

Από: Davis Maria
Αποστολή: Παρασκευή, 2 Οκτωβρίου 2020 3:31 μμ
Προς: eoo@otenet.gr
Κοινοποίηση: Mathioudakis Kostas; Fotiadou Elpida
Θέμα: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ
Συνημμένα: ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΗΣ.pdf

Προς
Πρόεδρο Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας
κο. Δεβλιώτη Αθανάσιο

Καλησπέρα σας,

- Σε συνέχεια του από 10/09/2020 ηλεκτρονικού μας αιτήματος, για αποστολή στοιχείων μελών των οδοντιατρικών συλλόγων της χώρας, θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι μέχρι σήμερα 02/10/2020 έχουν ανταποκριθεί οι εξής σύλλογοι:
 - 1) ΠΕΛΛΑΣ
 - 2) ΚΑΒΑΛΑΣ
 - 3) ΑΤΤΙΚΗΣ
 - 4) ΛΑΣΙΘΙΟΥ
 - 5) ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ (ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ)
 - 6) ΡΕΘΥΜΝΟΥ
 - 7) ΗΛΕΙΑΣ
 - 8) ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ
 - 9) ΛΑΡΙΣΑΣ
 - 10) ΧΙΟΥ
 - 11) ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ
 - 12) ΛΕΥΚΑΔΑΣ
 - 13) ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ
 - 14) ΚΟΖΑΝΗΣ
 - 15) ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ
 - 16) ΕΒΡΟΥ
 - 17) ΕΥΒΟΙΑΣ
 - 18) ΞΑΝΘΗΣ
 - 19) ΑΡΚΑΔΙΑΣ
 - 20) ΛΑΡΙΣΑΣ
 - 21) ΚΥΚΛΑΔΩΝ
 - 22) ΣΑΜΟΥ
- Προς ενημέρωση των οδοντιάτρων, σας αποστέλλουμε συνημμένα ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ για «Εγγραφή & πιστοποίηση νέου χρήστη Επαγγελματία Υγείας στο σύστημα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (ΗΣ)».

Στη διάθεση σας για οτιδήποτε χρειαστείτε

Με εκτίμηση
Ντέιβις Μαρία



Δ/ση Λειτουργίας & Υποστήριξης Εφαρμογών
Υποδ/ση Ειδικών Εφαρμογών
Τμήμα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης
Λυκούργου 10, 10551 Αθήνα

ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ

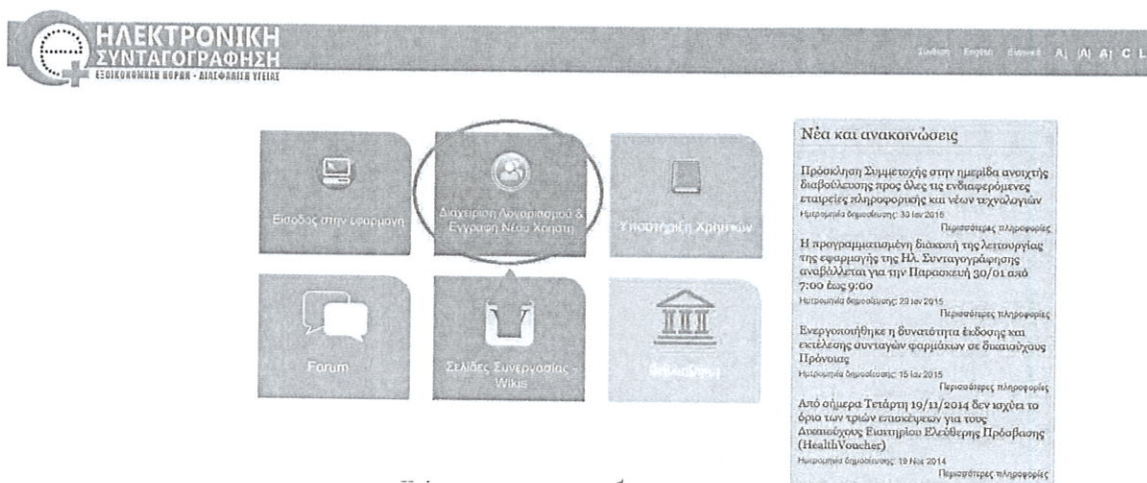
**«Εγγραφή & πιστοποίηση νέου χρήστη Επαγγελματία
Υγείας Ιατρού/φαρμακοποιού στο σύστημα Η.Σ. »**

