

**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** por¹:
 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 por¹:
 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) ⁽⁴⁾
.....

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

La presente solicitud está relacionada con :

UNA ENFERMEDAD GRAVE: referencia a la decisiónFecha 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

- Afiliado¹
 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

¹ Rellénesse la casilla apropiada.

² 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 PARA³:

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) ⁴	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		Observaciones	Código RCSE
<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		Observaciones	Código RCSE
<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)**

³ Rellene la casilla apropiada

⁴ **Número de sesiones por año sin AP:** kinesiterapia, 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)

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

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

	HOSPITALIZACIONES, OPERACIONES QUIRÚRGICAS, TRATAMIENTOS FIV	Observaciones	Código RCSE
<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

	CURAS	Observaciones	Código RCSE
<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

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

	COSTES DEL ACOMPAÑANTE	Observaciones	Código RCSE
<input type="checkbox"/>	Costes de un acompañante en un establecimiento médico Número de días: Nombre del acompañante:	1	222
<input type="checkbox"/>	Costes de un acompañante (durante una cura de un hijo menor de 14 años) Número de días: Nombre del acompañante:	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	Luxemburg 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)
STAFF Contact - https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx		