



BEGÄRAN OM FÖRHANDSTILLSTÅND
ELLER FÖRLÄNGNING AV FÖRHANDSTILLSTÅND

DAP SV 02 2021

Blanketten ska sändas till berört avräkningskontor inom det gemensamma sjukförsäkringssystemet (JSIS)
För adress se nedan

Den försäkrades efternamn och tilltalsnamn:.....

Anställningsnummer/Pensionsnummer:.....

Institution och tjänsteort:.....Kontorsadress:

Tfn:.....

Privat adress för pensionerad / E-post:

Dag då anställningen upphörde/kontraktet löpte ut:..... (för tillfälligt anställda eller kontraktsanställda)

☐ Begäran om **förhandstillstånd** för¹ :

☐ försäkrad ☐ make eller erkänd partner ☐ barn ☐ personer som jämställs med underhållsberättigade barn

Efternamn och tilltalsnamn:..... Födelsedatum:.....

☐ Begäran om **FÖRLÄNGNING** av förhandstillstånd för¹

☐ försäkrad ☐ make eller erkänd partner ☐ barn ☐ personer som jämställs med underhållsberättigade barn

Efternamn och tilltalsnamn:..... Födelsedatum:.....

Referensnummer på tidigare beslut om förhandstillstånd:..... Sista giltighetsdatum

☐ För behandlingar som **överstiger** det högsta antalet tillfällen per år utan förhandstillstånd

(ange typ av behandling) ⁽⁴⁾

☐ **Läkarordination/ detaljerad medicinsk rapport (bifogas i ett förslutet kuvert till den medicinska rådgivaren) ²**

Från dr den

Rör denna begäran en

☐ **ALLVARLIG SJUKDOM:** Beslutets referensnummer Sista giltighetsdag

☐ **OLYCKA** ☐ som rör den försäkrade: **datum då olyckan inträffade:**.....

☐ som rör en person som är försäkrad genom den person som är försäkrad i det gemensamma sjukförsäkringssystemet (endast om en tredje part bär ansvaret för olyckan)

☐ **ARBETSSJUKDOM:** Datum:

Jag har läst gällande villkor och bestämmelser och förbinder mig att följa dem:

Datum:

Underskrift

☐ Försäkrad¹

☐ Underskrift av person som företräder den sökande:

Efternamn och förnamn:

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 Markera rätt alternativ.

² För vissa behandlingar gäller specifika regler för remisser (t.ex. psykoterapibehandling bör vara ordinerad av en psykiater/neuropsykiater/neurolog): var vänlig att kontrollera vilka regler som gäller för olika typer av behandlingar under Titel II i General Implementing Provisions.

FÖRHANDSTILLSTÅND FÖR³:

	DIVERSE BEHANDLINGAR	Anmärkningar	Koder JSIS
Antal tillfällen med läkarordination			
<input type="checkbox"/>	Lymfdränage	1	401
<input type="checkbox"/>	Arbetsterapi	1	402
<input type="checkbox"/>	Tvårvetenskaplig funktionell rehabilitering i öppenvård vid sjukhusinrättning	1	403
<input type="checkbox"/>	Rehabilitering med ryggskola/MDX-apparat, behandlingar enligt metoden "David Back Clinic"	1	404
<input type="checkbox"/>	Kiropraktik/osteopati för barn under 12 år	1 + 2	405
<input type="checkbox"/>	Mesodermal mikroinsprutningsterapi	1	407
<input type="checkbox"/>	Ultraviolet strålning	1	408
<input type="checkbox"/>	Chockvågsbehandling hos reumatolog	1	409
<input type="checkbox"/>	Psykoterafi utförd av psykolog/psykoterapeut: individual session	1	420
<input type="checkbox"/>	Psykoterafi utförd av psykolog/psykoterapeut: familjebehandling	1	421
<input type="checkbox"/>	Psykoterafi utförd av psykolog/psykoterapeut: gruppbehandling	1	422
<input type="checkbox"/>	Tvårvetenskaplig neuropsykologisk kontroll	1	424
<input type="checkbox"/>	Logopedi/röstvård för personer som är äldre än 12 år	1	426/427
<input type="checkbox"/>	Ortopatik	1	429
<input type="checkbox"/>	Endermologibehandling för andra ändamål än estetiska	1 + 2	431
<input type="checkbox"/>	Epilering: begränsad	1 + 2	432
<input type="checkbox"/>	Epilering: omfattande	1 + 2	433
<input type="checkbox"/>	Laserbehandling eller dynamisk fototerapi hos dermatolog	1 + 2	434
<input type="checkbox"/>	Laserbehandling hos allmänpraktiserande läkare	1 + 2	441
	Hyperbarisk syrgasbehandling	1	440
<input type="checkbox"/>	Andra behandlingar som inte omnämns i de allmänna genomförandebestämmelsernas avdelning II kapitel 8 punkt 2.	1 + 2	441 / 950
<input type="checkbox"/>	För behandlingar som överstiger det högsta antalet tillfällen per år utan förhandstillstånd (ange typ av behandling) ⁴	1 + 2	

