

Ufficio gestione e liquidazione dei diritti
individuali (PMO)

RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE

GUIDA PRATICA



Questa guida pratica, destinata agli affiliati al regime comune di assicurazione malattia dell'Unione europea (di seguito RCAM), si presenta come strumento di facile consultazione per orientarsi nelle norme che disciplinano il rimborso delle spese mediche (disposizioni generali di esecuzione - DGE), in vigore dal 1° luglio 2007.

In caso di discrepanza, fa fede il quadro normativo RCAM (regolamentazione comune RCAM e DGE).

Indice

In breve.....	3
1. Consultazioni e visite mediche.....	7
2. Ricoveri ospedalieri e interventi chirurgici	8
3. Prestazioni connesse con lo stato di dipendenza (non autosufficienza).....	10
4. Prodotti farmaceutici.....	12
5. Cure e trattamenti dentari	13
6. Analisi ed esami medici	14
7. Gravidanza, parto e infertilità	15
8. Trattamenti medici terapeutici vari.....	17
9. Ausiliari medici.....	21
10. Cura di convalescenza e postoperatoria.....	22
11. Cura termale.....	23
12. Occhiali	25
13. Lenti a contatto	26
14. Apparecchi acustici	27
15. Apparecchi ortopedici e altri presidi medico-chirurgici	28
16. Spese di trasporto di un beneficiario dell'RCAM	29
17. Spese di funerale.....	30
18. Vacanze	30
Per maggiori informazioni	31

IN BREVE...

Chi beneficia dell'RCAM ?

- Gli **affiliati**:
 - funzionari;
 - agenti temporanei;
 - agenti contrattuali;
 - pensionati o beneficiari di un'indennità di cessazione del servizio;
 - membri di talune istituzioni.
 - Le **persone assicurate per loro tramite**:
 - figli a carico;
 - coniuge;
 - partner riconosciuto.
- Per le due ultime categorie si applicano talune restrizioni (vedi titolo I, capitolo 2, delle DGE).

→ vedi rubrica *Per maggiori informazioni...*

Quale tasso di rimborso ?

In sede di conteggio, viene applicato un tasso di rimborso a ciascuna spesa sostenuta.

- 80%:** tasso di base per le spese seguenti:
- cure e trattamenti dentari;
 - trattamenti terapeutici vari;
 - ausiliari medici e assistenza ai malati;
 - cure termali;
 - spese di trasporto.

- 85%:** tasso di base per le spese seguenti:
- consultazioni e visite mediche;
 - interventi chirurgici;
 - ricoveri ospedalieri;
 - prodotti farmaceutici;
 - esami medici;
 - esami di laboratorio;
 - occhiali e lenti a contatto;
 - apparecchi ortopedici e altri presidi medico-chirurgici.

- 100%:** tasso di rimborso applicato esclusivamente alle spese sostenute in caso di malattia grave riconosciuta.

Sono riconosciute come malattia grave le patologie che coniugano, in misura diversa, i quattro criteri seguenti:

- prognosi infausta;
- evoluzione cronica;
- necessità di provvedimenti diagnostici o terapeutici pesanti;
- presenza o rischio di menomazione grave.

In applicazione dello statuto, si presuppone che siano malattie gravi la tubercolosi, la poliomielite, il cancro, la malattia mentale.

La copertura al 100% è concessa per il periodo stimato di cura della malattia grave, e al massimo per 5 anni. Tale periodo decorre generalmente dalla data di diagnosi della malattia riconosciuta come grave.

Al termine del periodo può essere presentata una domanda di proroga corredandola di una relazione medica che precisi:

- l'evoluzione della malattia;
- il trattamento o la sorveglianza ancora necessari.

Se in quel momento la malattia non soddisfa più i quattro criteri non potrà essere concessa la proroga della copertura al 100%.

Secondo l'evolversi della situazione, la decisione potrà essere rivista a seguito di una nuova domanda.

Attenzione !

A talune prestazioni si applica un massimale di rimborso, anche in caso di malattia grave riconosciuta.

Massimale di rimborso

Il massimale costituisce l'importo massimo rimborsabile per una prestazione. Ne consegue che in tal caso il tasso di rimborso non corrisponderà all'80% né all'85% né al 100% poiché l'applicazione del massimale limita il rimborso. Ad esempio, alla consultazione di un medico generalista si applica il massimale di 35 €. Il rimborso si effettua quindi all'85% a concorrenza di 35 €.

Coefficienti di parità

Gli importi indicati nella guida sono quelli vigenti in Belgio. Allorché la prestazione viene erogata in un altro Stato membro, a tali importi si applica un coefficiente di parità al fine di garantire uguale trattamento.

Spesa eccessiva (articolo 20, paragrafo 3)

Ove non sia stato fissato alcun massimale di rimborso (anche in caso di malattia grave riconosciuta), la parte di spesa che supera i prezzi normali praticati nel paese in cui sono state erogate le prestazioni può essere esclusa dal rimborso.

La parte di spesa considerata eccessiva è stabilita caso per caso dall'ufficio di liquidazione, previo parere del medico di fiducia.

Prescrizione medica: per farsi rimborsare

Ogni prescrizione deve riportare le seguenti informazioni:

- nome e riferimenti ufficiali del prescrittore;
- nome completo del paziente;
- natura degli atti medici (tipo di trattamento, numero di sedute),
- oppure la denominazione dei medicinali prescritti / del principio attivo;
- data;
- firma del prescrittore.

Attenzione: La data della prescrizione non deve precedere di oltre 6 mesi quella del primo trattamento o dell'acquisto dei medicinali.

Giustificativi

Una prestazione può essere rimborsata soltanto se prescritta ed erogata da un operatore legalmente autorizzato all'esercizio della professione medica o paramedica, o in un centro debitamente riconosciuto dalle autorità competenti.

Le ricevute e le fatture devono essere conformi alla legislazione del paese nel quale sono state emesse e devono recare le indicazioni seguenti:

- nome completo del malato;
- natura dell'atto o degli atti medici;
- date e onorari percepiti per ogni singolo atto medico;
- nome e riferimenti ufficiali dell'operatore sanitario.

Per il Belgio, è sempre obbligatoria l'"attestation de soins donnés" ovvero una ricevuta fiscalmente valida. A decorrere dal 1° gennaio 2015 non sarà possibile effettuare alcun rimborso in mancanza del documento ufficiale.

Per quanto riguarda specificamente gli operatori non abilitati al rilascio dell'"attestation de soins donnés" (in Belgio, psicologi, osteopati e specialisti in podologia/pedicure medica), si tratta di ricevute staccate da un blocchetto e redatte conformemente al modello stabilito dal Ministero delle finanze. Alla fine della presente guida sono riportati degli esempi di ricevute per le diverse categorie di prestazioni. Se la prestazione viene pagata tramite bonifico bancario, è possibile allegare regolare parcella corredata della prova dell'avvenuto pagamento.

Per l'Italia, l'operatore deve rilasciare fattura (cfr. allegato).

Attenzione:

Gli acconti o le provvigioni su onorari non possono essere presi in considerazione ai fini del rimborso.

Occorre accluderli alla fattura finale insieme alla distinta delle prestazioni all'atto della domanda di rimborso.

NB: il costo delle cure prestate da personale medico o paramedico a propri familiari beneficiari dell'RCAM non viene rimborsato.

Autorizzazione preventiva

Si tratta di una procedura necessaria per taluni rimborsi, che va avviata presso l'ufficio di liquidazione competente.

