



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας  
www.eopyy.gov.gr

**Γενική Δ/ση:** Οργάνωσης και Σχεδιασμού  
Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας  
**Δ/ση:** Στρατηγικού Σχεδιασμού  
**Τμήμα:** ΕΚΠΥ & Π.Π.&Π.Υ.  
**Πληροφορίες:** Α. Λιβεράκου, Σ. Βασιλοπούλου  
**Τηλ.:** 210 8110859, 638, 862, 863  
**Ταχ. Δ/ση:** Αποστόλου Παύλου 12, 151 23 Μαρούσι  
**E-mail:** d8.t1@eopyy.gov.gr

## ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΗ ΔΙΑΥΓΕΙΑ

Μαρούσι, 17/06/2026

Αρ. Πρωτ.: ΔΒ3Α/Φ115/4/οικ.14970

### Προς:

- 1) ΠΕ.ΔΙ. Ε.Ο.Π.Υ.Υ.  
(αποστολή μέσω ηλεκτρ. ταχυδρομείου)
- 2) Προς τους ασφαλισμένους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.  
(αποστολή μηνύματος μέσω Φ.Α.Υ.)
- 3) Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών  
Λεωφ. Αλεξάνδρας 34, Αθήνα, ΤΚ 114 73

**ΘΕΜΑ:** «Εφαρμογή ενιαίου εντύπου βεβαίωσης για θεραπείες ειδικής αγωγής»

Με την παρ. 2 του άρθρου 1 της υπ' αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 10040 ΚΥΑ (ΦΕΚ 1066/τ. Β'/19-03-2021), καθορίζονται τα δικαιολογητικά που απαιτείται να υποβάλλουν οι δικαιούχοι μέσω της ηλεκτρονικής τους αίτησης για την αποζημίωση δαπανών διενέργειας ειδικών θεραπειών του άρθρου 45 του ΕΚΠΥ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ΦΕΚ 2106/τ. Β' /02-05-2025).

Το ψηφιακό αίτημα, μεταξύ άλλων, συνοδεύεται υποχρεωτικά από «*Βεβαίωση του θεραπευτή ή του ιδιοκτήτη του κέντρου, στην οποία θα αναφέρονται οι ημερομηνίες διενέργειας των θεραπειών καθώς και τα στοιχεία των θεραπειών (ονοματεπώνυμο, ειδικότητα, άδεια άσκησης επαγγέλματος). Η βεβαίωση υπογράφεται από τον θεραπευτή ή τον ιδιοκτήτη του κέντρου καθώς και από τους θεραπευτές που εκτέλεσαν τις θεραπείες*».

Κατόπιν των ανωτέρω και προκειμένου να διασφαλιστεί η ομοιόμορφη εφαρμογή από όλους τους εμπλεκόμενους, επισυνάπτεται υπόδειγμα εντύπου βεβαίωσης θεραπειών ειδικής αγωγής για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., το οποίο θα πρέπει να υποβάλλεται μαζί με τα λοιπά απαιτούμενα δικαιολογητικά, ανεξαρτήτως του τρόπου υποβολής του αιτήματος (είτε μέσω Φ.Α.Υ., είτε φυσική παρουσία).

Η συμπλήρωση και υποβολή του ανωτέρω εντύπου καθίσταται υποχρεωτική για θεραπείες ειδικής

αγωγής που θα πραγματοποιηθούν από 01-07-2026 και εφεξής.

Συν.: 1 Φ.

**Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗΣ  
ΟΡΓ/ΣΗΣ & ΣΧΕΔ.ΑΓΟΡΑΣ &  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**Π.ΛΙΤΣΑ**

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ

Εσωτ. Διανομή

- 1) Αυτοτελές Τμήμα Γραμματείας Διοικήτριας
- 2) Προϊσταμένη Γενικής Διεύθυνσης Οικονομικών Υποθέσεων
- 3) Προϊσταμένη Γενικής Διεύθυνσης Οργάνωσης & Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας
- 4) Διεύθυνση Πληροφορικής
- 5) Διεύθυνση Ελέγχου & Εκκαθάρισης
- 6) Ειδική Επιτροπή εξέτασης θεμάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

**Έντυπο Βεβαίωσης Θεραπειών Ειδικής Αγωγής για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Βεβαιώνεται ότι ο/η .....  
του ..... με ΑΜΚΑ ..... παρακολούθησε τις  
κάτωθι θεραπείες για το χρονικό διάστημα .....

**Λογοθεραπεία:** .....  
(Ημερομηνίες θεραπειών)

Στοιχεία θεραπευτή

Σφραγίδα / Υπογραφή

Αρ. άδειας άσκησης επαγγέλματος: .....

Αρμόδια εκδούσα αρχή: .....

Ημερομηνία:.....

**Εργοθεραπεία:** .....  
(Ημερομηνίες θεραπειών)

Στοιχεία θεραπευτή

Σφραγίδα / Υπογραφή

Αρ. άδειας άσκησης επαγγέλματος: .....

Αρμόδια εκδούσα αρχή: .....

Ημερομηνία:.....

**Ψυχοθεραπεία:**.....  
(Ημερομηνίες θεραπειών)

Στοιχεία θεραπευτή

Σφραγίδα / Υπογραφή

Αρ. άδειας άσκησης επαγγέλματος: .....

Αρμόδια εκδούσα αρχή: .....

Ημερομηνία:.....

**Φυσικοθεραπεία:** .....  
(Ημερομηνίες θεραπειών)

Κατ' οίκον θεραπείες: ΝΑΙ

ΟΧΙ

Στοιχεία θεραπευτή

Σφραγίδα / Υπογραφή

Αρ. άδειας άσκησης επαγγέλματος: .....

Αρμόδια εκδούσα αρχή: .....

Ημερομηνία:.....

**Ειδική διαπαιδαγώγηση:** .....  
(Ημερομηνίες θεραπειών)

Στοιχεία θεραπευτή

Σφραγίδα / Υπογραφή

Αρ. άδειας άσκησης επαγγέλματος: .....

Αρμόδια εκδούσα αρχή: .....

Ημερομηνία:.....

Οι ως άνω συνεδρίες πραγματοποιήθηκαν και βεβαιώνονται από τον/την εκτελούντα/ούσα τις  
θεραπείες.

Ο/Η Νόμιμος/η Εκπρόσωπος του Κέντρου ή  
Ο/Η Θεραπευτής/τρια

Ημερομηνία / Σφραγίδα / Υπογραφή