

**WNIOSEK O WYDANIE UPRZEDNIEJ ZGODY
LUB PRZEDŁUŻENIE UPRZEDNIEJ ZGODY**

**Proszę przesłać do właściwego biura rozliczeniowego wspólnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (JSIS):
Adresy znajdują Państwo na ostatniej stronie**

Nazwisko i imię członka:.....
Nr identyfikacyjny pracownika/emerytury:.....
Instytucja i miejsce zatrudnienia:..... adres służbowy:.....
tel.:
W razie korzystania ze świadczeń emerytalnych proszę podać adres domowy / e-mail:
.....
.....
Data zakończenia okresu zatrudnienia/ data zakończenia kontraktu:..... (wypełniają pracownicy kontraktowi lub zatrudnieni na czas określony)

- ☐ Wniosek o **wydanie uprzedniej** zgody¹ dla:
- ☐ członka systemu ☐ małżonka lub uznanego partnera ☐ dziecka ☐ osoby pozostającej na utrzymaniu członka
- Nazwisko i imię:..... Data urodzenia:.....
- ☐ Wniosek o **PRZEDŁUŻENIE** uprzedniej zgody¹ dla:
- ☐ członka systemu ☐ małżonka lub uznanego partnera ☐ dziecka ☐ osoby pozostającej na utrzymaniu członka
- Nazwisko i imię:..... Data urodzenia:.....
- Sygnatura poprzedniej decyzji dot. Uprzedniej zgody: Data upływu ważności decyzji:.....
- ☐ Leczenie **przekraczające** przewidzianą na dany rok maksymalną ilość sesji bez konieczności uzyskania uprzedniej zgody (proszę określić rodzaj leczenia) ⁽⁴⁾

- ☐ **Na podstawie recepty / szczegółowej dokumentacji medycznej (które należy załączyć w zapieczętowanej kopercie celem oceny przez lekarza orzecznika)²**
- wydanej przez dnia:

Wniosek składa się w związku z:

- ☐ **CIĘŻKĄ CHOROBA:** sygnatura decyzji Data upływu ważności decyzji
- ☐ **WYPADKIEM:** ☐ w którym członek został poszkodowany: **data wypadku**
☐ w którym poszkodowana została osoba ubezpieczona poprzez członka JSIS (wyłącznie, gdy odpowiedzialność za wypadek ponoszą osoby trzecie)
- ☐ **CHOROBA ZAWODOWĄ (ACC):** data

Zapoznałem/am się z warunkami i obowiązującymi przepisami i zobowiązuję się ich przestrzegać:

Data

Podpis

- ☐ Członek¹
- ☐ Inna osoba reprezentująca wnioskodawcę:
Nazwisko i imię:

Treatment in conformity with Regulation (UE) 2018/1725 https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2018.295.01.0039.01.ENG&toc=OJ:L:2018:295:TOC

¹ Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat,

² Niektóre świadczenia podlegają szczególnym warunkom dotyczącym ich przepisywania (np. psychoterapia zalecona przez psychiatrę, neuropsychiatrę, neurologa: szczegółowe informacje oraz warunki wykonywania świadczeń znajdują Państwo w części II Ogólnych przepisów wykonawczych)

WNIOSKUJĘ O WYRAŻENIE UPRZEDNIEJ ZGODY NA³:

INNE TERAPIE		Uwagi	Kod JSIS
Liczba przepisanych sesji:			
☐	Drenaż limfatyczny	1	401
☐	Ergoterapia (terapia zajęciowa)	1	402
☐	Interdyscyplinarne ambulatoryjne przywracanie sprawności w placówce szpitalnej	1	403
☐	Rehabilitacja aparatem MDX, leczenie metodą „David Back Clinic” lub szkoła leczenia kręgosłupa	1	404
☐	Kręgarstwo/osteopatia u dzieci poniżej 12 roku życia	1 + 2	405
☐	Mezoterapia	1	407
☐	Promieniowanie ultrafioletowe	1	408
☐	Leczenie falami szokowymi w reumatologii	1	409
☐	Psychoterapia prowadzona przez psychologa/ psychoterapeutę sesje indywidualne	1	420
☐	Psychoterapia prowadzona przez psychologa/ psychoterapeutę sesje rodzinne	1	421
☐	Psychoterapia prowadzona przez psychologa/ psychoterapeutę sesje grupowe	1	422
☐	Kompleksowe wielodyscyplinarne badanie neuropsychologiczne	1	424
☐	Logopedia/ortofonia u osób powyżej 12 roku życia	1	426/427
☐	Ortoptyka	1	429
☐	Endermologia w celu nie-estetycznym	1 + 2	431
☐	Depilacja: obszar ograniczony	1 + 2	432
☐	Depilacja: rozległa	1 + 2	433
☐	Leczenie laserem lub fototerapia dynamiczna w dermatologii	1 + 2	434
☐	Laseroterapia wykonywana przez lekarza rodzinnego	1 + 2	441
☐	Komora hiperbaryczna	1	440
☐	Inne leczenie niewymienione w Ogólnych przepisach wykonawczych – część II, rozdział 8, punkt 2	1 + 2	441 / 950
☐	Leczenie przekraczające przewidzianą na dany rok maksymalną ilość sesji bez konieczności uzyskania uprzedniej zgody (proszę określić rodzaj leczenia) ⁴	1 + 2	