La domanda di autorizzazione preventiva dev'essere presentata prima dell'inizio del trattamento. Per poter chiedere il rimborso delle prestazioni è necessaria una decisione positiva. Tuttavia, per avviare il trattamento non occorre attendere la decisione del capo dell'ufficio di liquidazione. La decisione avrà per oggetto un periodo e il numero di trattamenti, oppure l'importo massimo rimborsabile. Il rimborso verrà effettuato entro i limiti stabiliti da tale decisione.

La domanda di autorizzazione preventiva si compone dei seguenti documenti:

- modulo di domanda di autorizzazione preventiva o domanda tramite RCAM on line;
- prescrizione medica dettagliata;
- relazione medica completa o preventivo (secondo le prestazioni).

Trasmettere il tutto all'ufficio di liquidazione competente, per posta o tramite RCAM on line.

La decisione in merito alla domanda viene presa dopo aver interpellato il medico di fiducia, che si pronuncia sulla coerenza medica della prestazione.

Impegnativa e anticipi

L'impegnativa consente di chiedere all'ospedale di inviare direttamente la fattura ospedaliera all'assicurazione malattia, che provvede al pagamento diretto. L'ospedale non è obbligato ad accettare l'impegnativa.

La domanda dev'essere presentata preventivamente dall'affiliato. L'impegnativa viene concessa nei casi seguenti:

- ricovero ospedaliero: copre le fatture principali e quelle dei chirurghi e dell'anestesista;
- trattamenti ambulatoriali gravosi: nel quadro di una malattia grave riconosciuta, quali radioterapia, chemioterapia, dialisi;
- acquisti ripetitivi di medicinali costosi, ad esempio ormoni della crescita, ricorso iterativo a un'ambulanza o a un veicolo sanitario leggero (VSL) o ancora per taluni esami costosi.

In mancanza di convenzione, ricordarsi di indicare nella domanda la data di ricovero prevista nonché il prezzo giornaliero della camera e/o una stima del costo globale.

Occorre tener presente che, dopo il computo finale, una parte delle spese (talvolta elevate) verrà addebitata all'assicurato; in caso di viaggi in paesi in cui le spese mediche sono costose, si consiglia di coprire questo rischio con un'assicurazione.

Se si sceglie l'impegnativa, le fatture in questione verranno pagate, dopo essere state ricevute e sottoposte a una prima verifica, dall'ufficio di liquidazione competente. Qualora l'assicurato desideri avere copia delle fatture che lo riguardano, può richiederla all'ospedale. Si raccomanda di segnalare al settore Impegnative dell'ufficio di liquidazione competente ogni informazione ritenuta utile in riferimento alla degenza/fatturazione.

A talune condizioni possono inoltre essere concessi anticipi sul rimborso per far fronte a spese cospicue (compilare il modulo di domanda di anticipo e inviarlo all'ufficio di liquidazione competente).

Attenzione:

L'impegnativa è un'agevolazione finanziaria, non una garanzia di rimborso. Tutte le procedure previste ai fini del rimborso rimangono applicabili.

Domanda di rimborso

È possibile presentare la domanda di rimborso per via telematica tramite « RCAM on line » <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>. La tutela dei dati personali è garantita dalla connessione protetta tramite ECAS (cfr. anche il punto « Per maggiori informazioni » alla fine della presente guida). In questo caso vige l'obbligo di conservare l'originale dei giustificativi per 18 mesi dalla data di ricevimento del conteggio.

In alternativa, gli affiliati possono presentare le domande di rimborso all'ufficio di liquidazione competente tramite l'apposito modulo corredato dell'originale dei giustificativi.

In caso di domanda di rimborso complementare, vige l'obbligo di allegare copia della fattura originale quietanzata corredata della distinta dei rimborsi percepiti a titolo di un altro regime assicurativo.

PROCEDURE E REGOLE DI RIMBORSO

1. CONSULTAZIONI E VISITE MEDICHE

Consultazione = presso l'ambulatorio del medico.

Visita medica = il medico si reca dal paziente (ad esempio al suo domicilio o in ospedale).

In cosa consiste di norma una consultazione o una visita?

- Anamnesi del malato;
- esame clinico;
- eventualmente, prescrizione.

Cosa può inoltre essere compreso nella consultazione o visita?

- Accertamenti diagnostici quali: la misurazione della pressione arteriosa o lo striscio;
- il prelievo di sangue;
- le analisi delle urine;
- le iniezioni;
- le vaccinazioni;
- le medicazioni;
- la compilazione di un certificato;
- le spese connesse all'appuntamento nonché quelle per lo spostamento del medico.

Le consultazioni ripetitive possono non essere rimborsate, se il medico di fiducia ritiene che non siano motivate o necessarie.

1.1. QUANTO ?

Onorari	Tasso di rimborso	Massimale ¹	Tasso in caso di malattia grave riconosciuta
Medico generalista	85%	35 €	100%
Specialista	85%	50 €	100%
Visite urgenti, notturne o nei giorni festivi e prefestivi	85%	---	100%
Consultazione del medico curante per telefono, posta, e-mail	85%	10 €	10 €
Clinico insigne	85%	150 €	100%

Informazione:

A chi ci si riferisce col termine **clinico insigne**? Il clinico insigne è un medico specialista in un determinato ambito, di fama internazionale, responsabile di un gruppo di ricerca e autore di pubblicazioni. Il rimborso è tuttavia **limitato a 2 visite l'anno per patologia** ed esclusivamente dietro autorizzazione preventiva.

1.2. NON SONO RIMBORSABILI

- Le consultazioni su internet;
- gli onorari per appuntamenti non rispettati dal paziente;
- le spese di invio delle relazioni mediche fatturate separatamente;
- le consultazioni, gli esami o gli atti praticati a fini amministrativi o non terapeutici, quali:
 - la perizia giudiziaria;
 - l'esame nel quadro di un'assicurazione;
 - l'esame di idoneità professionale o quello per ottenere un brevetto di pilota;
 - l'esame praticato nell'ambito della medicina del lavoro (esame d'assunzione o visita medica annuale, eventualmente rimborsati dal Servizio medico e non dall'RCAM).

¹ Massimali per il Belgio. Allorché le prestazioni sono erogate in un altro Stato membro si applica, se del caso, un coefficiente di parità.

→ vedi rubrica *In breve...*

2. RICOVERI OSPEDALIERI E INTERVENTI CHIRURGICI

Sono considerati ricoveri ospedalieri le degenze in ospedale o in clinica destinate:

- al trattamento di patologie o ad interventi chirurgici, nonché ai parti, comprese le degenze in day hospital;
- alla riabilitazione o alla rieducazione funzionale successiva a una patologia o ad un intervento invalidante;
- al trattamento di disturbi psichiatrici;
- alle cure palliative.

2.1. AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

L'autorizzazione preventiva (sulla scorta di una relazione medica) è necessaria per i soggiorni:

- di durata superiore a 6 mesi;
- destinati a interventi di chirurgia plastica (ad es. gastroplastica, correzione del setto nasale, ricostruzione mammaria);
- di durata superiore a 12 mesi in ospedale psichiatrico;
- di riabilitazione o rieducazione che non fanno seguito a un ricovero ovvero i soggiorni di durata superiore a 2 mesi;
- in una clinica specializzata in accertamenti di diagnosi precoce;
- di riabilitazione o rieducazione che non seguono un ricovero ospedaliero;
- per l'accompagnamento di un ricoverato.

2.2. LA LETTERA DI IMPEGNATIVA

L'impegnativa consente all'ospedale di inviare direttamente la fattura ospedaliera all'assicurazione malattia, che provvede al pagamento diretto.

