

Ogólny Informator o Programie "Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa"

Ogólne założenia Programu.

1. Program skierowany jest wyłącznie do osób (par) zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków.
2. W 2023 r. Program ma objąć co najmniej 360 par. Środki finansowe przeznaczone na rok 2023 to 1 800 000 zł.
3. Para ma swobodę wyboru realizatora; Parens Centrum Leczenia Niepłodności jest jednym z 11 realizatorów.
4. Jedna para pacjentów może otrzymać dofinansowanie do jednego cyklu leczenia
5. Gmina Miejska Kraków nie przydziela żadnemu realizatorowi minimalnych środków.
6. Ostateczną kwalifikację par do Programu przeprowadza Gmina wg kolejności składania wniosków.
7. Realizator otrzymuje potwierdzenie dostępności środków finansowych dla zakwalifikowanej pary.
8. Nabór wniosków o udział w Programie ma się rozpocząć w jednolitym dla wszystkich Realizatorów terminie, określonym przez Gminę.
9. Złożenie wniosku o udział w Programie nie gwarantuje uzyskania dofinansowania.
10. Wszystkie procedury objęte dofinansowaniem muszą zakończyć się do 31 grudnia 2023 r.

Realizacja Programu w Centrum Parens.

1. Etap formalny - u Realizatora

- zapoznanie się z opisem Programu i wymogami formalnymi
- złożenie wniosku przez parę oraz podpisanie wszelkich wymaganych klauzul
- weryfikacja poprawności wniosku oraz wymogów formalnych przystąpienia do Programu
- nadanie wnioskowi kolejnego numeru (wg kolejności zgłoszeń)

Ważne. Złożenie poprawnego wniosku nie gwarantuje przydzielenia środków finansowych.

2. Etap medyczny - u Realizatora

- weryfikacja zgromadzonej dokumentacji medycznej
- ocena historii choroby i leczenia pary w kontekście wymogów podstawowych korzystania z metod wspomaganego rozrodu
- ocena historii choroby i leczenia pary w kontekście wymogów Programu
- kwalifikacja medyczna do Programu

Ważne. Pozytywna kwalifikacja medyczna nie gwarantuje przydzielenia środków finansowych

3. Złożenie wniosku do Gminy Kraków

Pozytywnie zweryfikowany wniosek oraz kwalifikacja medyczna są podstawą do złożenia wniosku o dofinansowanie dla pary.

Wniosek o dofinansowanie składa w Gminie Kraków Realizator.

Gmina Kraków przydziela środki finansowe wg kolejności składanych mailowo wniosków- decyduje data i godzina.

Informację o przydziale środków Gmina Kraków przesyła do Realizatora oraz do zainteresowanej pary, nie później niż w trzecim dniu roboczym, po dniu złożenia wniosku o dofinansowanie.

Przydzielone dofinansowanie stanowi potwierdzenie kwalifikacji pary do Programu.

Od tego momentu Centrum Parens realizuje świadczenia opisane w Programie zgodnie z zakresem i cenami uzgodnionymi z Gminą Kraków.



4. Finansowanie świadczeń udzielanych w Centrum Parens.

Para ponosi koszty świadczeń zgodnie z cennikiem, który stanowi załącznik do Wniosku o przystąpienie do Programu.

Dofinansowanie do procedur objętych Programem ustalono w Centrum Parens następująco:

- do procedury zapłodnienia pozaustrojowego

1700 zł - opłata za wykonanie procedury pobrania komórek jajowych +

3300 zł - opłata częściowa za wykonanie procedur biotechnologicznych zapłodnienia pozaustrojowego

- do procedury adopcji zarodka

2500 zł - opłata częściowa za wykonanie części biotechnologicznej programu adopcji zarodka

Wszystkie pozostałe koszty leczenia ponosi para.

