

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA  
o PRÓRROGA DE UNA AUTORIZACIÓN PREVIA**

Remítase a la Oficina de liquidaciones del Régimen Común del Seguro de Enfermedad (RCSE)  
véanse detalles en la última página

Apellidos y nombre del afiliado:.....  
Nº personal/de pensionista:.....  
Institución y lugar de empleo:..... Dirección administrativa:.....  
Tel.:.....  
Dirección particular, si es pensionista / e-mail  
.....  
Fecha del cese del empleo/fecha de fin del contrato:..... (para el personal temporal o el personal contratado)

☐ Solicitud de **AUTORIZACION PREVIA** por<sup>1</sup>:  
☐ el afiliado al régimen ☐ el cónyuge o pareja reconocida ☐ el hijo ☐ la persona considerada como hijo a cargo.  
Apellidos y nombre:..... Fecha de nacimiento:.....

☐ Solicitud de **PRÓRROGA** de una autorización previa por<sup>1</sup>:  
☐ el afiliado al régimen ☐ el cónyuge o pareja reconocida ☐ el hijo ☐ la persona considerada como hijo a cargo.  
Apellidos y nombre:..... Fecha de nacimiento:.....  
Referencia de la decisión anterior relativa a la AP:..... Fecha de final de vigencia:.....

☐ Para tratamientos que **sobrepasen** el número máximo de sesiones previstas por año sin autorización previa  
(especifique el tipo de tratamiento) <sup>(4)</sup>  
.....

☐ Sobre la base de una receta médica / un informe médico detallado (adjúntese en un sobre sellado a la atención del  
consejero médico)<sup>2</sup>  
del Dr. .... el: .....

La presente solicitud está relacionada con :

- ☐ **UNA ENFERMEDAD GRAVE: referencia a la decisión** ..... **Fecha final de vigencia**.....  
☐ **UN ACCIDENTE** : ☐ sufrido por el afiliado: **fecha del accidente** .....  
☐ sufrido por una persona asegurada a través del afiliado (solamente si es responsable un tercero)  
☐ **UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE PROFESIONAL: fecha** .....

**He leído y aceptado las condiciones y normas en vigor:**

Fecha.....

Firma

- ☐ Afiliado<sup>1</sup>  
☐ Otra persona que represente al solicitante:  
Apellidos y  
nombre:.....

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](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)

<sup>1</sup> Rellénese la casilla apropiada.

<sup>2</sup> Ciertos tratamientos están sujetos a condiciones particulares por lo que se refiere a su receta médica (por ejemplo, la psicoterapia prescrita por un psiquiatra / neuropsiquiatra / neurólogo : véase el título II de las DGA para los detalles y condiciones que dependen del tratamiento.

## AUTORIZACIÓN PREVIA SOLICITADA PARA<sup>3</sup>:

	TRATAMIENTOS DIVERSOS	Observaciones	Código RCSE
	Número de sesiones por receta médica: .....		
<input type="checkbox"/>	Drenaje linfático	1	401
<input type="checkbox"/>	Ergoterapia (terapia profesional)	1	402
<input type="checkbox"/>	Rehabilitación funcional pluridisciplinar ambulatoria en un servicio hospitalario	1	403
<input type="checkbox"/>	Rehabilitación con aparato MDX, tratamiento con método DBC o Escuela de la Espalda	1	404
<input type="checkbox"/>	Quiropráctica / osteopatía para hijos menores de 12 años	1 + 2	405
<input type="checkbox"/>	Tratamiento mesodérmico	1	407
<input type="checkbox"/>	Rayos ultravioleta	1	408
<input type="checkbox"/>	Terapia por ondas de choque en reumatología	1	409
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia por un psicólogo / psicoterapeuta: terapia individual	1	420
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia por un psicólogo / psicoterapeuta: terapia familiar	1	421
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia por un psicólogo / psicoterapeuta: terapia de grupo	1	422
<input type="checkbox"/>	Evaluación neuropsicológica pluridisciplinar	1	424
<input type="checkbox"/>	Logopedia / ortofonía para personas mayores de 12 años	1	426/427
<input type="checkbox"/>	Ortótica	1	429
<input type="checkbox"/>	Endermología con objetivos no estéticos	1 + 2	431
<input type="checkbox"/>	Eliminación de pelo (depilación): limitada	1 + 2	432
<input type="checkbox"/>	Eliminación de pelo (depilación): amplia	1 + 2	433
<input type="checkbox"/>	Tratamiento láser o fototerapia dinámica en dermatología	1 + 2	434
<input type="checkbox"/>	Terapia de láser llevada a cabo por un generalista	1 + 2	441
<input type="checkbox"/>	Cámara hiperbárica	1	440
<input type="checkbox"/>	Otros tratamientos no mencionados en las DGA - título II, capítulo 8, punto 2	1 + 2	441/950
<input type="checkbox"/>	Para tratamientos que sobrepasen el número máximo de sesiones previstas por año sin autorización previa (especifique el tipo de tratamiento) <sup>4</sup> .....	1 + 2	