MEDYCZNY PERSONEL POMOCNICZY		Uwagi	Kod JSIS
☐	Świadczenia pielęgniarские będące ☐ zupelnieniem opieki nad chorym w warunkach domowych	1	560

OPIEKA NAD CHORYM			
☐	Krótkotrwała opieka nad chorym w warunkach domowych (do 60 dni)	1 + 3	760
☐	Długotrwała opieka nad chorym w warunkach domowych	1 + 3	761/762
☐	Opieka nad chorym w szpitalu	1	763

KOSZTY POBYTU W PLACÓWKACH PARAMEDYCZNYCH			
☐	Pobyt i opieka w ośrodkach rehabilitacyjno-opiekuńczych	1 + 3	701 à 704 / 720 / 721
☐	Pobyt i opieka w ośrodkach dziennych	1 + 3	711 à 714 / 720 / 722
☐	Pobyt i opieka w pozaszpitalnych ośrodkach leczenia uzależnień	1	730 à 732

UWAGI: Do wniosku należy dołączyć poniższe informacje:

W odniesieniu do poszczególnych wyżej wymienionych rodzajów leczenia proszę uwzględnić następujące uwagi:

- ☐ **Uwaga 1:**
Nazwisko świadczeniodawcy / nazwa placówki:
Kwalifikacje świadczeniodawcy / rodzaj placówki:
Adres (oraz w miarę możliwości nr tel. / nr faksu):

- ☐ **Uwaga 2: Proszę podać rodzaj zabiegu, leczenia, wykorzystanej aparatury, produktów, i innych (patrz recepta)**

- ☐ **Uwaga 3: Formularz oceny stopnia niesamodzielności wypełnia lekarz prowadzący (zob. Ogólne przepisy wykonawcze, część II, rozdział 3)**

³ Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat

⁴ **Liczba sesji leczenia daną metodą niewymagająca składania wniosku o wyrażenie uprzedniej zgody:** kinezyterapia, fizjoterapia i podobne – 60; kręgarstwo/osteopatia u osób w wieku co najmniej 12 lat – 24; akupunktura – 30; aerozoloterapia – 30; konsultacje dietetyczne – 10; psychoterapia prowadzona przez psychiatrę – 30; Logopedia/ortofonia dla dzieci do 12 roku życia – 180 przez kilka lat; psychomotoryczność, grafomotoryczność – 60; pedicure medyczny – 12.

	ANALIZY I BADANIA	Uwagi	Kod JSIS
☐	Szczególne analizy i badania podlegające wymogowi uzyskania uprzedniej zgody	2	545

	WYROBY FARMACEUTYCZNE	Uwagi	Kod JSIS
☐	Szczególne wyroby farmaceutyczne podlegające wymogowi uzyskania uprzedniej zgody	2	521 / 523/ 525
☐	Produkty dietetyczne	2	522

	HOSPITALIZACJA, ZABIEGI CHIRURGICZNE, LECZENIE BEZPŁODNOŚCI METODĄ ZAPŁODNIENIA IN VITRO	Uwagi	Kod JSIS
☐	Pobyt w szpitalu i szczególna opieka podlegające wymogowi uzyskania uprzedniej zgody	1 + 2	221
☐	Zabiegi chirurgii plastycznej korekcyjnej lub rekonstrukcyjnej	1 + 2	201 à 209
☐	Leczenie bezpłodności metodą zapłodnienia in vitro (I.V.F.)	2	260/261

	LECZENIE UZDROWISKOWE / REKONWALESCENCJA	Uwagi	Kod JSIS
☐	Koszty pobytu / opieki podczas leczenia rehabilitacyjnego	1	490 / 491
☐	Koszty opieki podczas leczenia uzdrowiskowego	1 + 2	492 à 498
☐	Koszty opieki podczas leczenia uzdrowiskowego w przypadku ciężkiej choroby	1 + 2	499

	KOSZTY TRANSPORTU		Kod JSIS
☐	Koszty transportu pacjenta niewymagającego pilnej interwencji podlegające wymogowi uzyskania uprzedniej zgody środek transportu: Częstotliwość (liczba podróży T/P): Km T/ P:.....		291
☐	Koszty transportu osoby towarzyszącej środek transportu: Częstotliwość (liczba podróży T/P): Km T/P:..... Imię i nazwisko osoby towarzyszącej:		291