W przypadku zakończenia leczenia z powodów medycznych, określonych przez lekarza, para może wnioskować o sfinansowanie innych, niż wyżej wymienione, świadczeń wchodzących w zakres planowanych interwencji Programu (Ustęp III.3. Programu)

W przypadku zakończenia leczenia z przyczyn innych, niż medyczne, parze nie przysługuje żadne dofinansowanie.

5. Wszelkie pytania prosimy kierować drogą mailową:

adres: info@parens.pl

Temat: Program Gmina Kraków

Dołożymy wszelkich starań, aby odpowiedzieć na wszystkie Państwa pytania i wątpliwości.



CENNIK 2023			
Nazwa badania, świadczenia zdrowotnego lub usługi		Cena jednostkowa brutto	
Konsultacje specjalistyczne			
1.	Konsultacja ginekologiczna	250,00	zł brutto
2.	Konsultacja urologiczna/ andrologiczna	300,00	zł brutto
3.	Konsultacja immunologiczna	300,00	zł brutto
4.	Konsultacja genetyczna	250,00	zł brutto
5.	Konsultacja z zakresu mikrobiologii lekarskiej	250,00	zł brutto
6.	Konsultacja psychologiczna	Bezpłatnie	zł brutto
7.	Konsultacja embriologiczna	Bezpłatnie	zł brutto
8.	USG- monitoring cyklu stymulacji	150,00	zł brutto
Badania diagnostyczne			
9.	Estradiol	42,00	zł brutto
10.	Progesteron	42,00	zł brutto
11.	HIV	58,00	zł brutto
12.	HBS	33,00	zł brutto
13.	Anty HBC	75,00	zł brutto
14.	VDRL	20,00	zł brutto
15.	Grupa krwi	55,00	zł brutto
16.	Toxoplazmoza IgM	52,00	zł brutto
17.	Toxoplazmoza IgG	52,00	zł brutto
18.	CMV IgM	56,00	zł brutto
19.	Różyczka IgG	52,00	zł brutto
20.	HCV	55,00	zł brutto
21.	HTLV-1	116,00	zł brutto
22.	Malaria T-cruzi	25,00	zł brutto
23.	Chlamydia	100,00	zł brutto
24.	Cytologia	55,00	zł brutto
25.	Wymaz z pochwy	80,00	zł brutto
26.	Mycoplasma	50,00	zł brutto
27.	Ureaplasma	50,00	zł brutto
28.	Albumina	15,00	zł brutto
29.	APTT	17,00	zł brutto
30.	Kreatynina	15,00	zł brutto
31.	Mocz	18,00	zł brutto
32.	Mocznik	14,00	zł brutto
33.	Morfologia	16,00	zł brutto
34.	Potas	14,00	zł brutto
35.	Sód	14,00	zł brutto
36.	PT	17,00	zł brutto
37.	AMH	180,00	zł brutto
38.	FSH	41,00	zł brutto
39.	TSH	31,00	zł brutto
40.	Prolaktyna	40,00	zł brutto
41.	Anty TPO	55,00	zł brutto
42.	Seminogram	150,00	zł brutto
43.	Chromatyna plemnikowa	300,00	zł brutto