La parte delle spese (talvolta elevata, in particolare nei paesi in cui le spese mediche sono costose, come ad esempio gli USA, il Canada, la Svizzera e la Norvegia) che rimane a carico dell'affiliato dopo il computo finale, di massima viene trattenuta sui successivi rimborsi, eventualmente sulla sua retribuzione, pensione o qualsiasi spettanza dovutagli dall'istituzione di appartenenza.

Attenzione:

- se si dispone dell'impegnativa, l'ospedale non può pretendere il versamento di un acconto;
- l'impegnativa non è possibile per i beneficiari in via complementare, che devono rivolgersi al proprio regime di copertura primaria;
- se il medico di fiducia ha espresso parere negativo su una richiesta di autorizzazione preventiva, non saranno concesse impegnative né verranno effettuati rimborsi.

A talune condizioni possono inoltre essere concessi **anticipi** sul rimborso per far fronte a spese cospicue (compilare il modulo di domanda di anticipo e inviarlo all'ufficio di liquidazione competente).

- vedi Impegnative e anticipi nella rubrica *In breve...*
- vedi rubrica *Per maggiori informazioni...*
- link al modulo / RCAM on line

Se si tratta di un ricovero d'urgenza...

Eccezionalmente, l'interessato o chi per lui può chiedere l'impegnativa, comunicando nome e indirizzo, n. personale e ospedale in questione, alla persona responsabile delle impegnative presso l'ufficio di liquidazione competente lasciando un messaggio sulla segreteria telefonica o, in mancanza di questa, inviando una e-mail.

Se del caso, il PMO si metterà in contatto con l'ospedale per inviare la lettera di impegnativa necessaria.

Una volta concluso il ricovero ospedaliero...

Se l'assicurato si è avvalso di un'impegnativa:

L'ufficio di liquidazione competente trasmetterà il conteggio. La parte delle spese che rimane a carico dell'affiliato/a (+/- 15%) di massima sarà trattenuta sui rimborsi futuri, eventualmente sulla retribuzione, pensione o qualsiasi spettanza dovuta dall'istituzione di appartenenza.

Se la fattura ospedaliera è stata pagata personalmente:

- compilare una domanda di rimborso, allegando:
 - la fattura dettagliata delle prestazioni erogate (nomenclatura nazionale ufficiale);
 - la prova dell'eventuale acconto versato al momento dell'ammissione
- inviare il tutto all'ufficio di liquidazione competente.

2.3. QUANTO ?

Il tasso di rimborso è dell'**85%**, anche per gli onorari del chirurgo, dei suoi assistenti e dell'anestesista.

È del **100%**:

- in caso di malattia grave riconosciuta;
- per le degenze in rianimazione di durata pari ad almeno 3 giorni consecutivi;
- per le degenze per terapie palliative;
- previo parere del medico di fiducia, per le spese di soggiorno oltre 30 giorni consecutivi.

Nell'ambito del rimborso all'**85%**, i massimali sono compresi tra 535 € e 10 000 € secondo la categoria d'intervento. L'elenco completo degli interventi chirurgici, ripartiti per categoria, figura nell'allegato I delle DGE.

→ vedi rubrica *Per maggiori informazioni...*

Per gli interventi chirurgici non figuranti su detto elenco che possono essere assimilati a interventi di entità analoga, le spese potranno essere rimborsate previo parere favorevole del medico di fiducia.

Spese di degenza: il rimborso è limitato al prezzo della camera singola meno cara e alla durata necessaria del ricovero ed è effettuato sulla base di una regolare fattura.

Spese _____ per accertamenti diagnostici e cure: il tasso di rimborso è dell'**85%** o del **100%** (malattia grave riconosciuta) per le spese di sala operatoria e altre spese per cure relative all'intervento chirurgico, nonché per gli onorari dei medici, le analisi, gli esami di laboratorio e altri strumenti direttamente connessi all'intervento o al ricovero ospedaliero.

Spese _____ di accompagnamento: in via eccezionale, può essere concesso, su prescrizione del medico curante e se preventivamente autorizzato, un rimborso dell'**85%** (con massimale giornaliero di 40 €) per le spese di soggiorno di un familiare che accompagna un beneficiario ricoverato prima del compimento del 14° anno di età o che necessita di una speciale assistenza familiare per motivi medici. Questo rimborso si applica anche per le spese di soggiorno di un neonato in fase di allattamento che deve accompagnare la madre.

2.4. NON SONO RIMBORSABILI

Gli interventi di chirurgia plastica ritenuti meramente estetici.

3. PRESTAZIONI CONNESSE CON LO STATO DI DIPENDENZA (NON AUTOSUFFICIENZA)

Il rimborso delle prestazioni connesse con lo stato di dipendenza – soggiorni in centri specializzati e spese di assistenza malati –, esclusi i soggiorni per disintossicazione, varia in funzione del grado di dipendenza (non autosufficienza). Quest'ultimo viene stabilito dal medico curante compilando due questionari. Solo i gradi da 1 a 4 possono determinare un rimborso (vedi titolo II, capitolo 3 delle DGE).

→ vedi rubrica *Per maggiori informazioni...*

In ogni caso la domanda di autorizzazione preventiva dovrà essere corredata:

- della relazione medica che motiva la necessità del soggiorno nel centro in questione precisando la natura delle cure;
- dei due questionari sullo stato di non autosufficienza compilati dal medico curante.

Trasmettere la documentazione all'ufficio di liquidazione competente, per posta o tramite RCAM on line.

3.1. SOGGIORNI CONTINUATI O DI LUNGA DURATA

3.1.1. Case di riposo e di cura

L'autorizzazione è valida per un periodo di 12 mesi (rinnovabile).

Per le spese di soggiorno, il tasso di rimborso è dell'**85%** o del **100%** (malattia grave riconosciuta) con un massimale giornaliero di 36 €.

Se la fattura è globale e non consente quindi di fare distinzione tra le spese relative alle cure e quelle relative al soggiorno, il massimale è fissato a 36 € e la ripartizione (spese di soggiorno/spese di cura) varia in funzione del grado di non autosufficienza.

3.1.2. Casa di cura psichiatrica

Il soggiorno e le cure sono rimborsabili all'**85%** o al **100%** (malattia grave riconosciuta). L'autorizzazione è rinnovabile sulla scorta di una relazione dettagliata del medico curante, con una periodicità stabilita dall'ufficio di liquidazione.

3.1.3. Centro di riabilitazione o rieducazione funzionale e ospedale psichiatrico

Le modalità di rimborso sono identiche. In caso di fatturazione globale la ripartizione forfettaria avviene invece in base al grado di dipendenza 1.

3.1.4. Centro diurno

- Frequenza solo diurna di una casa di riposo e di cura per persone anziane o di un centro diurno neurologico o psichiatrico: le spese per il soggiorno e per le cure sono rimborsate alle stesse condizioni del soggiorno permanente in casa di riposo o di cura, con un massimale giornaliero di 18 € per le spese di soggiorno.
- Frequenza di un centro medico pedagogico: sono rimborsabili solo le cure.

3.1.5. Centro di disintossicazione non ospedaliero

Il soggiorno e le cure sono rimborsate esclusivamente all'**85%**, con un massimale giornaliero di 36 € per le spese di soggiorno.

In caso di fatturazione globale, la ripartizione forfettaria avviene in base al grado di dipendenza 1 e il rimborso è limitato a un soggiorno di 6 mesi su un periodo di 12 mesi.

3.2. ASSISTENZA MALATI

= prestazioni di "nursing" al domicilio del malato, per varie ore al giorno, o per l'intera giornata o nottata. Gli assistenti che accudiscono i malati devono essere legalmente autorizzati all'esercizio di tale professione.