ΕΓΓΡΑΦΗ ΝΕΟΥ ΧΡΗΣΤΗ

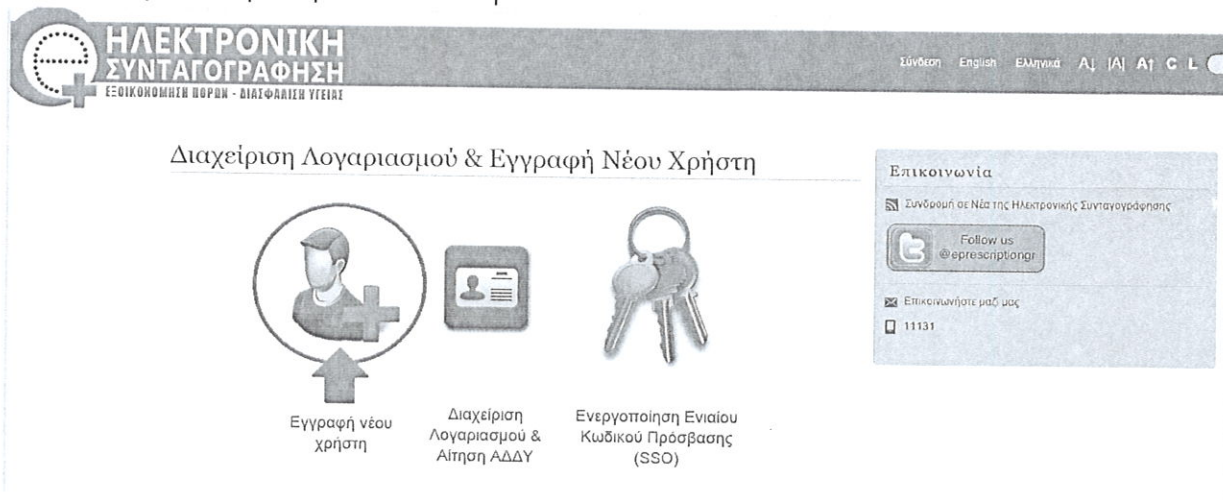
ΠΡΟΣΟΧΗ: Για την επιτυχή ολοκλήρωση της διαδικασίας εγγραφής είναι απαραίτητη η χρήση των κωδικών (username/password) του TAXISnet (Γ.Γ.Π.Σ.).

Για την εγγραφή σας στο σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης παρακαλούμε να ακολουθήσετε τα παρακάτω βήματα :

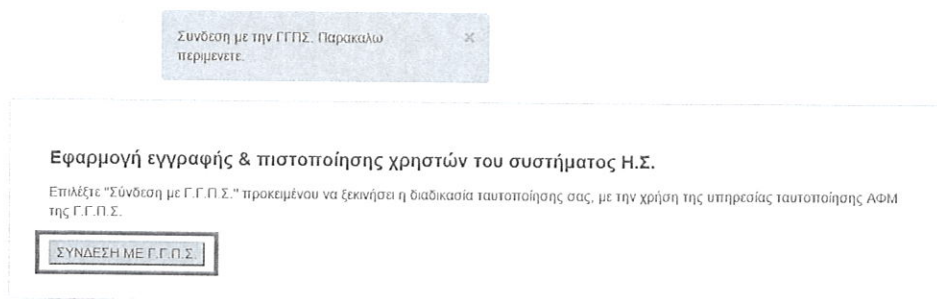
1. Μεταβείτε στο Portal της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης στον σύνδεσμο:
<https://www.e-prescription.gr>
2. Στην αρχική οθόνη επιλέγετε το εικονίδιο «**Διαχείριση Λογαριασμού & Εγγραφή Νέου Χρήστη**» όπως εμφανίζεται στην παρακάτω οθόνη .



