

## ΑΙΤΗΣΗ

### ΓΙΑ ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΟΔΟΝΤΟΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....  
ΟΝΟΜΑ:.....  
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:.....  
Α.Μ.:.....  
Α.Μ.Κ.Α.:.....  
Α.Φ.Μ.:.....  
ΒΑΘΜΟΣ:.....  
ΟΠΛΟ/ΣΩΜΑ:.....  
ΥΠΗΡΕΣΙΑ / ΜΟΝΑΔΑ:.....

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

EMAIL:.....  
ΤΗΛ. ΣΤΑΘΕΡΟ:.....  
ΤΗΛ. ΚΙΝΗΤΟ:.....

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΜΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ Η ΕΝ ΛΟΓΩ ΑΙΤΗΣΗ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....  
ΟΝΟΜΑ:.....  
Α.Μ.Κ.Α.:.....  
Α.Φ.Μ.:.....  
ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ/ΝΗ:....  
.....

#### Επισημάνσεις:

**α.** Η αίτηση με τα επισυναπτόμενα δικαιολογητικά, να υποβάλλονται σε μορφή pdf στο email:

elpsx-paroxes@army.gr

**β.** Η δήλωση περί Απορρήτου και Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του ΜΤΣ είναι διαθέσιμη στην ηλεκτρονική διεύθυνση <https://mts-portal.gr> καθώς και στις Υπηρεσίες του Ταμείου.

## ΠΡΟΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΡΑΤΟΥ ΞΗΡΑΣ  
(Κολοκοτρώνη 13, Αθήνα, Τ.Κ. 10562,  
email: elpsx-paroxes@army.gr)

1. Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε το δικαιούμενο ποσό που δαπάνησα για (επιλογή θεραπείας):

Οδοντοθεραπεία,

Οδοντοπροσθετική

Ορθοδοντική περίθαλψη

(άρθρο 6 ΦΕΚ τΒ 354/2024)

2. Συνημμένα υποβάλλω :

α. Αντίγραφο τιμολογίου ή δελτίου παροχής υπηρεσιών

β. Εγκριτική Δγή ΕΔΥΠ.

γ. Αντίγραφο Εντολής Βιβλιαρίου Υγείας.

3. Για τις οδοντοπροσθετικές εργασίες απαιτείται η ανάλυση της δαπάνης στο δελτίο παροχής υπηρεσιών ή στην απόδειξη είσπραξης, όπως παρακάτω:

α. Αμοιβή Ιατρού

β. Αμοιβή Οδοντοτεχνίτη

γ. Αξία χρησιμοποιηθέντος Υλικού

3. Δηλώνω υπεύθυνα ότι, δεν έχει υποβληθεί άλλη αίτηση για τη χορήγηση του ανωτέρω βοηθήματος για το ίδιο έμμεσο μέλος από άλλον άμεσα δικαιούχο.

4. Συγκατατίθεμαι για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων για τους σκοπούς της παρούσας αίτησης.

Αθήνα, ...../...../20.....

-Ο-/-Η-

Αιτών/ούσα