



Bruxelles, 6/4/2012

ORIENTAMENTI SULL'APPLICAZIONE DELLA COMPLEMENTARITÀ E SULLA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI RIMBORSO

Indice: 1) La copertura RCAM - 2) La copertura complementare - 3) Carenze manifeste del regime primario di assistenza diretta e relativa prova - 3.1) Prova di tempi di attesa eccessivi per prestazioni coperte dal regime primario nazionale - 3.1.1) Dichiarazione relativa ai tempi di attesa - 3.2) Prova relativa alle prestazioni non coperte o non offerte dal regime primario - 3.3) Prova relativa ai prodotti farmaceutici non soggetti a ticket moderatore - 4) Procedura per la domanda di rimborso all'RCAM - 4.1) Rimborso di prestazioni ricevute nell'ambito del regime primario nazionale - 4.2) Rimborso per prestazioni effettuate presso il settore privato o per l'acquisto di medicinali non soggetti a ticket moderatore

1) La copertura RCAM

L'RCAM copre, a titolo primario, tutti i beneficiari nonché, a determinate condizioni e in misura diversa, le persone assicurate per loro tramite, in particolare il coniuge o partner riconosciuto, i figli e qualsiasi altra persona riconosciuta a carico dell'affiliato, ai sensi dell'articolo 2, paragrafo 4, dell'allegato VII dello Statuto (articolo 72, paragrafo 1, dello statuto).

In particolare, il coniuge/partner riconosciuto è coperto a titolo primario dal RCAM se non dispone di redditi propri di origine professionale o se questi non gli consentono di essere coperto da un altro regime obbligatorio d'assicurazione malattia istituito per legge o regolamento (articoli 12 e 13 dell'RCAM).

Se dispone di redditi, si applicano le disposizioni inerenti alla complementarità (articolo 14 dell'RCAM – Titolo I, capitolo 2.3, e titolo III, capitolo 3, delle DGE).

Il diritto alla complementarità del coniuge/partner dell'affiliato è strettamente subordinato all'invio annuale dell'ultimo documento ufficiale disponibile all'ufficio di liquidazione, comprovante i redditi percepiti dal coniuge/partner.

In caso contrario, tale diritto decade.

2) La copertura complementare

La copertura complementare serve a garantire agli assicurati coperti da un regime sanitario primario nazionale un livello di rimborso delle spese mediche identico a quello cui avrebbero diritto se fossero affiliati in via primaria al RCAM.

Il principio alla base della copertura complementare è che la *“libera scelta si applica ai beneficiari della complementarità solo dopo che si sono avvalsi delle possibilità del regime primario”*.

Su tale base i beneficiari della complementarità che dipendono da un sistema di assistenza indiretta¹ devono innanzitutto avvalersi del loro regime sanitario primario nazionale e chiedere presso di esso il rimborso delle proprie spese mediche, mentre l'RCAM interviene solo come regime complementare dopo il rimborso da parte del regime sanitario primario nazionale.

Tutte le prestazioni per le quali il regime primario sanitario nazionale non concede rimborsi possono essere rimborsate dal RCAM, sempre che soddisfino i criteri fissati da quest'ultimo.

Per i beneficiari della complementarità che dipendono da un sistema di assistenza diretta² il rimborso da parte del RCAM delle spese sostenute nel settore privato è limitato a 5 categorie di prestazioni, purché sia accordata un'*autorizzazione preventiva* ove siano provate le *manifeste carenze del sistema stesso*:

- ricoveri ospedalieri e interventi chirurgici;
- trattamenti e accertamenti presso una struttura ospedaliera;
- casa di riposo e di cura;
- assistenza malati;
- cure termali e di convalescenza.

Le prestazioni diverse da quelle che figurano nell'elenco di cui sopra possono essere rimborsate dal RCAM, qualora siano soddisfatti i criteri da questo fissati e sempre dopo aver fatto ricorso al regime primario sanitario nazionale.

¹ Il regime nazionale **rimborso** cioè le prestazioni effettuate per le quali i beneficiari hanno corrisposto l'intero ammontare (Francia, Belgio, Lussemburgo, ecc.)

² Il regime primario nazionale **non rimborso** cioè le prestazioni già effettuate, bensì si fa direttamente carico di una parte dei costi delle prestazioni e/o dei trattamenti da effettuare negli ospedali o nelle cliniche convenzionate con il sistema nazionale primario (ad esempio Italia, Spagna, Regno Unito, Irlanda, Portogallo, ecc.).