	AUXILIARES MÉDICOS	Observaciones	Código RCSE
<input type="checkbox"/>	Tratamiento por cuidador además de las prestaciones de cuidador a domicilio	1	560

	PRESTACIONES DE CUIDADOR		
<input type="checkbox"/>	Prestaciones de cuidador a domicilio (máximo 60 días)	1 + 3	760
<input type="checkbox"/>	Prestaciones de cuidador de larga duración	1 + 3	761/762
<input type="checkbox"/>	Prestaciones de cuidador en el ámbito hospitalario	1	763

	COSTES DE ALOJAMIENTO EN ESTABLECIMIENTOS PARAMÉDICOS		
<input type="checkbox"/>	Estancia / cuidados en una clínica de reposo y de cura	1 + 3	701 a 704/720/721
<input type="checkbox"/>	Estancia / cuidados en un centro de atención diurna	1 + 3	711 a 714/720/722
<input type="checkbox"/>	Servicios de cuidadores en un hospital.	1	730 a 732

### OBSERVACIONES: Información adicional que debe proporcionarse:

Complete su solicitud de autorización previa teniendo en cuenta las observaciones indicadas para cada uno de los tratamientos antes mencionados:

☐ **Observación nº 1:**

**Nombre del facultativo (cuidador) / establecimiento:** .....

**Cualificaciones del facultativo (cuidador) / tipo de establecimiento:** .....

**Dirección (+ Tel. nº / Fax si es posible):** .....

.....

.....

☐ **Observación nº 2: Especifique el tipo de intervención / tratamiento / instrumentos / producto / otros (véase la receta médica)**

.....

.....

☐ **Observación nº 3: Formulario de evaluación funcional de independencia que debe ser rellenado por el médico facultativo (véanse las DGA, título II, capítulo 3)**

<sup>3</sup> Rellene la casilla apropiada

<sup>4</sup> **Número de sesiones por año sin AP:** kinesiología, fisioterapia y tratamientos asimilables (60); quiropráctica/osteopatía para personas de 12 años o más (24); acupuntura (30); aerosolterapia (30); consulta a un dietista (10); psicoterapia por un psiquiatra (30); logopedia/ortofonía para hijos de hasta 12 años (180 a lo largo de varios años); terapia psicomotriz/grafomotriz (60); pedicura médica (12)

	<b>ANÁLISIS Y EXÁMENES</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Código RCSE</b>
<input type="checkbox"/>	Análisis / exámenes específicos sujetos a autorización previa	2	545

	<b>PRODUCTOS FARMACÉUTICOS</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Código RCSE</b>
<input type="checkbox"/>	Productos farmacéuticos específicos sujetos a autorización previa	2	/.525 521/523
<input type="checkbox"/>	Productos dietéticos	2	522

	<b>HOSPITALIZACIONES, OPERACIONES QUIRÚRGICAS, TRATAMIENTOS FIV</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Código RCSE</b>
<input type="checkbox"/>	Estancia en el hospital y cuidados específicos sujetos a autorización previa	1 + 2	221
<input type="checkbox"/>	Cirugía plástica correctiva o restauradora	1 + 2	201 a 209
<input type="checkbox"/>	Tratamiento de fecundación <i>in vitro</i> (FIV)	2	260/261

	<b>CURAS</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Código RCSE</b>
<input type="checkbox"/>	Costes de la estancia / de los cuidados de la cura para convalecientes	1	490/491
<input type="checkbox"/>	Costes de los cuidados de la cura térmica	1 + 2	492 a 498
<input type="checkbox"/>	Costes de los cuidados de la cura térmica en caso de enfermedad grave	1 + 2	499

	<b>TRANSPORTE</b>		<b>Código RCSE</b>
<input type="checkbox"/>	Costes no urgentes de transporte contemplados por la AP Medio de transporte: ..... <b>Frecuencia (número de viajes ida / ida y vuelta): ..... Km ida/vuelta:.....</b>		291
<input type="checkbox"/>	Costes de transporte para el acompañante Medio de transporte: ..... <b>Frecuencia (número de viajes ida / ida y vuelta): ..... Km ida/vuelta:.....</b> <b>Nombre del acompañante: .....</b>		291