	KOSZTY OSOBY TOWARZYSZĄCEJ	Uwagi	Kod JSIS
☐	Koszty pobytu osoby towarzyszącej w placówce medycznej Liczba dni: Imię i nazwisko osoby towarzyszącej:	1	222
☐	Koszty osoby towarzyszącej (podczas leczenia dziecka poniżej 14 roku życia) Liczba dni: Imię i nazwisko osoby towarzyszącej:	1	222

UWAGI: Do wniosku należy dołączyć poniższe informacje:

W odniesieniu do poszczególnych wyżej wymienionych rodzajów leczenia proszę uwzględnić następujące uwagi:

☐ Uwaga 1:
Nazwisko świadczeniodawcy / nazwa placówki:
Kwalifikacje świadczeniodawcy / rodzaj placówki:
Adres (oraz w miarę możliwości nr tel. / nr faksu):
.....
.....

☐ Uwaga 2: Proszę podać rodzaj zabiegu, leczenia, wykorzystanej aparatury, produktów, i innych (patrz recepta)
.....
.....

	PROTEZY, SPRZĘT ORTOPEDYCZNY I POZOSTAŁY SPRZĘT MEDYCZNY	Uwagi	Kod JSIS
Koszt nabycia:			
☐	Aparaty słuchowe: przypadki szczególne – Ogólne przepisy wykonawcze, część II, rozdział 11, pkt 2.4 (dzieci w wieku do 18 roku życia / ciężkie choroby narządu słuchu)	2	821
☐	Sprzęt dla pacjentów z cukrzycą leczoną insuliną	2	842
☐	Sprzęt dla pacjentów z cukrzycą typu 2	2	843
☐	Glukometr dla pacjentów z cukrzycą		875
☐	Wyroby związane z inkontynencją (nieutrzymaniem moczu)		844
☐	Obuwie ortopedyczne na miarę	2	855 / 856
☐	Protezy włosów – peruki		861
☐	Protezy kończyn, segmentów kończyn: zakup/naprawa	2	862
☐	Aparat do wspomagania oddechu w czasie snu (CPAP): zakup		865
☐	Aparat do wspomagania oddechu w czasie snu (CPAP): wynajem ponad 3 miesiące		866
☐	Aparat do wspomagania oddechu w czasie snu (CPAP): akcesoria/konserwacja (z wyłączeniem roku zakupu aparatu)		867
☐	Aparat do mierzenia ciśnienia		870
☐	Inhalator: zakup		871
☐	Inhalator: wynajem ponad 3 miesiące		872
☐	System próżniowy do leczenia impotencji		876
☐	Aparat do pomiaru krzepliwości krwi (w przypadku przyjmowania leków przeciwkrzepiających przez całe życie)		877
☐	Balkonik: zakup		881
☐	Balkonik: wynajem ponad 3 miesiące		882
☐	Krzesło toaletowe, krzesło do wanny/pod prysznic: zakup		883
☐	Krzesło toaletowe, krzesło do wanny/pod prysznic: wynajem ponad 3 miesiące		884
☐	Łóżko szpitalne (do wykorzystania w domu): zakup		885
☐	Łóżko szpitalne (do wykorzystania w domu): wynajem ponad 3 miesiące		886
☐	Materac przeciwoleżynowy: zakup		887
☐	Materac przeciwoleżynowy: wynajem ponad 3 miesiące		888
☐	Wózek inwalidzki: zakup	2	890
☐	Wózek inwalidzki: wynajem	2	891
☐	Wózek inwalidzki: naprawa	2	892
☐	Pozostały sprzęt oraz sprzęt, którego cena przekracza 2000 EUR (wymagane dostarczenie dwóch szczegółowych kosztorysów porównawczych)	2	895
☐	Pozostały sprzęt: wynajem	2	896

UWAGI: Do wniosku należy dołączyć poniższe informacje:

W odniesieniu do poszczególnych wyżej wymienionych rodzajów leczenia proszę uwzględnić następujące uwagi:

- ☐ **Uwaga 2:** Proszę podać rodzaj zabiegu, leczenia, wykorzystanej aparatury, produktów, i innych (patrz recepta)
-
-

Dane adresowe biur rozliczeniowych wspólnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (JSIS)

European Commission RCAM/JSIS Brussels – Prior authorisation 1049 Brussels Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	European Commission RCAM/JSIS Ispra - Prior authorisation 21027 Ispra Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	European Commission RCAM/JSIS Luxembourg - Prior authorisation 2920 Luxembourg Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)
--	---	--

STAFF Contact - https://digit.service-now.com/esc?id=emp_taxonomy_topic&topic_id=e84c3ee8c34e96d029d81a0