3) Carenze manifeste del regime sanitario primario di assistenza diretta e relativa prova

Le manifeste carenze di un regime sanitario primario di assistenza diretta possono essere così riassunte:

- a) tempi di attesa eccessivi per le prestazioni (visite, trattamenti, accertamenti ecc...) offerte dal regime sanitario primario nazionale ;
- b) prestazioni (visite, trattamenti, consultazioni esami ecc...) non contemplate dal regime sanitario primario nazionale³;
- c) prodotti farmaceutici non soggetti a ticket moderatore per i quali il beneficiario sostiene il costo integrale.

Per godere del diritto al rimborso da parte dell'RCAM delle spese sostenute nel settore privato, il beneficiario della complementarietà che dipende da un regime sanitario primario di assistenza diretta **deve dimostrare le manifeste carenze esistenti nel proprio regime sanitario primario.**

3.1) Prova di tempi di attesa eccessivi per prestazioni coperte dal regime sanitario primario nazionale

Qualora il regime sanitario primario offra la prestazione richiesta, il beneficiario della complementarietà deve innanzitutto avvalersene. Tuttavia, se reputa che i tempi di attesa per ottenere la prestazione siano eccessivi rispetto alla propria patologia, il beneficiario deve chiedere l'autorizzazione all'ufficio di liquidazione **prima di ricevere la prestazione,** fornendo in via preliminare le seguenti prove:

3.1.1) Dichiarazione relativa ai tempi di attesa:

La dichiarazione relativa ai tempi di attesa deve essere rilasciata dal regime sanitario primario, che ha il dovere di rispondere in quanto parte dell'amministrazione pubblica. Se così non fosse, il beneficiario può recarsi presso l'ufficio prenotazioni del regime sanitario primario⁴ e prendere appuntamento per la visita/il trattamento/la consultazione necessari: la necessità di ricorrere al sistema privato sarà valutata dal medico di fiducia dell'RCAM, in base alla data fissata e in relazione alla patologia.

Il documento che riporta l'appuntamento per le prestazioni/i trattamenti nonché la prescrizione medica devono essere inviati all'attenzione del medico di fiducia

³ A titolo d'esempio per l'Italia: osteopatia, massoterapia ...

⁴ Per l'Italia: CUP, centro unico prenotazioni / ASL, azienda sanitaria locale. In particolare, per i residenti in Lombardia la regione mette a disposizione un sito Internet che riporta i tempi di attesa per le varie prestazioni negli ospedali/nelle strutture pubbliche nonché nei centri convenzionati. Grazie a questo elenco è possibile trovare nella regione un centro (collegato alla ASL di appartenenza) che fornisce la prestazione richiesta con i tempi di attesa più brevi.

dell'RCAM, perché possa stabilire se i tempi di attesa per la visita/la consultazione/il trattamento sono eccessivi e incompatibili con la patologia.
La prestazione/la visita/la consultazione/il trattamento effettuati presso il settore privato potrà essere rimborsata solo previa approvazione da parte del medico di fiducia dell'RCAM.

La prova scritta della data deve essere ottenuta anche nel caso in cui sia possibile fissare l'appuntamento telefonicamente, in particolare:

- da parte della struttura presso la quale è stato fissato l'appuntamento⁵;
- da parte del medico generico che deve dichiarare che la data proposta telefonicamente dalla struttura è troppo lontana per la patologia in atto, nel caso in cui la struttura presso la quale è stato preso l'appuntamento si rifiuti di fornire una conferma scritta⁶.

3.2) Prova relativa alle prestazioni non coperte o non offerte dal regime sanitario primario

Qualora il regime sanitario primario non copra i costi o non fornisca una prestazione, i beneficiari possono rivolgersi direttamente al settore privato. Tuttavia, per ottenere il rimborso dell'RCAM, il beneficiario deve dimostrare che il regime sanitario primario non offre la prestazione/il trattamento.

A titolo di esempio, sono accettati i documenti giustificativi seguenti.

- Dichiarazione ufficiale rilasciata da una struttura/un ufficio⁷ del regime sanitario primario che attesti che la prestazione/la visita/il trattamento non sono coperti o non sono forniti.
- Dichiarazione del medico generico⁸ che attesti nella sua prescrizione medica che la prestazione/la visita/il trattamento non sono coperti o non sono forniti dal regime sanitario primario.
- Atto giuridico ufficiale (leggi/decreti) che attesti che la prestazione/la visita/il trattamento non sono coperti o non sono forniti.

La maggior parte degli Stati membri con assistenza diretta non coprono le spese dentistiche (fatti salvi casi specifici, eccezionali e di estrema urgenza), né rimborsano occhiali, lenti e lenti a contatto: queste prestazioni sono considerate rimborsabili da parte dell'RCAM in via primaria senza prova.