	<b>COSTES DEL ACOMPAÑANTE</b>	<b>Observaciones</b>	<b>Código RCSE</b>
<input type="checkbox"/>	Costes de un acompañante en un establecimiento médico <b>Número de días: .....</b> <b>Nombre del acompañante: .....</b>	1	222
<input type="checkbox"/>	Costes de un acompañante (durante una cura de un hijo menor de 14 años ) <b>Número de días: .....</b> <b>Nombre del acompañante: .....</b>	1	222

**OBSERVACIONES: Información adicional que debe proporcionarse:**

Complete su solicitud de autorización previa teniendo en cuenta las observaciones indicadas para cada uno de los tratamientos antes mencionados:

- ☐ **Observación nº 1:**  
**Nombre del facultativo (cuidador) / establecimiento:** .....  
**Cualificaciones del facultativo (cuidador) / tipo de establecimiento:** .....  
**Dirección (+ Tel. nº / Fax si es posible):** .....  
 .....  
 .....
- ☐ **Observación nº 2: Especifique el tipo de intervención / tratamiento / instrumentos / producto / otros (véase la receta médica)**  
 .....  
 .....

APLICACIONES ORTOPÉDICAS Y OTRO EQUIPO MÉDICO		Observaciones	Código RCSE
Precio de la adquisición: .....			
<input type="checkbox"/>	Audífonos; casos especiales - GDA - título II, capítulo 11, punto 2.4 (hijos de hasta 18 años / enfermedad grave relacionada con la audición)	2	821
<input type="checkbox"/>	Equipo para tratamiento de diabetes con insulina	2	842
<input type="checkbox"/>	Equipo para diabetes de tipo-2	2	843
<input type="checkbox"/>	Glucómetro para diabetes		875
<input type="checkbox"/>	Material para incontinencia		844
<input type="checkbox"/>	Calzado ortopédico correctivo hecho a la medida	2	855/856
<input type="checkbox"/>	Injerto capilar / peluca		861
<input type="checkbox"/>	Miembros artificiales y segmentos: compra / reparación	2	862
<input type="checkbox"/>	CPAP (apnea del sueño): compra		865
<input type="checkbox"/>	CPAP (apnea del sueño): alquiler que sobrepase 3 meses		866
<input type="checkbox"/>	CPAP: accesorios y mantenimiento (excluido el año de compra)		867
<input type="checkbox"/>	Tensiómetro		870
<input type="checkbox"/>	Aerosol: compra		871
<input type="checkbox"/>	Aerosol: alquiler que sobrepase 3 meses		872
<input type="checkbox"/>	Aparatos de vacío para tratamiento de la impotencia		876
<input type="checkbox"/>	Instrumentos para medir el tiempo de coagulación de sangre (en caso de tratamiento permanente para anticoagulación)		877
<input type="checkbox"/>	Andador: compra		881
<input type="checkbox"/>	Andador: alquiler que sobrepase 3 meses		882
<input type="checkbox"/>	Silla con orinal, asiento de ducha / baño: compra		883
<input type="checkbox"/>	Silla con orinal, asiento de ducha / baño: alquiler que sobrepase 3 meses		884
<input type="checkbox"/>	Cama de tipo hospitalario (a domicilio): compra		885
<input type="checkbox"/>	Cama de tipo hospitalario (a domicilio): alquiler que sobrepase 3 meses		886
<input type="checkbox"/>	Colchón de reducción de la presión: compra		887
<input type="checkbox"/>	Colchón de reducción de la presión: alquiler que sobrepase 3 meses		888
<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas: compra	2	890
<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas: alquiler	2	891
<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas: reparación	2	892
<input type="checkbox"/>	Otro material + material que sobrepase los 2 000 € (son obligatorios dos presupuestos comparativos detallados)	2	895
<input type="checkbox"/>	Otros materiales: alquiler	2	896

**OBSERVACIONES: Información adicional que debe proporcionarse:**

Complete su solicitud de autorización previa teniendo en cuenta las observaciones indicadas para cada uno de los tratamientos antes mencionados:

☐ Observación nº 2: **Especifique el tipo de intervención / tratamiento / instrumentos / producto / otros (véase la receta médica)**

.....

**Direcciones de las oficinas de liquidaciones del Régimen Común del Seguro de Enfermedad (RCSE)**

Brussels Settlements Office European Commission	Ispra Settlements Office European Commission	Luxembourg Settlements Office European Commission
JSIS Brussels – Prior authorisation B-1049 Brussels	JSIS Ispra – Prior authorisation PMO/06 – TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra	JSIS Luxembourg – Prior authorisation DRB – B1/073 L-2920 Luxembourg
JSIS Contact hotline +32-2-29 97777 (9:30 – 12:30)	JSIS Contact hotline +39-0332-785757(9:30-12:30)	JSIS Contact hotline +352-4301 36100 (9:30-12:30)
<b>STAFF Contact</b> - <a href="https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx">https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx</a>		