44.	MarrlgG	80,00	zł brutto
45.	HBA	270,00	zł brutto
46.	Kariotyp	400,00	zł brutto
47.	AZF	300,00	zł brutto
48.	CFTR	300,00	zł brutto
Procedury medycznie wspomaganej prokreacji			
49.	Znieczulenie anestetyczne do zabiegu pobrania komórek jajowych/ biopsji jądra	550,00	zł brutto
50.	Pobranie komórek jajowych	1700,00	zł brutto
51.	Część biotechnologiczna: preparatyka nasienia, zapłodnienie pozaustrojowe, hodowla zarodków, monitorowanie rozwoju zarodków	4300,00	zł brutto
52.	Transfer świeżych zarodków po punkcji jajników	900,00	zł brutto
53.	Transfer mrożonych zarodków	1600,00	zł brutto
54.	Biopsja jądra / najądrzy	2500,00	zł brutto
55.	Dobór dawcy nasienia	Bezpłatnie	zł brutto
56.	Usługa banku nasienia	wycena indywidualna	zł brutto
57.	Dobór dawczyni oocytów	Bezpłatnie	zł brutto
58.	Usługa banku oocytów	wycena indywidualna	zł brutto
59.	Program adopcji zarodka/ część biotechnologiczna	3750,00	zł brutto
60.	Program adopcji zarodka/ kriotransfer zarodka	1600,00	zł brutto
Procedury kriogeniczne			
61.	Kriokonserwacja zarodków/ oocytów- 1 słomka	1000,00	zł brutto
62.	Kriokonserwacja zarodków/ oocytów- każda kolejna słomka	500,00	zł brutto
63.	Przechowywanie zarodków/ oocytów- opłata roczna	500,00	zł brutto
64.	Kriokonserwacja bioptatu (tkanka jądra)	1300,00	zł brutto
65.	Kriokonserwacja nasienia do procedur ART.	500,00	zł brutto
66.	Przechowywanie nasienia / bioptatu- opłata roczna	350,00	zł brutto

WNIOSEK O UDZIAŁ W PROGRAMIE

WNIOSEK NR	Osoba przyjmująca WNIOSEK
DATA WPŁYWU	
Data, pieczętka i podpis	

WNIOSKUJĄCY

PACJENTKA				PACJENT			
Imię				Imię			
Nazwisko				Nazwisko			
Data urodzenia				Data urodzenia			
PESEL				PESEL			
Dokument tożsamości (Seria, numer, kraj wydania)*				Dokument tożsamości (Seria, numer, kraj wydania)*			
*) uzupełnić tylko w przypadku braku numeru PESEL							
Nr telefonu do kontaktu				Nr telefonu do kontaktu			
Adres (y) e-mail:							

Oświadczenia o miejscu zamieszkania

Ja niżej podpisana oświadczam, że: 1. mieszkam na terenie gminy miejskiej Kraków w rozumieniu Kodeksu cywilnego tj. Art. 25. Miejsce zamieszkania osoby fizycznej Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. Art. 28. Zasada jednego miejsca zamieszkania Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania. 2. Otrzymałam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.	Ja niżej podpisany oświadczam, że: 1. mieszkam na terenie gminy miejskiej Kraków w rozumieniu Kodeksu cywilnego tj. Art. 25. Miejsce zamieszkania osoby fizycznej Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. Art. 28. Zasada jednego miejsca zamieszkania Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania. 2. Otrzymałem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.
Adres zamieszkania:	Adres zamieszkania:
Data i podpis (pacjentka)	Data i podpis (pacjent)



Świadoma zgoda na udział w Programie

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że uzyskałam/-łem wyczerpujące informacje dotyczące programu: "Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa"

oraz że

- zapoznałam/-łem się z Programem, zasadami jego finansowania, w tym, że Program jest finansowany ze środków Gminy Miejskiej Kraków; otrzymałam/-łem kopię Opisu Programu i w pełni akceptuję jego założenia
- otrzymałam/-łem Ogólny Informator o Programie
- otrzymałam/-łem kopię cennika świadczeń oraz warunki realizacji dofinansowania
- otrzymałam/-łem satysfakcjonujące i wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania
- otrzymałam/-łem informacje, iż w szczególności:
 1. Gmina dofinansowuje parom jedną zindywidualizowaną procedurę medycznie wspomaganej prokreacji
 2. Warunkiem niezbędnym do wypłaty dofinansowania jest przeprowadzenie co najmniej wymienionych w Programie interwencji (w zależności od rodzaju procedury i sytuacji klinicznej pary)

3. Dofinansowanie do procedur objętych Programem ustalono w Centrum Parens następująco:

- do procedury zapłodnienia pozaustrojowego

1700 zł opłata za wykonanie procedury pobrania komórek jajowych +

3300 zł opłata częściowa za wykonanie procedur biotechnologicznych zapłodnienia pozaustrojowego

- do procedury adopcji zarodka

2500 zł opłata częściowa za wykonanie części biotechnologicznej programu adopcji zarodka

Wszystkie pozostałe koszty leczenia ponosi para.