3.3) Prova relativa ai prodotti farmaceutici non soggetti a ticket moderatore

⁵ Per l'Italia, della ASL o del CUP.

⁶ Per l'Italia va tuttavia ricordato che per le urgenze il regime primario ha stabilito una procedura specifica: il medico generico aggiunge un bollino verde sulla prescrizione affinché le prestazioni/le visite richieste siano effettuate dalle strutture sanitarie pubbliche entro un termine massimo di 72 ore.

⁷ Per l'Italia: ASL-CUP.

⁸ Per l'Italia: "medico di base".

Nel caso in cui un medicinale non sia soggetto al ticket moderatore da parte del regime sanitario primario, i prodotti farmaceutici possono essere acquistati a prezzo pieno. Tuttavia, per ottenere il rimborso da parte dell'RCAM, è necessario dimostrare che il prodotto farmaceutico non è soggetto al ticket moderatore dal regime sanitario primario di previdenza.

Sono accettati i documenti giustificativi seguenti:

- Dichiarazioni del medico generico⁹ che attestino, nella prescrizione medica per i prodotti farmaceutici, che i prodotti prescritti non sono soggetti a ticket moderatore.
- Dichiarazione della farmacia, apposta sulla prescrizione medica al momento dell'acquisto dei prodotti, con timbro e firma del dottore farmacista, che attesti che il prodotto acquistato non è soggetto a ticket moderatore.

4) Procedura per la domanda di rimborso all'RCAM

Dopo aver esperito tutte le procedure atte a ottenere la prestazione/il trattamento presso il regime sanitario primario e aver ottenuto la necessaria documentazione, possono presentarsi due situazioni diverse ai fini della domanda di rimborso delle spese:

4.1) Rimborso di prestazioni ricevute nell'ambito del regime sanitario primario nazionale

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute nell'ambito del regime sanitario primario o per medicinali acquistati attraverso detto regime, il beneficiario deve compilare una domanda di rimborso allegando le fatture relative ai "ticket moderatori" corrisposti per le prestazioni (o per i prodotti farmaceutici acquistati) e inviarla all'RCAM unitamente alla prescrizione medica. Qualora il regime sanitario primario conservi la prescrizione medica originale, il beneficiario dovrà presentare una copia in cui si attesti che la prescrizione è stata trattenuta.

Il rimborso delle spese per prestazioni o per l'acquisto di prodotti soggetti a ticket moderatore sarà accordato dall'RCAM purché tali costi siano ammissibili al rimborso e secondo le percentuali indicate nella regolamentazione, vale a dire nella misura dell'80% o dell'85%.

In caso di malattia grave riconosciuta dall'RCAM, il rimborso del ticket moderatore sarà effettuato a concorrenza del 100% del costo che rimane a carico del beneficiario.

⁹ Per l'Italia: medico di base della ASL.

4.2) Rimborso per prestazioni effettuate presso il settore privato o per l'acquisto di medicinali non soggetti a ticket moderatore

Il beneficiario deve compilare una domanda di rimborso allegando:

- la fattura della visita/della consultazione/dei trattamenti con il consenso dell'RCAM (nel caso in cui sia stata dimostrata la manifesta carenza del regime sanitario primario) oppure tali documenti con la dichiarazione del medico generico attestante che le prestazioni non sono offerte dal regime sanitario primario, oppure gli atti giuridici che dimostrano che le prestazioni non sono offerte dal regime sanitario primario;
- la prescrizione medica, la ricevuta/fattura dei prodotti farmaceutici con la dichiarazione del medico generico e/o la dichiarazione e timbro della farmacia sulla prescrizione medica.

INFORMAZIONI GENERALI

COME PRESENTARE UNA DOMANDA DI RIMBORSO

1) COMPILARE UN MODULO DI DOMANDA DI RIMBORSO

1. Indicare se si tratta di una domanda di:
 - rimborso normale;
 - rimborso in seguito a “infortunio o malattia professionale” (con relativi riferimenti);
 - rimborso per “malattia grave” (con relativi riferimenti);
 - rimborso per “personale in servizio al di fuori dell’UE”.
2. Distribuire l’invio delle domande di rimborso nel corso dell’intero anno per evitare che la presentazione delle domande si concentri alla fine di ciascun semestre.
3. Per non incorrere nel rifiuto del rimborso, presentare la domanda entro 18 mesi dalla data della prestazione, tranne in caso di forza maggiore debitamente provata.
4. Presentare domande di rimborso distinte e specifiche per le spese mediche concernenti un infortunio o una malattia grave.
5. Su ciascuna DR (modulo) **non inserire più di 10 righe. Non riportare righe su un altro modulo, poiché ciascuna domanda è trattata separatamente.**
6. Compilare una sola riga per fattura/ricevuta (qualora una fattura riguardi più cure/medicinali, non specificarli).
7. Non dimenticare di precisare il paese/la valuta.
8. Allegare una traduzione in EN, FR, DE per le lingue di paesi non appartenenti all’UE.

