

## ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΟΑΥ

Αρ. Ανακοίνωσης: 062026SP08129

Προς: Ειδικούς Ιατρούς με ειδικότητα στη Νευρολογία

### **ΘΕΜΑ: ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΚΩΔΙΚΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας εκδίδει το παρόν έγγραφο δυνάμει του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου, όπως εκάστοτε τροποποιείται, και των περί Γενικού Συστήματος Υγείας (Ειδικοί Ιατροί) Κανονισμών (Κ.Δ.Π. 133/2019) με το οποίο ενημερώνει τους Ειδικούς Ιατρούς με ειδικότητα στη Νευρολογία, ότι από την Πέμπτη, 25 Ιουνίου 2026, τίθενται σε εφαρμογή τα πιο κάτω:

#### **Α. Τροποποίηση βαρύτητας κωδικών που αφορούν σε περιπατητικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (Ambulatory EEG)**

Οι βαρύτητες των πιο κάτω κωδικών τροποποιούνται ως εξής:

<b>CPT Code</b>	<b>Description (EN)</b>	<b>Νέα βαρύτητα</b>
95719	Electroencephalogram (EEG), continuous recording, physician or other qualified healthcare professional review of recorded events, analysis of spike and seizure detection, each increment of greater than 12hours, up to 26hours of EEG recording, interpretation and report after each 24-hour period without video	28,00
95719-52	Electroencephalogram (EEG), continuous recording, physician or other qualified healthcare professional review of recorded events, analysis of spike and seizure detection, each increment of greater than 12hours, up to 26hours of EEG recording, interpretation and report after each 24-hour period without video	14,00

**Υπενθυμίζεται ότι, ο κωδικός 95719-52 χρησιμοποιείται μόνο στις περιπτώσεις η εξέταση δεν είναι δυνατό να ολοκληρωθεί.**

## **Β. Τεκμηρίωση κατοχής κατάλληλου εξοπλισμού με δυνατότητα διενέργειας Ambulatory EEG καταγραφής**

Οι κωδικοί που αναφέρονται στο σημείο Α και αφορούν σε Ambulatory EEG, προϋποθέτουν την κατοχή κατάλληλου φορητού εξοπλισμού για τη διενέργεια Ambulatory EEG.

Προς τεκμηρίωση της κατοχής του σχετικού εξοπλισμού, οι ιατροί που διενεργούν την εν λόγω εξέταση υποχρεούνται να υποβάλουν στον Οργανισμό, εφάπαξ, βεβαίωση από την επίσημη αντιπροσωπεία του κατασκευαστή του μηχανήματος ή από εταιρεία εισαγωγής/διανομής ηλεκτροεγκεφαλογράφων, με την οποία να πιστοποιείται ότι διαθέτουν κατάλληλο εξοπλισμό με δυνατότητα διενέργειας Ambulatory EEG. Η βεβαίωση υποβάλλεται μέσω του προκαθορισμένου εντύπου το οποίο βρίσκεται στο Παράρτημα Ι και αποστέλλεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση [cpt@hio.org.cy](mailto:cpt@hio.org.cy).

Διευκρινίζεται ότι η πράξη δύναται να διενεργείται αποκλειστικά από ιατρούς οι οποίοι έχουν υποβάλει στον Οργανισμό την πιο πάνω βεβαίωση.

**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Ημερομηνία: 24 Ιουνίου 2026**

**Παράρτημα Ι**

**Βεβαίωση Κατοχής Εξοπλισμού με δυνατότητα Ambulatory EEG καταγραφής**

<p><b>ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ</b></p> <p><i>(Συμπληρώνεται υποχρεωτικά από εκπρόσωπο της Κατασκευάστριας Εταιρείας/Επίσημης Αντιπροσωπείας της Κατασκευάστριας Εταιρείας/Προμηθεύτριας Εταιρείας του μηχανήματος. Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική)</i></p>		
<p><b>Δηλώνω υπεύθυνα και βεβαιώνω ότι, ο/η ιατρός ..... με κωδικό ΓΕΣΥ ..... διαθέτει ηλεκτροεγκεφαλογράφο με δυνατότητα διενέργειας Ambulatory EEG</b></p>		
<p><b>Κατασκευαστής:..... Μοντέλο:..... Serial Number:.....</b></p>		
<p><b>Κατασκευάστρια Εταιρεία/Επίσημη αντιπροσωπεία Κατασκευάστριας Εταιρείας/Προμηθεύτρια Εταιρεία</b></p>	<p><b>Επωνυμία εταιρείας:</b></p>	
	<p><b>Όνοματεπώνυμο Εκπρόσωπου:</b></p>	
	<table border="1"> <tr> <td> <p><b>Υπογραφή και σφραγίδα:</b></p> </td> <td> <p><b>Ημερομηνία:</b></p> </td> </tr> </table>	<p><b>Υπογραφή και σφραγίδα:</b></p>
<p><b>Υπογραφή και σφραγίδα:</b></p>	<p><b>Ημερομηνία:</b></p>	