Dev'essere presentata una domanda di autorizzazione preventiva corredata dei due [moduli di valutazione del grado di non autosufficienza](#) compilati dal medico curante nonché di una **relazione medica** che precisa la durata della prestazione nonché la natura e la frequenza delle cure da prodigare. Deve inoltre essere prodotta la prova del rapporto contrattuale con l'assistente.

3.2.1. RIMBORSO

Le spese per le prestazioni di assistenza malati sono rimborsate su presentazione dei seguenti documenti: fattura per mese di calendario conforme alla legislazione nazionale e, se del caso, prova del versamento degli oneri sociali e contributivi conformemente alla legislazione nazionale.

Viene effettuato il rimborso all'**80%** o al **100%** (malattia grave riconosciuta).

- **Prestazioni temporanee a domicilio (massimo 60 giorni):** sono rimborsabili all'**80%** con un massimale giornaliero di 72 €, o al **100%** (malattia grave riconosciuta) con un massimale di 90 €.
- **Prestazioni di lunga durata a domicilio:** il rimborso varia in funzione del grado di non autosufficienza.
- **Prestazioni in ambiente ospedaliero:** non sono rimborsabili tranne in centri pubblici nei quali l'infrastruttura sanitaria sia insufficiente per prodigare l'assistenza corrente. In tal caso, le spese di assistenza sostenute su prescrizione del medico curante sono rimborsate all'**80%**, purché preventivamente autorizzate, con un massimale giornaliero di 60 €, o al **100%** con un massimale giornaliero di 75 €.

3.2.2. NON SONO RIMBORSABILI

- Le spese di spostamento, alloggio e vitto, oltre a tutte le altre spese accessorie dell'assistente;
- la sorveglianza da parte di un adulto di un bambino malato a domicilio, causa l'assenza dei genitori (informarsi presso i servizi sociali sull'assistenza familiare).
→ vedi rubrica *Per maggiori informazioni...*

4. PRODOTTI FARMACEUTICI

Qualsiasi prodotto farmaceutico (medicinale, preparato del farmacista o preparazione omeopatica) da rimborsare dev'essere prescritto da un medico e in misura non eccessiva (ossia non superiore alle usuali raccomandazioni terapeutiche).

4.1. PER FARSI RIMBORSARE

Il rimborso viene effettuato su presentazione di **ricevute** o **fatture** che comportino le informazioni seguenti:

- nome del medico prescrittore;
- nome completo del paziente;
- designazione del medicinale prescritto o, in caso di medicinale generico, del prodotto consegnato, ovvero composizione del preparato in caso di prescrizione magistrale (il numero del preparato non è sufficiente);
- prezzo dei singoli prodotti;
- indicazione del prezzo pieno e, per le persone assicurate in via complementare, del prezzo effettivamente pagato;
- data di consegna del medicinale;
- timbro e firma del farmacista.

Tali indicazioni sono indispensabili anche in caso di rinnovo della ricetta.

Per informazione:

L'elenco dei principali prodotti rimborsabili e non rimborsabili viene aggiornato periodicamente. I prodotti che non vi figurano possono essere rimborsati su parere favorevole del medico di fiducia.

→ vedi rubrica *Per maggiori informazioni...*

Richiedono l'**autorizzazione preventiva** (sulla scorta di una relazione medica) ai fini del rimborso i seguenti prodotti:

- prodotti dimagranti;
- trattamenti ormonali antinvecchiamento;
- ormoni della crescita;
- prodotti utilizzati per disturbi dell'erezione conseguenti ad operazione della prostata, infortunio o malattia grave riconosciuta (massimale annuo di 400 €);
- stupefacenti nell'ambito di una cura di disintossicazione (100% per 6 mesi);
- prodotti farmaceutici usati al di fuori della loro indicazione medica riconosciuta;
- prodotti dietetici e prodotti per l'igiene considerati indispensabili alla sopravvivenza.

4.2. QUANTO ?

Nella maggioranza dei casi il tasso di rimborso è dell'**85%** o del **100%** (malattia grave riconosciuta). Tassi diversi si applicano per i prodotti:

- stupefacenti nell'ambito di una cura di disintossicazione (100%, a determinate condizioni);
- dietetici (85% o 100% sul 40% del costo);
- di disintossicazione dal tabacco (200 €, una sola volta, indipendentemente dai risultati).

→ vedi rubrica *Per maggiori informazioni...*

4.3. NON SONO RIMBORSABILI

- I prodotti a finalità cosmetica, igienica, estetica, dietetica o i generi di conforto, salvo eccezioni;
- i vini e liquori tonici, gli organoterapici, gli oligoelementi senza efficacia comprovata.

5. CURE E TRATTAMENTI DENTARI

5.1. PER FARSI RIMBORSARE E...QUANTO

Cure e trattamenti preventivi

Compilare una domanda di rimborso delle spese e trasmetterla all'ufficio di liquidazione competente.

Rimborso all'80% per le spese correnti sostenute per la prevenzione oro-dentale, nonché per esami radiologici, cure ed estrazioni (massimale di 750 € per anno civile).

Rimborso al 100% (massimale di 1 500 €) nel caso di talune malattie gravi riconosciute.

L'**autorizzazione preventiva**, rilasciata dall'ufficio di liquidazione su presentazione di un preventivo dettagliato e previo parere del dentista di fiducia, è obbligatoria per i trattamenti seguenti:

Parodontologia: rimborso nella misura dell'**80%** (massimale di 350 € per sestante, ossia un totale massimo di 2 100 € per l'intera bocca su un periodo di 16 anni).

Ortodonzia: rimborso nella misura dell'**80%** (massimale di 3.300 €). Il trattamento ortodontico deve iniziare prima del compimento del 18° anno di età (salvo malattia grave riconosciuta). A determinate condizioni, è possibile un secondo trattamento.

Occlusodonzia: rimborso nella misura dell'**80%** (massimale di 450 €). Il trattamento può essere rimborsato una sola volta.

Protesi dentarie: rimborso nella misura dell'**80%** (massimali diversi per ciascun tipo di prestazione). Il rinnovo delle protesi è rimborsabile solo ogni 6 anni (tranne in caso di incidente traumatico o di malattia grave riconosciuta, previo parere del dentista di fiducia e su presentazione di una giustificazione medica e di un preventivo).

Implantologia: rimborso nella misura dell'**80%** (massimale di 550 € per impianto). Il rimborso è limitato a 4 impianti per arcata, ossia a un massimo di 8 impianti per beneficiario nel corso della sua vita.

In caso di malattia grave riconosciuta che interessi la cavità orale, il tasso di rimborso sale al **100%** (entro un limite pari al doppio del massimale previsto per ciascuna prestazione) previo parere congiunto del medico di fiducia e del dentista di fiducia.

Informazione:

Per le prestazioni soggette ad autorizzazione preventiva occorre utilizzare, salvo in casi di emergenza o di forza maggiore, i preventivi ufficiali dell'RCAM.

5.2. NON SONO RIMBORSABILI

Le spese relative ai trattamenti a fini estetici:

- sbiancamento dei denti;
- sostituzione sistematica delle otturazioni in amalgama d'argento;
- faccette su incisivi intatti;
- applicazione di brillantini ecc...

6. ANALISI ED ESAMI MEDICI

= radiologia, analisi, esami di laboratorio ed altri accertamenti diagnostici.

6.1. PER FARSI RIMBORSARE

- Compilare una domanda di rimborso;
- allegare la fattura dettagliata delle prestazioni (nomenclatura nazionale ufficiale);
- inviare il tutto all'ufficio di liquidazione competente.