2) Allegare i documenti giustificativi in originale (tranne in caso di rimborso in via complementare per paesi con assistenza indiretta, come ad esempio Francia, Lussemburgo, Belgio).

Le **ricevute e fatture** devono essere conformi alla legislazione del paese in cui sono state emesse o recare le indicazioni seguenti:

- il nome completo del paziente;
- la natura dell’atto o degli atti medici;
- le date e gli onorari percepiti per ogni singolo atto medico;
- il nome e i riferimenti ufficiali dell’operatore sanitario.

Se l’RCAM interviene in via **complementare**, in caso di rimborso parziale da parte del regime sanitario primario di assistenza indiretta è necessario accludere alla domanda di rimborso una copia delle fatture nonché l’originale del computo effettuato dal regime sanitario primario nel quale figurì il dettaglio delle prestazioni rimborsate.

Il rimborso dei **medicinali** viene effettuato sulla scorta di ricevute o fatture della farmacia che riportino le informazioni seguenti:

- nome del medico prescrivente;
- nome completo del paziente;

- designazione del medicinale prescritto o, in caso di medicinale generico, del prodotto rilasciato ovvero la 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 in paesi con assistenza indiretta, del prezzo effettivamente pagato;
- data di rilascio dei medicinali;
- timbro e firma del farmacista per le persone assicurate in via complementare in paesi con assistenza diretta; se il medicinale non è soggetto a ticket moderatore, dichiarazione del medico o della farmacia al riguardo.

3) Non è più richiesta la prova di avvenuto pagamento (vale a dire: la ricevuta della carta di credito/Bancomat ecc.), poiché firmando la domanda si dichiara di aver effettuato il pagamento delle prestazioni.

4) Per consentire la registrazione delle domanda di rimborso e dei giustificativi, **utilizzare fermagli ed evitare di cucire con graffette.**

5) **Firmare i moduli della DR; i moduli non firmati saranno respinti senza essere elaborati.**

- Considerata la mole di lavoro, gli uffici di liquidazione potranno trasmettere copia dei documenti presentati solo a titolo eccezionale.

Occorre dunque conservare con cura le copie delle domande di rimborso presentate, i giustificativi nonché i computi **che l'ufficio di liquidazione invierà dopo l'elaborazione.**

6) Il rimborso avviene sul conto bancario su cui è versato/a lo stipendio/la pensione. In caso di **variazione del conto bancario**, non procedere immediatamente alla chiusura del conto precedente ma attendere qualche tempo per assicurarsi che i rimborsi in corso vadano a buon fine.

INDICAZIONI PER GLI AFFILIATI IN VIA PRIMARIA
--

Occorre una **PRESCRIZIONE MEDICA** per ciascuna prestazione richiesta, in particolare per:

- fisioterapia, chinesiterapia, chiropratica, osteopatia, ecc.
- pedicure (se effettuata da un podologo);
- consultazione presso un dietologo / visita presso un nutrizionista.

È necessaria un'**AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA** per:

- psicoterapia effettuata da uno psicologo;
- linfodrenaggio;
- apparecchio per aerosol;
- osteopatia per bambini di età inferiore a 12 anni;

- prodotti farmaceutici quali RILATINE, XENICAL, FINASTERIDE, CIALIS, ecc.

Attendere sempre la decisione dell'Ufficio Liquidatore in merito all'autorizzazione preventiva prima di inviare le domande di rimborso per spese mediche collegate.

Lenti e lenti a contatto

- Per il primo acquisto di lenti o lenti a contatto occorre una prescrizione medica originale di un oftalmologo/oculista o di un optometrista;
- nella fattura devono essere sempre distinti i costi relativi alle lenti e il costo relativo alla montatura nonché il costo per le lenti a contatto;
- per l'acquisto di lenti a contatto, in ogni fattura deve essere specificato il tipo di lenti a contatto e le diottrie (sfera – cilindro – asse).

Odontoiatria

- È obbligatorio un preventivo di spese dentistiche per: protesi, parodontologia, ortodonzia.
- Per le cure conservative, il preventivo di spesa non è necessario (radiografie, otturazioni, devitalizzazioni, estrazioni, ecc.).