	MEDICINSKA ASSISTENTER	Anmärkningar	Koder JSIS
<input type="checkbox"/>	Vård och omsorg utöver vårdtjänster i hemmet	1	560

	Vårdtjänster		
<input type="checkbox"/>	Tillfällig vård i hemmet (högst 60 dagar)	1 + 3	760
<input type="checkbox"/>	Långvarig vård i hemmet	1 + 3	761/762
<input type="checkbox"/>	Vårdbiträdestjänster på sjukhus	1	763

	VISTELSEKOSTNADER PÅ PARAMEDICINSKA INRÄTTNINGAR		
<input type="checkbox"/>	Vistelse/vård på vilo- och vårdinrättningar	1 + 3	701– 704 / 720 / 721
<input type="checkbox"/>	Vistelse/vård på dagcenter	1 + 3	711– 714 / 720 / 722
<input type="checkbox"/>	Vistelse/vård på avgiftningscenter som inte är sjukhus.	1	730 à 732

ANMÄRKNINGAR: Ytterligare uppgifter som ska lämnas:

Fyll i din begäran om förhandstillstånd med beaktande av de anmärkningar som anges för var och en av ovanstående behandlingar:

☐ Anmärkning 1:

Namn på vårdgivaren (vårdbiträde)/inrättning:

Vårdgivarens (vårdbiträdets) kvalifikationer/slag av inrättning:

Adress (+ telefonnummer/faxnummer om möjligt):

.....

☐ Anmärkning 2: Specificera typen av ingrepp/behandling/apparat/läkemedel/annat (se läkarordinationen)

.....

.....

☐ Anmärkning 3: Blankett för bedömning av funktionell självständighet som ska fyllas i av den behandlande läkaren (se Avdelning II kapitel 3 i de allmänna genomförandebestämmelserna)

³ Var vänlig att markera i den rätta rutan

⁴ Antal besök utan förhandstillstånd per år: sjukgymnastik, fysioterapi och liknande behandlingar (60); kiropraktik/osteopati för personer från och med 12 års ålder (24); akupunktur (30); aerosolbehandling (30); dietetisk behandling (10); psykoterafi utförd av psykiater (30), logopedisk/ortopedisk behandling t.o.m 12 år (180 över flera år); psykomotorisk/grafomotorisk behandling (60); medicinsk fotvård (12)

--

	ANALYSER OCH UNDERSÖKNINGAR	Anmärkningar	Koder JSIS
<input type="checkbox"/>	Särskilda analyser/undersökningar som kräver förhandstillstånd	2	545

	LÄKEMEDEL	Anmärkningar	Koder JSIS
<input type="checkbox"/>	Särskilda läkemedel som omfattas av förhandstillstånd	2	521 / 523/ 525
<input type="checkbox"/>	Dietprodukter	2	522

	SJUKHUSVISTELSER, KIRURGISKA INGREPP, INVITROFERTILISERING	Anmärkningar	Koder JSIS
<input type="checkbox"/>	Sjukhusvistelse och särskild vård som omfattas av förhandstillstånd	1 + 2	221
<input type="checkbox"/>	Korrigerande eller rekonstruktiv plastikkirurgi	1 + 2	201– 209
<input type="checkbox"/>	Invitrofertilisering	2	260/261

	KURBEHANDLINGAR	Anmärkningar	Koder JSIS
<input type="checkbox"/>	Vistelsekostnader/konvalescenskur	1	490 / 491
<input type="checkbox"/>	Brunnsdrickning	1 + 2	492–498
<input type="checkbox"/>	Brunnsdrickning vid allvarlig sjukdom	1 + 2	499

	TRANSPORTKOSTNADER		Koder JSIS
<input type="checkbox"/>	Kostnader för icke akuta transporter för vilka förhandstillstånd krävs transportmedel. Antal resor (enkelresor/tur- och retur): Antal km enkelresa/tur- och returresor:.....		291
<input type="checkbox"/>	Transportkostnader för medföljande person transportmedel. Antal resor (enkelresor/tur- och returresor): Antal km enkelresa/tur- och returresa:.... Den medföljande personens namn:		291