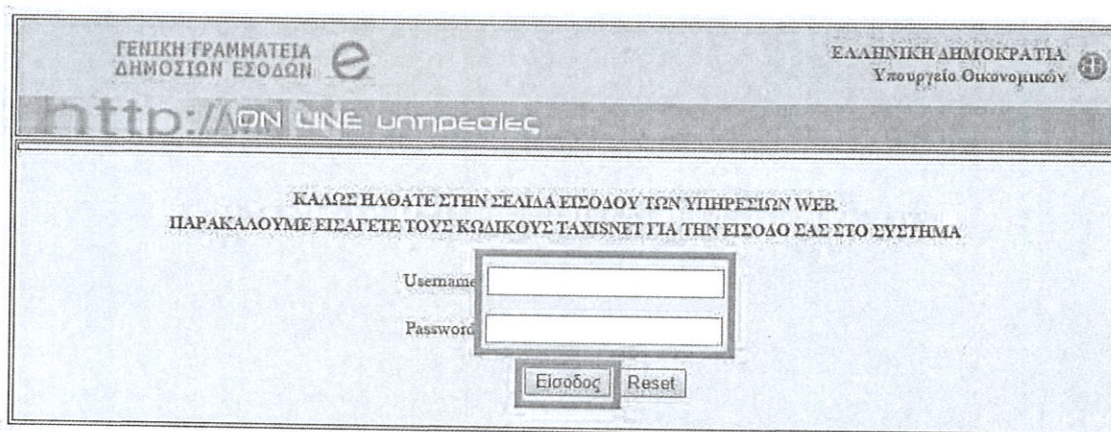
3. Στην επόμενη οθόνη επιλέγετε το εικονίδιο «**Εγγραφή Νέου Χρήστη**» όπως εμφανίζεται στην παρακάτω οθόνη.



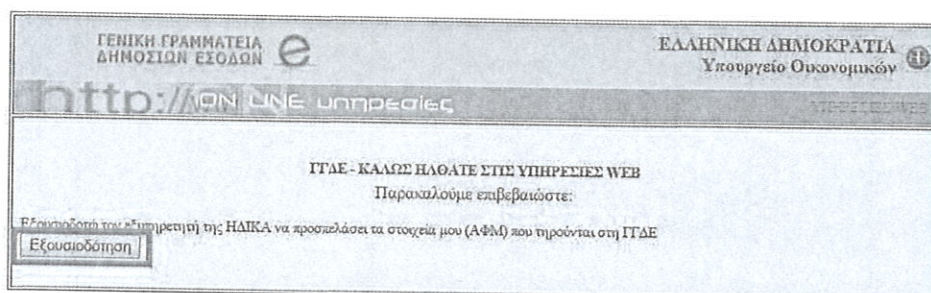
4. Στην οθόνη εγγραφής επιλέγετε το εικονίδιο «Σύνδεση με Γ.Γ.Π.Σ» και το σύστημα σας μεταφέρει στην σελίδα εισόδου του Taxisnet.



5. Εισάγετε τους κωδικούς TAXISnet στην παρακάτω οθόνη της Γ.Γ.Π.Σ. και επιλέγετε «Είσοδος».



6. Επιλέγετε στη συνέχεια το εικονίδιο «Εξουσιοδότηση» .



Μετά την επιτυχή διαδικασία ανάκτησης των στοιχείων σας επιλέξτε και καταχωρήστε το Όνομα Χρήστη (Username) , που θα χρησιμοποιείτε για την είσοδο σας στο Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης και επιλέγετε την «Κατηγορία Επαγγελματία Υγείας» ανάλογα (Ιατρός ή Φαρμακοποιός).

Στοιχεία Λογαριασμού

Όνομα Χρήστη 

Κατηγορία Επαγγελματία Υγείας * 

Επιλέξτε Κατηγορία ▼

Ιατρός
Φαρμακοποιός

☐ Έχω διαβάσει και αποδέχομαι τους όρους χρήσης

ΥΠΟΒΟΛΗ

|| Κανόνες για την καταχώρηση Ονόματος Χρήστη (Username)

Το Όνομα Χρήστη (username) θα πρέπει να αποτελείται από τουλάχιστον 4 χαρακτήρες μόνο πεζούς λατινικούς χαρακτήρες (a-z) και αριθμούς (0-9).

Σε περίπτωση που δεν πληρούνται οι παραπάνω κανόνες ή το όνομα χρήστη username που επιλέξατε υπάρχει ήδη, σας εμφανίζεται το αντίστοιχο εικονίδιο σφάλματος.

II Διαδικασία εγγραφής επαγγελματιών Υγείας Ιατρών

Τα προσωπικά σας στοιχεία από την ταυτοποίηση εμφανίζονται αυτόματα χωρίς να έχετε δικαίωμα επεξεργασίας τους. Επιλέγετε το φύλο και καταχωρείτε τα στοιχεία επικοινωνίας.

Στοιχεία Λογαριασμού

Όνομα Χρήστη *		docuser
Κατηγορία Επαγγελματία Υγείας *		Ιατρός ▼

Προσωπικά Στοιχεία

Όνομα *		ΟΝΟΜΑ
Επώνυμο		ΕΠΩΝΥΜΟ
Όνομα Πατρός		ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ
Όνομα Μητρός		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ
Φύλο		Ανδρας Γυναίκα
Ημ. Γέννησης		01/01/1975
Χώρα Υπηκοότητας		ΕΛΛΗΝΙΚΗ ▼
A.M.K.A. *		12345612345
A.Φ.Μ.		456654452

Στοιχεία Επικοινωνίας

Κινητή Τηλέφωνο *

Καταχώρηση Νέου

Πρέπει να συμπληρώσετε τουλάχιστον ένα κινητό τηλέφωνο.

Ηλ. Ταχυδρομείο *

Καταχώρηση Νέου

Πρέπει να συμπληρώσετε τουλάχιστον ένα mail.

Αν υπάρχει κάποιο λάθος στα προσωπικά σας στοιχεία θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Γραφείο Αρωγής Χρηστών στο τηλέφωνο 11 131.

Στη συνέχεια καταχωρείτε τα ειδικά στοιχεία ιατρού:

Στοιχεία Επικοινωνίας

Κινητά Τηλέφωνα *		
Τηλεφωνο 1	6999999999	✕ διαγραφή
+ προσθήκη νέου		
Ηλ. Ταχυδρομείο *		
E-mail 1	email@email.com	✕ διαγραφή
+ προσθήκη νέου		

Στοιχεία Ασφαλιστικού Φορέα

A.M. ETAA / A. Σ. Μ.	i	123445
----------------------	-------------------	-------------------------------------

Ειδικά Στοιχεία Ιατρού

Ειδικότητα	i	ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ
Χρονολογία Απόκτησης Ειδικότητας	i	1990
Αριθμός Αδείας Ασκήσεως Επαγγέλματος	i	12345
Ιατρικός Σύλλογος	i	ΑΘΗΝΩΝ
Αριθμός Μητρώου Ιατρικού Συλλόγου	i	12345

Έχω διαβάσει και αποδέχομαι τους όρους χρήσης ☒

ΥΠΟΒΟΛΗ

Τέλος, εφόσον συμφωνείτε με τους όρους χρήσης επιλέγετε «Έχω διαβάσει και αποδέχομαι τους όρους χρήσης» και στη συνέχεια κάνετε κλικ στο κουμπί «Υποβολή»

Συγχαρητήρια !