È necessaria l'**autorizzazione preventiva** per i seguenti accertamenti diagnostici:

- le analisi effettuate nel quadro:
 - della medicina antinvecchiamento;
 - delle sindromi endocrine multiple;
 - delle allergie e intolleranze alimentari;
 - di esami genetici che esulano dalla ricerca di una malattia specifica;
- le nuove tecniche in materia di esami, analisi e radiologia, le cui spese non sono rimborsabili in nemmeno uno Stato membro dell'Unione europea.

6.2. QUANTO ?

Il tasso di rimborso è dell'**85%** o del **100%** (malattia grave riconosciuta).

Informazione:

L'elenco completo di tutti gli accertamenti diagnostici rimborsabili e non rimborsabili viene aggiornato periodicamente. → vedi rubrica *Per maggiori informazioni...*

6.3. NON SONO RIMBORSABILI

- Le analisi effettuate nel quadro:
 - della misurazione dello stress ossidativo;
 - della micronutrizione;
 - di test di flocculazione;
- le spese relative ad analisi ed esami considerati non funzionali e/o non necessari su parere del consiglio medico.

7. GRAVIDANZA, PARTO E INFERTILITÀ

7.1. GRAVIDANZA

= il periodo compreso tra la fecondazione e il parto.

7.1.1. PER FARSI RIMBORSARE E...QUANTO

Le visite mediche, i trattamenti nonché tutti gli altri esami e prestazioni di medici, ostetriche, chinesiterapisti e/o altri prestatori di cure sono rimborsati conformemente alle disposizioni previste per ciascuna prestazione.

I tassi di rimborso sono i seguenti:

- **85%** per tutte le spese per consultazioni/visite mediche;
- **80%** per le sedute **individuali** (massimale di 25 € per seduta) o **collettive** (massimale di 15 € per seduta) di preparazione al parto, effettuate da un chinesiterapista o da un'ostetrica su prescrizione medica. Tali sedute non rientrano nel numero massimo di sedute di chinesiterapia generale.

7.1.2. NON SONO RIMBORSABILI

- Le sedute di aptonomia e di preparazione al parto in piscina;
- gli onorari per reperibilità dei medici/degli specialisti.

7.2. PARTO

= qualunque nascita a partire dalla 22^a settimana di gestazione.

Per 8 Stati membri sono state stabilite, a decorrere dal luglio 2013, soglie di spesa eccessiva per i parti. Ne consegue che l'importo massimo (comprensivo di degenza, onorari, ecc.) rimborsabile ammonta a 7 171 € per il Belgio, 9 591 € per l'Italia, 5 446 € per la Germania, 6 203 € per la Spagna, 6 616 € per la Francia, 7 246 € per il Lussemburgo, 6 466 € per i Paesi Bassi e 16 713 € per il Regno Unito.

7.2.1. PER FARSI RIMBORSARE E...QUANTO

7.2.1.1. In una struttura ospedaliera

Il tasso di rimborso è del **100%** per:

- gli onorari dei medici che praticano il parto;
- gli onorari di assistenza ostetrica e di anestesia, le spese di sala parto, le spese di assistenza di un chinesiterapista durante il parto, nonché le altre spese relative a prestazioni direttamente connesse al parto;
- le spese di degenza e le spese relative alle cure prestate alla madre e al bambino in una struttura ospedaliera per un massimo di 10 giorni o per l'intera durata del ricovero in caso di complicazioni mediche direttamente connesse al parto. Per degenze superiori a 10 giorni – senza complicazioni – il tasso scende all'**85%**;
- le spese di degenza e cura del bambino ricoverato in neonatologia.

Attenzione:

Al momento della prenotazione, tenere presente che il rimborso è limitato al prezzo della camera singola meno cara.

Dopo il parto...

Se la fattura ospedaliera o le fatture complementari sono state pagate personalmente: compilare una domanda di rimborso ed allegare la fattura dettagliata delle prestazioni erogate (nomenclatura nazionale ufficiale); trasmetterla all'ufficio di liquidazione competente.

7.2.1.2. A domicilio

Rimborso del **100%** per gli onorari (per 10 giorni) del medico, dell'ostetrica e degli altri ausiliari medici (tranne l'assistenza familiare).

7.2.1.3. In un centro di nascita o in un centro non ospedaliero riconosciuto

Compilare una **domanda di rimborso**, allegare la fattura dettagliata delle prestazioni erogate e trasmetterla all'ufficio di liquidazione competente.

Rimborso del **100%** per gli onorari (per 10 giorni) del medico, dell'ostetrica e degli altri ausiliari medici (tranne l'assistenza familiare).

Le spese complementari relative all'assistenza e alla permanenza nel centro di nascita sono rimborsate per un periodo massimo di 24 ore dopo il parto.

In caso di **complicazioni** mediche per la madre e/o per il bambino, direttamente connesse al parto, il periodo di assunzione a carico delle spese può essere prorogato previo parere del medico di fiducia. Qualora tali complicazioni comportino il ricovero, le spese di degenza e di cura sono rimborsate al **100%**.

Le sedute individuali di **chinesiterapia postnatale** effettuate da un chinesiterapista su prescrizione medica sono rimborsabili all'**80%** (massimale di 25 € per seduta) e non rientrano nel numero massimo di sedute.

7.3. INFERTILITÀ

Deve trattarsi di una condizione, maschile o femminile, conseguente a un problema patologico dell'affiliato/a, del coniuge o del partner.

È necessario presentare domanda di autorizzazione preventiva corredata di relazione medica.

Le spese relative al trattamento dell'infertilità sono rimborsate alle seguenti condizioni:

- fecondazione in vitro:
 - massimo 5 tentativi per bambino;
 - il trattamento deve essere avviato prima del compimento del 45° anno di età della madre;
- trattamento dell'infertilità maschile: l'infertilità non deve essere conseguente a una precedente sterilizzazione volontaria.

In caso di fecondazione in vitro:

Le eventuali spese relative alla diagnosi genetica preimpianto sull'embrione e alla donazione di ovuli sono rimborsabili – a determinate condizioni – su autorizzazione preventiva.

8. TRATTAMENTI MEDICI TERAPEUTICI VARI

Ad esempio: chinesiologia, fisioterapia, osteopatia, infrarossi, ultrasuoni, aerosolterapia, agopuntura, logopedia, psicoterapia, psicomotricità, logopedia/ortofonia, podologia...

8.1. PER FARSI RIMBORSARE

I **trattamenti medici** devono essere stati:

- prescritti da un medico;
- oggetto, se necessario, di autorizzazione preventiva;
- effettuati da operatori (psicologo, chinesiologo, osteopata, agopuntore, ecc.) professionalmente abilitati e legalmente autorizzati all'esercizio della professione medica o paramedica, o da centri medici o paramedici debitamente riconosciuti dalle autorità competenti.

In Belgio, sono abilitati a esercitare questa professione soltanto gli psicologi iscritti alla [Commission des psychologues](#). In altri Stati, invece, oltre agli psicologi hanno l'abilitazione e sono legalmente riconosciuti anche gli psicoterapeuti, le cui sedute sono quindi rimborsabili.

Le **prescrizioni mediche** devono:

- essere emesse prima dell'inizio del trattamento;
- risalire a meno di 6 mesi prima;
- indicare il nome del paziente;
- indicare il motivo del trattamento;
- indicare il tipo di trattamento e il numero di sedute.

I giustificativi devono essere conformi alla legislazione del paese nel quale viene erogata la prestazione.

8.2. QUANTO ?

I trattamenti medici sono rimborsati all'**80%** entro i limiti dei massimali fissati per ciascuna prestazione e al **100%** in caso di malattia grave riconosciuta, tuttavia entro un massimale per taluni trattamenti. Per i trattamenti terapeutici effettuati nel quadro di una malattia grave, infatti, il rimborso è assoggettato a un massimale doppio rispetto al massimale ordinario.

