενσωματωμένο μηχανισμό κλειδώματος για αποφυγή μετατόπισης

(ZC-1342)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη χρήση του εν λόγω προϊόντος για αποφυγή μετατόπισης κατά την αντιμετώπιση ανευρύσματος.

1. Παρακαλείστε όπως καταγράψετε την ένδειξη χρήσης του εν λόγω προϊόντος*: _____

2. Παρακαλείστε όπως αναφέρετε την ακριβή εντόπιση, το μέγεθος (διαστάσεις) και το είδος του ανευρύσματος:

   Εντόπιση*:_____

   Διαστάσεις*:_____

   Είδος Ανευρύσματος*:_____

Κατά την υποβολή της απαίτηση αποζημίωσης απαιτείται όπως μεταφορτωθεί και η σχετική ακτινολογική έκθεση η οποία να τεκμηριώνει την παθολογία.

Βεβαιώνω ότι έχει συμπεριληφθεί η σχετική ακτινολογική έκθεση οποία τεκμηριώνει την παθολογία* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Συνημμένο 8

ΕΝΤΥΠΟ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Χρήση προϊόντος Excluder aortic extender w/active control, Excluder conform AAA TRNK-IPSI Leg w/active

(ZC-1407,ZC-1406)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη χρήση του εν λόγω προϊόντος για την αντιμετώπιση ανευρύσματος.

1. Παρακαλείστε όπως καταγράψετε την ένδειξη χρήσης του εν λόγω προϊόντος*: _____

2. Παρακαλείστε όπως αναφέρετε την ακριβή εντόπιση, το μέγεθος (διαστάσεις) και το είδος του ανευρύσματος:

   Εντόπιση*:_____

   Διαστάσεις*:_____

   Είδος Ανευρύσματος*:_____

Κατά την υποβολή της απαίτηση αποζημίωσης απαιτείται όπως μεταφορτωθεί και η σχετική ακτινολογική έκθεση η οποία να τεκμηριώνει την παθολογία.

Βεβαιώνω ότι έχει συμπεριληφθεί η σχετική ακτινολογική έκθεση οποία τεκμηριώνει την παθολογία* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Συνημμένο 9

ΕΝΤΥΠΟ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Χρήση προϊόντος Thoracic stent Graft

(ZC-648)

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει τη χρήση του εν λόγω προϊόντος για την αντιμετώπιση θωρακικού ανευρύσματος.

1. Παρακαλείστε όπως καταγράψετε την ένδειξη χρήσης του εν λόγω προϊόντος*: _____

2. Παρακαλείστε όπως αναφέρετε την ακριβή εντόπιση, το μέγεθος (διαστάσεις) και το είδος του ανευρύσματος:

   Εντόπιση*:_____

   Διαστάσεις*:_____

   Είδος Ανευρύσματος*:_____

Κατά την υποβολή της απαίτηση αποζημίωσης απαιτείται όπως μεταφορτωθεί και η σχετική ακτινολογική έκθεση η οποία να τεκμηριώνει την παθολογία.

Βεβαιώνω ότι έχει συμπεριληφθεί η σχετική ακτινολογική έκθεση οποία τεκμηριώνει την παθολογία* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐

Βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες* **ΝΑΙ/ΟΧΙ** ☐