	KOSTNADER FÖR MEDFÖLJANDE PERSON	Anmärkningar	Koder JSIS
<input type="checkbox"/>	Kostnader för medföljande person på en vårdinrättning Antal dagar: Den medföljande personens namn:	1	222
<input type="checkbox"/>	Kostnader för medföljande person (under en kurbehandling för ett barn som är under än 14 år) Antal dagar: Den medföljande personens namn:	1	222

<p>ANMÄRKNINGAR: Ytterligare uppgifter som ska lämnas:</p> <p>Fyll i din begäran om förhandstillstånd med beaktande av de anmärkningar som anges för var och en av ovanstående behandlingar:</p> <p><input type="checkbox"/> Anmärkning 1: Namn på vårdgivaren (vårdbiträde)/inrättning: Vårdgivarens (vårdbiträdets) kvalifikationer/slag av inrättning: Adress (+ telefonnummer/faxnummer om möjligt):</p> <p><input type="checkbox"/> Anmärkning 2: Specificera typen av ingrepp/behandling/apparat/läkemedel/annat (se läkarordinationen)</p>

	ORTOPEDISKT ARTIKLAR OCH ANNAN MEDICINSK UTRUSTNING	Anmärkningar	Koder JSIS
Inköpspris:			
<input type="checkbox"/>	Hörapparat: Speciella fall – allmänna genomförandebestämmelserna – Avdelning II kapitel 11, punkt 2.4 (barn upp till 18 år/allvarlig hörselsjukdom)	2	821
<input type="checkbox"/>	Material för insulinbehandlad diabetes	2	842
<input type="checkbox"/>	Material för typ 2-diabetes	2	843
<input type="checkbox"/>	Blodsockermätare för diabetes		875
<input type="checkbox"/>	Material för inkontinens		844
<input type="checkbox"/>	Måttbeställda ortopediska skor	2	855 / 856
<input type="checkbox"/>	Hårproteser/peruk		861
<input type="checkbox"/>	Extremiteter, delar av extremiteter: Inköp/reparation	2	862
<input type="checkbox"/>	CPAP-utrustning (för sömnapné): inköp		865
<input type="checkbox"/>	CPAP-utrustning (för sömnapné): hyra i mer än 3 månader		866
<input type="checkbox"/>	CPAP: tillbehör och underhåll av CPAP-utrustningen (utom under inköpsåret)		867
<input type="checkbox"/>	Blodtrycksmätare		870
<input type="checkbox"/>	Aerosol : inköp		871
<input type="checkbox"/>	Aerosol : hyra i mer än 3 månader		872
<input type="checkbox"/>	Vakuumpump för impotensbehandling		876
<input type="checkbox"/>	Apparat för att mäta koagulationstid (vid livslång antikoagulation)		877
<input type="checkbox"/>	Gåram/rullator: inköp		881
<input type="checkbox"/>	Gåram/rullator: hyra i mer än 3 månader		882
<input type="checkbox"/>	Toalettstol, duschstol: inköp		883
<input type="checkbox"/>	Toalettstol, duschstol: hyra i mer än 3 månader		884
<input type="checkbox"/>	Vårdsäng (i hemmet) inköp		885
<input type="checkbox"/>	Vårdsäng (i hemmet): hyra i mer än 3 månader		886
<input type="checkbox"/>	Tryckavlastande madrass: inköp		887
<input type="checkbox"/>	Tryckavlastande madrass: hyra i mer än 3 månader		888
<input type="checkbox"/>	Rullstol: inköp	2	890
<input type="checkbox"/>	Rullstol: hyra	2	891
<input type="checkbox"/>	Rullstol: reparation	2	892
<input type="checkbox"/>	Annan utrustning + utrustning som överstiger 2 000 euro (2 detaljerade jämförande beräkningar krävs)	2	895
<input type="checkbox"/>	Annan utrustning: hyra	2	896

ANMÄRKNINGAR: Ytterligare uppgifter som ska lämnas:

Fyll i din begäran om förhandstillstånd med beaktande av de anmärkningar som anges för var och en av ovanstående behandlingar:

☐ Anmärkning 2: **Specificera typen av ingrepp/behandling/apparat/läkemedel/annat (se läkarordinationen)**

.....

Adresser till avräkningskontoren inom det gemensamma sjukförsäkringssystemet

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