Per ciascun trattamento è fissato un numero massimo di sedute che può essere rimborsato per anno civile. Tranne indicazione contraria, un numero più elevato di sedute può essere oggetto di rimborso dietro autorizzazione preventiva, in caso di malattia grave riconosciuta, di riabilitazione postoperatoria o posttraumatica, o ancora di problema di mobilità ridotta.

→ vedi punto 8.4. *Tabella dei trattamenti vari*

8.3. NON SONO RIMBORSABILI

- I trattamenti a finalità estetica;
- gli abbonamenti per piscine;
- le spese d'iscrizione in centri sportivi e di rimessa in forma.

8.4. TABELLA DEI TRATTAMENTI VARI

PM = prescrizione medica

AP = autorizzazione preventiva

A. TRATTAMENTI PER I QUALI È RICHIESTA UNA PRESCRIZIONE MEDICA						
	Natura trattamento/prestazioni	PM	AP	Numero massimo di sedute annuo / (12 mesi)	Massimale 80% (€)	Osservazioni
A1	Aerosolterapia	x		30	--	
A2	Consultazione di un dietologo	x		10	25	
A3	Chinesiterapia, fisioterapia e trattamenti assimilabili²	x		60	25	
A4	Pedicure medica	x		12	25	

B. TRATTAMENTI CHE DEVONO ESSERE EFFETTUATI DA UN MEDICO O IN AMBIENTE OSPEDALIERO						
	Natura trattamento/prestazioni	PM	AP	Numero massimo di sedute annuo / (12 mesi)	Massimale 80% (€)	Osservazioni
B1	Agopuntura	x		30	25	Effettuata da un operatore legalmente autorizzato a praticarla
B2	Mesoterapia	x	x	30	45	- Effettuata da un medico o in ambiente ospedaliero (onorari del medico compresi nel massimale di 45 € a seduta) - Non è possibile concedere un numero superiore di sedute/anno
B3	Raggi ultravioletti	x	x		35	

² Trattamenti assimilabili: massaggi medici, ginnastica medica, mobilizzazione, rieducazione, meccanoterapia, trazioni, fanghi, idromassaggi, idroterapia, elettroterapia, correnti diadinamiche, radar, ionizzazione, onde corte, correnti speciali, raggi infrarossi, ultrasuoni, ecc.

C. TRATTAMENTI PER I QUALI È RICHIESTA UNA PRESCRIZIONE MEDICA E CHE, IN DETERMINATI CASI, SONO SOGGETTI AD AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA						
	Natura trattamento/prestazioni	PM	AP	Numero massimo di sedute annuo / (12 mesi)	Massimale 80% (€)	Osservazioni
C1	Bilancio/esame psicologico completo effettuato da un unico operatore	x			150	
C2	Chiropratica/osteopatia	x		24	40	Un numero superiore di sedute/anno può essere concesso solo dietro AP. I trattamenti di osteopatia cranica, energetica e viscerale, nonché la micro-osteopatia non sono rimborsabili
	Pazienti di età pari o superiore a 12 anni	x	x	24		
C3	Logopedia/ortofonia (relazione medica stilata da un medico ORL o da un neurologo)				35	Gravi disturbi neurologici: è possibile superare 180 sedute dietro AP Riguarda: - bambini affetti da grave sordità o da patologie neurologiche - adulti affetti da patologie neurologiche o della laringe
	· Pazienti fino all'età di 12 anni compiuti	x		180 su uno o più anni		
	· Pazienti di età compresa fra 13 e 18 anni	x	x	30 per l'intero trattamento		
	· Pazienti di età superiore a 18 anni	x	x			
	Bilancio logopedico/ortofonico				40	
C4	Psicomotricità, grafomotricità	x		60	35	
C5	Psicoterapia	x		30 senza distinzione di tipo di seduta	60 90 25	<ul style="list-style-type: none"> · Seduta individuale · Seduta familiare · Seduta di gruppo <p>Un superamento del numero massimo annuo di sedute può essere concesso dietro AP</p> <ul style="list-style-type: none"> o Su prescrizione di uno psichiatra, neuropsichiatra o neurologo o Le prime 10 sedute possono essere prescritte dal medico generalista o Per pazienti di età inferiore a 15 anni la prescrizione può essere fatta da un pediatra
	Effettuata					
	<ul style="list-style-type: none"> · da un medico specializzato in psichiatria, neuropsichiatria o neurologia · da uno psicologo o psicoterapeuta 	x	x			

D. TRATTAMENTI SOGGETTI IN QUALUNQUE CASO AD AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA						
	Natura trattamento/prestazioni	PM	AP	Numero massimo di sedute annuo / (12 mesi)	Massimale 80% (€)	Osservazioni
D1	Bilancio neuropsicologico pluridisciplinare	x	x		600	Sulla scorta di una relazione medica stilata da un neuropsichiatra o da uno psichiatra
D2	Camera iperbarica	x	x		--	
D3	Drenaggio linfatico	x	x	20/12 mesi	25	In caso di malattia grave riconosciuta, senza limitazione del numero di sedute e senza massimale
D4	Endermologia a fini non estetici	x	x	5/12 mesi	--	Trattamento di cicatrici deturpanti
D5	Depilazione	x	x		Importo massimo rimborsabile equivalente a intervento chirurgico - Cat. A1 - Cat. A2	Soltanto in caso di ipertricosi patologica del volto - Cat. A1 per casi poco estesi - Cat. A2 per casi estesi
D6	Ergoterapia	x	x	--	--	
D7	Laser: trattamento laser o fototerapia dinamica in dermatologia	x	x	20	--	
D8	Ortottica	x	x	20/12 mesi	35	Prescrizione di un oftalmologo con indicazione dell'identità dell'ortottista
D9	Riabilitazione funzionale pluridisciplinare ambulatoriale presso un servizio ospedaliero	x	x	--	--	
D10	Riabilitazione con apparecchio MDX, trattamenti secondo il metodo "David Back Clinic" o "École du dos"	x	x	24 di massima rinnovabile una volta	40	
D11	Trattamenti con onde d'urto in reumatologia	x	x	--	--	
D12	Qualsiasi altro trattamento non specificato	x	x	--	--	NB: l'eventuale spesa eccessiva è determinata caso per caso

9. AUSILIARI MEDICI

Le spese per prestazioni di personale infermieristico sono rimborsabili all'**80%** o al **100%** in caso di malattia grave riconosciuta, sempre che le prestazioni siano state prescritte da un medico e eseguite da una persona legalmente autorizzata all'esercizio della professione.

Per le prestazioni complementari a quelle di assistenza malati, è necessaria un'autorizzazione preventiva.

NON SONO RIMBORSABILI

Le spese di spostamento dell'operatore.

10. CURA DI CONVALESCENZA E POSTOPERATORIA

La cura (per la quale occorre in ogni caso presentare domanda di autorizzazione preventiva) è rimborsata a due condizioni:

- che venga effettuata sotto controllo medico in un centro di convalescenza provvisto di idonea infrastruttura medica e paramedica;
- che inizi nei 3 mesi successivi all'intervento chirurgico o alla malattia per la quale è stata prescritta, salvo controindicazione clinica debitamente giustificata nella relazione che accompagna la prescrizione medica e accettata dal medico di fiducia.

L'autorizzazione di cura può essere rinnovata in caso di ricaduta o di nuova malattia.

10.1. QUANTO ?

Le spese di soggiorno sono rimborsate all'**80%** (massimale giornaliero di 36 €) per un periodo massimo di 28 giorni l'anno o al **100%** (massimale giornaliero di 45 €).