W przypadku zakończenia leczenia z powodów medycznych określonych przez lekarza lub obiektywnych i niezależnych od pary, para może wnioskować o sfinansowanie innych, niż wyżej wymienione (pkt. 3), świadczeń wchodzących w zakres planowanych interwencji Programu (opis w Ustępie III.3. Programu)

4. Mam prawo do rezygnacji z uczestnictwa w Programie, na każdym etapie jego realizacji
5. W przypadku rezygnacji z Programu z powodu przyczyn innych, niż medyczne lub obiektywne i niezależne od pary, koszty leczenia nie będą kosztami finansowanymi przez Gminę i nie będę wnosić w tym zakresie żadnych roszczeń względem Gminy i Realizatora
6. Jestem zobowiązana/-y do informowania Realizatora o wynikach leczenia, w tym o powodzeniu leczenia, przebiegu ciąży i porodu oraz o sytuacji zdrowotnej dziecka po narodzinach
7. Jestem zobowiązana/-y do złożenia podpisu na formularzu sprawozdawczym potwierdzającym zakres udzielonych świadczeń w ramach procedury objętej dofinansowaniem Gminy Miejskiej Kraków
8. Kriokonserwacja komórek rozrodczych i zarodków oraz ich przechowywanie nie są kosztami finansowanymi przez Gminę.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w Programie i jestem świadoma/-y faktu, że :

1. w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny, na zasadach finansowych określonych w Programie; otrzymałam/-łem formularz rezygnacji
2. jestem zobowiązana/-y do pokrycia kosztów kriokonserwacji i przechowywania komórek rozrodczych i zarodków
3. jestem zobowiązana/-y do informowania Realizatora o wynikach leczenia i zdrowiu dziecka

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji Programu zgodnie z obowiązującym prawem.

Wyrażam zgodę na przekazanie (przez Realizatora) Gminie Kraków danych dotyczących udziału w Programie, w tym w szczególności następujących:

data rozpatrzenia wniosku, adres e-mail, numer PESEL, adres zamieszkania, potwierdzenie spełnienia wymagań Programu,



informacja o wyrażeniu zgody na pokrycie kosztów kriokonserwacji i przechowywania materiału biologicznego, informacja o rodzaju procedury, do której para została zakwalifikowana, wykaz świadczeń wykonanych na rzecz pary, ich koszty i sposoby finansowania, leczenie przeprowadzone w ramach Programu (postępowanie, powikłania, rezultaty, niepowodzenia) ankieta badania poziomu satysfakcji.

Wyrażam zgodę na kontakt przez podmiot realizujący Program oraz przez upoważnionych pracowników Gminy Miejskiej Kraków poprzez następujące kanały kontaktu*):

Numer/-y telefonu (telefonów):

Adres e-mail:

Otrzymałam/-em kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

*) Odmowa wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych (w tym numeru telefonu i adresu e-mail) jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w Programie.

Data i podpis (pacjentka)	Data i podpis (pacjent)
	Osoba przyjmująca Formularz świadomej zgody Data, pieczętka i podpis

Oświadczenie o rezygnacji z dalszego udziału w Programie

Rezygnacja z dalszego udziału w "Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa".

.....
Imię i nazwisko pacjentki

.....
Imię i nazwisko pacjenta

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w Programie: "Gminny Program Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego dla mieszkańców Krakowa"

Powodem rezygnacji jest*:

.....
.....
.....
.....

*Wskazanie powodu rezygnacji nie jest obowiązkowe

Data i podpis (pacjentka)	Data i podpis (pacjent)
	Osoba przyjmująca Oświadczenie o rezygnacji Data, pieczętka i podpis