Έχετε ολοκληρώσει επιτυχώς την εγγραφή σας στο Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης .

Σύντομα θα σας αποσταλεί μέσω SMS το password για την είσοδο σας στο σύστημα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης.

Προκειμένου να ενεργοποιήσετε τον ενιαίο κωδικό πρόσβασης επισκεφτείτε στο σύνδεσμο: <https://www.e-prescription.gr/changepassword/index.jsp>

II Διαδικασία εγγραφής επαγγελματιών Υγείας Φαρμακοποιών

Τα προσωπικά σας στοιχεία από την ταυτοποίηση εμφανίζονται αυτόματα χωρίς να έχετε δικαίωμα επεξεργασίας τους. Επιλέγετε το φύλο και καταχωρείτε τα στοιχεία επικοινωνίας.

Στοιχεία Λογαριασμού

Όνομα Χρήστη *



pharmauser

Κατηγορία Επαγγελματία
Υγείας *



Φαρμακοποιός ▼

Προσωπικά Στοιχεία

Όνομα *



ΟΝΟΜΑ

Επώνυμο *



ΕΠΩΝΥΜΟ

Όνομα Πατρός *



ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

Όνομα Μητρός *



ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ

Φύλο *



Ανδρας

Γυναίκα

Ημ. Γέννησης *



01/01/1975

Χώρα Υπηκοότητας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ▼

A.M.K.A. *



78978978978

A.Φ.Μ. *



789987785

Στοιχεία Επικοινωνίας

Κινητά Τηλέφωνα *

Καταχώρηση Νέου

Πρέπει να δηλώσετε τουλάχιστον ένα κινητό τηλέφωνο.

Ηλ. Ταχυδρομείο *

Καταχώρηση Νέου

Πρέπει να δηλώσετε τουλάχιστον ένα email

Αν υπάρχει κάποιο λάθος στα προσωπικά σας στοιχεία θα πρέπει να θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το Γραφείο Αρωγής Χρηστών στο τηλέφωνο 11 131.

Στη συνέχεια καταχωρείτε τα στοιχεία του Φαρμακευτικού συλλόγου, του Αριθμού Μητρώου Φαρμακευτικού Συλλόγου και επιλέγετε από την λίστα επιλογής (dropdown menu), Τύπο Μονάδας Συνταγογράφησης **Φαρμακείο**.

Στοιχεία Επικοινωνίας

Κινητά Τηλέφωνα *		
Τηλεφωνο 1	6999999999	 διαγραφή
+ προσθήκη νέου		
Ηλ. Ταχυδρομείο *		
E-mail 1	email@email.com	 διαγραφή
+ προσθήκη νέου		

Στοιχεία Ασφαλιστικού Φορέα

A.M. ΕΤΑΑ / Α. Σ. Μ. *		123445
------------------------	---	-------------------------------------

Ειδικά Στοιχεία Φαρμακοποιού

Φαρμακευτικός Σύλλογος *		ΑΤΤΙΚΗΣ
Αριθμός Μητρώου Φαρμακευτικός Σύλλογος *		12345

Μονάδες Συνταγογράφησης

Επιλέξτε τύπο μονάδας	
Φαρμακείο	ταγογράφησης.

Έχω διαβάσει και αποδέχομαι τους όρους χρήσης ☐

|| Διαδικασία καταχώρησης Μονάδας Συνταγογράφησης Φαρμακείου

Στην παρακάτω οθόνη Δημιουργίας Νέας Μονάδας Συνταγογράφησης καταχωρείτε τα στοιχεία του Φαρμακείου.

(Υποχρεωτικά είναι τα πεδία με *)

Ημερομηνία Έναρξης: Ημερομηνία έναρξης συνταγογράφησης στο Φαρμακείο.
(Προτείνουμε να καταχωρήσετε την σημερινή ημερομηνία)

Ημερομηνία Λήξης: Το αφήνετε κενό (Χρησιμοποιείται μόνο σε περιπτώσεις μεταφοράς έδρας φαρμακείου , συνταξιοδότησης φαρμακοποιού κτλ.)