Le spese di cura sono rimborsate a parte, a norma delle disposizioni generali di esecuzione.

Le spese di accompagnamento sono rimborsate in via eccezionale all'**85%** (massimale giornaliero di 40 €), su prescrizione medica e dietro autorizzazione preventiva, nei casi seguenti:

- per un familiare che accompagna, nella camera o all'interno del centro di cura, un beneficiario che segue una cura prima del compimento del 14° anno di età o che, tenuto conto della patologia o di un'altra esigenza clinicamente giustificata, abbia bisogno di assistenza speciale;
- per le spese di soggiorno del neonato in fase d'allattamento che deve accompagnare la madre in cura.

In tutti gli altri casi, le spese di accompagnamento non sono rimborsate.

10.2. NON SONO RIMBORSABILI

Le spese di viaggio.

11. CURA TERMALE

= soggiorno di durata compresa tra **10 e 21** giorni effettuato presso un centro specializzato che prodiga le proprie cure sotto il controllo di un medico, con acque prelevate alla fonte prima che perdano le loro proprietà, o presso centri paramedici riconosciuti dalle autorità sanitarie nazionali.

La cura deve comportare almeno **2 trattamenti consoni al giorno e non essere interrotta**, salvo dietro presentazione di un certificato del medico termalista che giustifichi l'interruzione per motivi di salute o per un'imperativa esigenza familiare (decesso, malattia grave riconosciuta di un familiare, ecc.).

L'autorizzazione di cura è limitata a:

- 1 cura l'anno, con un massimo di 8 cure nell'arco della vita, per le seguenti patologie:
 - reumatismo e postumi di traumi osteoarticolari;
 - flebologia e malattie cardiovascolari;
 - neurologia;
 - malattie dell'apparato digerente e degli organi annessi, malattie del metabolismo;
 - ginecologia e malattie dell'apparato renale-urinario;
 - dermatologia e stomatologia;
 - apparato respiratorio;
- 1 cura l'anno a condizione che sia effettuata nell'ambito del trattamento di una malattia grave riconosciuta o in caso di grave psoriasi che non risponda ai trattamenti classici.

Attenzione:

L'autorizzazione verrà concessa solo se:

- la cura termale viene riconosciuta necessaria dal medico di fiducia;
- nel corso dell'anno sono stati seguiti i trattamenti prescritti, che sono risultati insufficienti;
- la cura ha valenza terapeutica assodata.

11.1. PER FARSI RIMBORSARE

Prima della cura...

Almeno 6 settimane prima della data di inizio della cura, presentare una domanda di autorizzazione preventiva corredata dei seguenti documenti:

- la prescrizione del medico curante, indipendente dal centro di cura;
- la relazione medica dettagliata, stilata non oltre 3 mesi prima, che precisa:
 - gli antecedenti del paziente e il dettaglio dei trattamenti seguiti nel corso dell'anno per la patologia che rende necessaria la cura;
 - la durata della cura, la natura dei trattamenti termali da seguire e il tipo di centro termale riconosciuto in funzione della patologia in questione;
- eventualmente, la prescrizione medica che giustifica la necessità dell'accompagnamento.

Dopo la cura...

Se l'autorizzazione preventiva è stata **concessa**:

- compilare una **domanda di rimborso** allegando:
 - la fattura dettagliata quietanzata;
- inviare il tutto all'ufficio di liquidazione competente.

Se l'autorizzazione preventiva **non è stata concessa**, rimane possibile il rimborso delle spese per i trattamenti. In tal caso:

- compilare una **domanda di rimborso** allegando:
 - una prescrizione originale del medico curante, indipendente dal centro di cura, che risalga a non oltre 6 mesi prima e indichi la diagnosi nonché il numero e il tipo di trattamenti;
 - una fattura dettagliata conforme alla prescrizione medica con indicazione delle date, del numero di trattamenti e del prezzo;
- inviare il tutto all'ufficio di liquidazione competente.

11.2. QUANTO ?

Spese per i trattamenti e il controllo medico: **80%** (massimale complessivo di 64 € al giorno), o **100%** (massimale complessivo speciale di 80 € al giorno) in caso di malattia grave riconosciuta.

Spese di accompagnamento: **85%** (massimale giornaliero di 40 €), su prescrizione medica e dietro autorizzazione preventiva, nei casi seguenti:

- per un familiare che accompagna, nella camera o all'interno del centro di cura, un beneficiario che segue una cura prima del compimento del 14° anno di età o che, tenuto conto della patologia o di un'altra esigenza clinicamente giustificata, abbia bisogno di assistenza speciale;
- per le spese di soggiorno del neonato in fase d'allattamento che deve accompagnare la madre in cura.

11.3. NON SONO RIMBORSABILI

- Le cure di talassoterapia e di rimessa in forma;
- le spese di viaggio;
- le spese di soggiorno, di alloggio e di vitto;
- le spese accessorie alle cure;
- trattamenti quali:
 - bagni di mare o di lago, sabbiature,
 - sauna, solarium, ecc...

12. OCCHIALI

Sono rimborsabili:

- ogni anno per le persone fino all'età di 18 anni;
- ogni 2 anni per le persone di età superiore a 18 anni;
- con frequenza maggiore a seguito di una variazione di diottria o di asse pari almeno a 0,50, attestata da un oftalmologo.

Il rimborso degli occhiali è limitato a 2 paia, comprendenti la montatura e le lenti correttive, quali che siano le loro caratteristiche:

- 1 paio di occhiali con lenti unifocali per visione da vicino e 1 paio con lenti unifocali per visione da lontano; oppure
- 1 paio di occhiali con lenti multifocali o progressive e, se del caso, 1 paio di occhiali con lenti unifocali per visione da vicino o da lontano.

12.1. PER FARSI RIMBORSARE

La **fattura originale deve riportare:**

- il genere di visione (da lontano, da vicino, multifocale);
- le caratteristiche delle lenti (potenza di ciascuna lente correttiva e diottria);
- il prezzo delle lenti;
- il prezzo della montatura specificato separatamente.

12.2. QUANTO ?

Il **tasso di rimborso** è dell'**85%**:

- per le montature (massimale di 120 €);
- per le lenti secondo i criteri seguenti:

	Massimale per lente (in €)
Lenti normali	
fino a 4 diottrie	110
da 4,25 a 6 diottrie comprese	140
da 6,25 a 8 diottrie comprese	180
oltre 8,25 diottrie	300
Lenti multifocali/progressive	350

12.3. NON SONO RIMBORSABILI

- Gli occhiali con lenti non correttive;
- gli occhiali da sole;
- gli occhiali da pc (eventualmente rimborsati non dall'RCAM, bensì dal Servizio medico).

13. LENTI A CONTATTO

13.1. PER FARSI RIMBORSARE

La **fattura** deve riportare:

- il genere di visione (da lontano, da vicino, multifocale);
- le caratteristiche delle lenti (potenza e diottria);
- il tipo di lenti a contatto: usa e getta o convenzionali;
- il prezzo delle lenti a contatto.

13.2. QUANTO ?

Le spese per l'acquisto di lenti a contatto correttive, convenzionali o usa e getta, nonché le spese per l'acquisto dei prodotti di manutenzione, sono rimborsate all'**85%** (massimale complessivo di 500 € per periodo di 24 mesi).

Se le lenti a contatto sono state acquistate tramite internet, il rimborso è possibile solo su presentazione di regolare fattura (vedi punto "Giustificativi").

14. APPARECCHI ACUSTICI

= acquisto o riparazione di apparecchi prescritti da un otorinolaringoiatra o da un audiometrista.

14.1. PER FARSI RIMBORSARE

- Compilare una domanda di rimborso e allegare la prescrizione medica dell'otorinolaringoiatra o dell'audiometrista nonché la fattura quietanzata.

14.2. QUANTO ?

Rimborso nella misura dell'**85%** (massimale di 1 500 € per orecchio).

Rinnovo possibile ogni 5 anni, tranne in caso di variazione delle condizioni audiometriche.

14.3. NON SONO RIMBORSABILI

La manutenzione e le pile.

Informazione:

In caso di malattia grave della sfera auditiva, o se l'apparecchio è destinato a persone di età inferiore ai 18 anni, può essere concessa una deroga ai massimali e ai termini di rinnovo dietro autorizzazione preventiva.

15. APPARECCHI ORTOPEDICI E ALTRI PRESIDI MEDICO-CHIRURGICI

Informazione:

Al titolo II, allegato II delle DGE figura una tabella che riepiloga i prodotti, i rispettivi tassi di rimborso e massimali nonché le condizioni di rimborso.

→ vedi rubrica *Per maggiori informazioni...*

NON SONO RIMBORSABILI

- Le spese fisse di trasformazione del domicilio o di un veicolo, dispositivi domotici e informatici, telesorveglianza, mobilio non strettamente medico, come ad esempio le poltrone relax ed altri articoli simili.

16. SPESE DI TRASPORTO DI UN BENEFICIARIO DELL'RCAM

16.1. PER FARSI RIMBORSARE

Prima del trasferimento ...

Compilare una domanda di **autorizzazione preventiva** e allegare un certificato medico che giustifichi la natura e la necessità del trasporto. In caso di trasferimenti ripetuti, la prescrizione deve precisarne i motivi e giustificare il numero indispensabile di tragitti.

Riguardo alle condizioni, la decisione tiene conto, tra l'altro, del fatto che le cure non possono essere dispensate nel luogo di servizio o di residenza del beneficiario, o che questi è impossibilitato a utilizzare mezzi di trasporto pubblici o privati.

Dopo il trasferimento ...

Compilare una **domanda di rimborso**, allegando:

- i giustificativi del trasporto (ad esempio, fatture quietanzate, titoli di trasporto/viaggio, ecc.).

16.2. QUANTO ?

Rimborso nella misura dell'**80%** o del **100%** (malattia grave riconosciuta).

In mancanza dei giustificativi richiesti, il rimborso è fissato all'**80%** o al **100%** del prezzo di un biglietto ferroviario in prima classe od eventualmente del massimale di 0,22 €/km.

Viene preso in considerazione solo il rimborso del mezzo di trasporto adeguato al caso del beneficiario, verso il centro di cura o l'operatore sanitario più vicino in grado di fornire il trattamento adeguato alla patologia.

16.3. NON SONO RIMBORSABILI

Le spese di trasporto:

- dettate da motivi familiari, linguistici o da considerazioni personali;
- per consultare un medico generalista;
- per una cura termale o di convalescenza;
- per recarsi sul luogo di lavoro o per qualsiasi altra ragione non riconosciuta dall'ufficio di liquidazione;
- per il rimpatrio in caso di malattia o di incidente;
- per la ricerca e il salvataggio in montagna, in mare, ecc.;
- per il trasporto con un veicolo privato all'interno della località di residenza. Fanno eccezione i trattamenti ripetitivi gravosi quali radioterapia, chemioterapia, dialisi, ecc., nel cui caso le spese saranno rimborsate previo parere del medico di fiducia.

Attenzione:

Il trasporto d'urgenza motivato (ad esempio in caso di incidente) è rimborsabile senza autorizzazione preventiva. Tuttavia, se del caso, potrà essere interpellato il medico di fiducia.

Il principio della libera scelta dell'operatore o dell'ospedale non comporta necessariamente il rimborso delle spese di trasferimento.

17. SPESE DI FUNERALE

Un'indennità forfettaria per spese di funerale è versata:

- **all'affiliato/a** in caso di decesso di una persona assicurata per suo tramite, o di un bambino nato morto (almeno alla 22° settimana di gestazione);
- **al coniuge, partner riconosciuto, figli o, in mancanza di questi, a qualsiasi altra persona che dimostri di aver pagato le spese di funerale:** in caso di decesso dell'affiliato/a.

17.1. PER FARSI RIMBORSARE

Per l'affiliato/a (in caso di decesso di una persona assicurata per suo tramite, o di un bambino nato morto): inviare copia dell'atto di morte all'ufficio di liquidazione dell'affiliato/a.

Per gli aventi diritto: inviare copia dell'atto di morte all'ufficio di liquidazione dell'affiliato/a.

Per i terzi: inviare la prova del pagamento delle spese di funerale all'ufficio di liquidazione dell'affiliato/a.

17.2. QUANTO ?

L'indennità forfettaria per spese di funerale ammonta a 2 350 €.

18. VACANZE

Si suggerisce di procedere come segue:

- stampare un attestato di copertura da parte dell'RCAM per l'affiliato/a e i familiari (tramite RCAM on line): <https://webgate.ec.testa.eu/RCAM>);
- stampare anche una domanda di impegnativa (http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#1d)
- e una denuncia di infortunio (http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#4a)

Attenzione:

Taluni ospedali non accettano l'impegnativa ed esigono il pagamento immediato. Per tale motivo, si consiglia di sottoscrivere un'assicurazione integrativa presso una società assicurativa privata. Questa coprirà altresì le spese che non vengono rimborsate dall'RCAM, ad esempio le spese di trasporto o di rimpatrio verso il proprio domicilio o la quota che potrebbe rimanere a carico dell'affiliato/a, in particolare nei paesi in cui le spese mediche sono costose.

PER MAGGIORI INFORMAZIONI ...

SE È DISPONIBILE L'ACCESSO A MYINTRACOMM...

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx
(accesso Commissione)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx
(accesso altre istituzioni e agenzie)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>
(accesso per i pensionati)

RCAM on line

Si può accedere agevolmente a RCAM on line tramite la password ECAS. Diventa così possibile seguire la propria pratica presso il Regime comune di assicurazione malattia e, attualmente, presentare le domande di rimborso e di autorizzazione medica (preventivo per cure dentarie, malattia grave, autorizzazione preventiva). Si può seguire l'iter delle proprie pratiche tramite RCAM on line a seguito di comunicazione tramite posta elettronica o collegandosi periodicamente all'indirizzo:

<https://webgate.ec.europa.eu/RCAM/>

Tutti i moduli in formato cartaceo sono reperibili nella versione aggiornata al seguente indirizzo:

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx
(accesso Commissione)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx
(accesso altre istituzioni e agenzie)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>
(accesso per i pensionati)

- domanda di autorizzazione preventiva;
- domanda di rimborso delle spese mediche;
- domanda di riconoscimento di malattia grave;
- domanda di impegnativa;
- domanda di impegnativa per casa di riposo/di cura;
- domanda di anticipo per spese mediche elevate;
- onorari per prestazioni dentistiche;
- preventivo di spese dentistiche per domanda di autorizzazione preventiva;
- preventivo di cura ortodontica per domanda di autorizzazione preventiva.


Per informazioni e richieste, il mezzo più semplice per **mettersi in contatto con il PMO** è collegarsi a:

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>





ALTRIMENTI...



PMO Contact

 + (32) 2-29.97777

Allegati

- [esempio ricevuta pedicure](#) 
- [esempio ricevuta podologo](#) 
- [esempio ricevuta osteopata](#) 
- [esempio ricevuta psicologo](#) 

- [esempio fattura italiana](#) 