Επωνυμία: Επωνυμία του Φαρμακείου σας ιατρείου (π.χ. Φαρμακείο Παπαδόπουλου Γεώργιου)

Περιγραφή : Ελεύθερο κείμενο για δική σας χρήση.

Κωδικός Σύμβασης (Μόνο για συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ φαρμακεία) : Τον κωδικό σύμβασης σας με τον ΕΟΠΥΥ

Νομική/Εταιρική Μορφή: Την νομική μορφή του φαρμακείου σας

Αριθμός Άδειας Λειτουργίας: Τον αριθμό άδειας λειτουργίας του Φαρμακείου
Δ.Ο.Υ. : Την ΔΟΥ που ανήκει το φαρμακείο σας

Α.Φ.Μ. : Τον ΑΦΜ του φαρμακείου σας

IBAN: Τον IBAN που έχετε δηλώσει στον ΕΟΠΥΥ για την διαδικασία πληρωμών

Στοιχεία Διεύθυνσης του Φαρμακείου σας (Πόλη ,Διεύθυνση,Αριθμός,ΤΚ ,

Τηλέφωνο) Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο : Τον λογαριασμό email (Μορφής :
youremail@email.com)

Εφόσον έχετε συμπληρώσει όλα τα παραπάνω πεδία επιλέγετε το πλήκτρο

«Δημιουργία» για την ολοκλήρωση της διαδικασίας καταχώρησης του φαρμακείου σας.

Μονάδα Συνταγογράφησης

Περίοδος

Ημερομηνία
Έναρξης



01/01/2000



Ημερομηνία Λήξης



Φαρμακείο

Επωνυμία *



ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

Περιγραφή



ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΟΔΟΣ

Φορολογικά Στοιχεία ΕΛ. Επαγγελματία/Εταιρίας

Κωδικός Σύμβασης
Φαρμακείου (Μόνο
για συμβεβλημένα
με τον ΕΟΠΥΥ
φαρμακεία)



12345

Νομική / Εταιρική
Μορφή



ΟΜΟΡΡΥΘΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Αριθμός Αδείας
Λειτουργίας



12345

Δ.Ο.Υ.



Α ΑΘΗΝΩΝ

Α.Φ.Μ.



123456455



IBAN		GR4234234524432343
Στοιχεία Επικοινωνίας		
Τηλέφωνο		2105555555
Διευθύνη		
Πόλη (με κεφαλαία)		ΑΘΗΝΑ
Νομός/Χώρα		ΑΤΤΙΚΗΣ/ΕΛΛΑΔΑ
Ταχυδρομικός Κωδικός		11111
Διεύθυνση		ΟΔΟΣ
Αριθμός		1
Ηλ. Ταχυδρομείο		
E-mail 1	email@email.com	 διαγραφή
+ προσθήκη νέου		
		ΑΚΥΡΩΣΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ

Στην οθόνη που σας εμφανίζεται παρακάτω επιλέγετε το **checkbox** «Έχω διαβάσει και αποδέχομαι τους όρους χρήσης» και στη συνέχεια κάνετε κλικ στο κουμπί «Υποβολή»

Έχω διαβάσει και αποδέχομαι τους όρους χρήσης



ΥΠΟΒΟΛΗ

Συγχαρητήρια !

Έχετε ολοκληρώσει επιτυχώς την εγγραφή σας στο Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης .

Σύντομα θα σας αποσταλεί μέσω SMS το password για την είσοδο σας στο σύστημα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης.

Προκειμένου να ενεργοποιήσετε τον ενιαίο κωδικό πρόσβασης επισκεφτείτε στο σύνδεσμο: <https://www.e-prescription.gr/changepassword/index.jsp>