

Decisione della Commissione

che fissa le disposizioni generali di esecuzione relative al rimborso delle spese mediche

LA COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE,

visto lo statuto dei funzionari delle Comunità europee nonché il regime applicabile agli altri agenti delle Comunità stesse (RAA), fissati dal regolamento (CEE, Euratom, CECA) n. 259/68 del Consiglio¹, in particolare l'articolo 72 del medesimo,

vista la regolamentazione comune relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari delle Comunità europee, adottata di comune accordo da tutte le istituzioni comunitarie ed entrata in vigore il 1° dicembre 2005, in particolare l'articolo 52,

visto il parere del comitato di gestione dell'assicurazione malattia,

previa consultazione del comitato del personale,

visto il parere del comitato dello statuto,

HA ADOTTATO LA PRESENTE DECISIONE:

Articolo 1

L'allegato alla presente decisione costituisce le disposizioni generali di esecuzione relative al rimborso delle spese mediche.

Articolo 2

La presente decisione entra in vigore il 1° 2007.

Articolo 3

Gli allegati della regolamentazione modificata da ultimo il 26 gennaio 1999 e tutte le disposizioni interpretative, informazioni amministrative o circolari sono abrogate non appena le presenti disposizioni generali di esecuzione entrano in vigore.

Le singole prestazioni mediche a una data anteriore all'entrata in vigore delle presenti disposizioni generali d'esecuzione formano oggetto di rimborso alle condizioni previste dagli allegati della regolamentazione modificata da ultimo il 26 gennaio 1999.

Le prestazioni mediche per le quali il trattamento sia iniziato anteriormente alla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni generali d'esecuzione e si protragga oltre tale data, il rimborso è determinato secondo le presenti disposizioni generali d'esecuzione.

¹ GU L 56 del 4 marzo 1968, pag. 1. Regolamento modificato da ultimo dal regolamento (CE, Euratom) n. 2104/2005 (JO L 337 del 22.12.2005, pag. 7).

ALLEGATO

(Disposizioni generali di esecuzione relative al rimborso delle spese mediche)

<u>INDICE</u>	
Definizioni generali	6
Beneficiari dell'RCAM	6
Tasso di rimborso	6
Prescrizione medica	6
Autorizzazione preventiva	7
Malattia grave	7
Massimale di rimborso	7
Eccessività	7
Parere del medico o del dentista di fiducia	8
Parere del Consiglio medico	8
Titolo I – DIRITTI D'AFFILIAZIONE	
Capitolo 1 – Disposizioni relative agli affiliati	9
1. Copertura degli agenti contrattuali – Articolo 2, paragrafo 1, terzo trattino	9
2. Attività professionale lucrativa – Articolo 2, paragrafo 3, trattini 5-7; articoli 6, 7 e 9	9
3. Copertura durante un periodo di aspettativa – Articolo 2, paragrafo 3, settimo trattino	10
4. Affiliazione dell'ex partner riconosciuto – Articolo 2, paragrafo 4	10
5. Prova del versamento dei contributi al regime – Articolo 3, paragrafi 4 e 5; articoli 5-10	10
6. Disoccupazione – Articolo 11	10
Capitolo 2 – Disposizioni relative agli assicurati tramite gli affiliati	12
1. Riconoscimento dell'unione di fatto – Articolo 12, secondo trattino	12
2. Copertura primari del coniuge o partner riconosciuto – Articolo 13	12
3. Copertura complementare degli assicurati tramite l'affiliato – Articoli 14 e 16	12
4. Divorzio e cessazione di un'unione di fatto – Articolo 15	13
5. Copertura dei figli a carico – Articolo 16	13
6. Copertura delle altre persone a carico dell'affiliato – Articolo 17	14
7. Periodo di proroga della copertura per figli a carico e per persone assimilate – Articolo 18	14
Capitolo 3 – Disposizioni comuni agli affiliati e agli assicurati tramite l'affiliato	15
1. Proroga della copertura dell'affiliato in caso di malattia grave, di gravidanza o di parto – Articoli 7 e 10	15
2. Situazione dell'assicurato tramite l'affiliato il cui diritto è giunto a scadenza – Articoli 12 e 15-18	15
Titolo II – REGOLE DI RIMBORSO	
Capitolo 1 – Consultazioni e visite mediche	16
1. Generalità e definizioni	16
2. Modalità di rimborso	16
2.1. Consultazioni e visite mediche	16

2.2. Clinico insigne	17
3. Prestazioni non rimborsabili	17
Capitolo 2 – Ricoveri ospedalieri e interventi chirurgici	18
1. Ricoveri ospedalieri	18
1.1. Definizioni	18
1.2. Autorizzazioni preventive	18
1.3. Modalità di rimborso	19
2. Interventi chirurgici	20
Capitolo 3 – Prestazioni connesse con lo stato di dipendenza	22
1. Soggiorni continuati o di lunga durata presso centri paramedici e di altro tipo	22
1.1. Definizioni	22
1.2. Autorizzazioni preventive	23
1.1. Modalità di rimborso	23
2. Assistenza malati	24
2.1. Disposizioni generali	24
2.2. Rimborsi	25
Capitolo 4 – Prodotti farmaceutici	29
1. Definizione	29
2. Condizioni di rimborso	29
3. Modalità di rimborso	29
4. Prodotti rimborsabili dietro autorizzazione preventiva	30
5. Prodotti esclusi dal rimborso	31
6. Informazione degli affiliati	31
Capitolo 5 – Cure, trattamenti e protesi dentari	32
1. Cure e trattamenti preventivi	32
2. Parodontologia	32
3. Ortodonzia	33
4. Occlusodonzia	33
5. Protesi dentarie	33
6. Implantologia	35
7. Malattia grave	35
8. Disposizioni particolari	35
Capitolo 6 - Radiologia, analisi, esami di laboratorio ed altri accertamenti diagnostici	37
1. Disposizioni generali	37
2. Analisi ed esami soggetti ad autorizzazione preventiva	37
3. Analisi escluse dal rimborso	37
4. Informazione degli affiliati	37
Capitolo 7 - Gravidanza, parto e infertilità	38
1. Prestazioni rimborsabili nell'ambito della gravidanza	38
1.1. Definizioni e osservazioni generali	38
1.2. Osservazioni specifiche	38
2. Prestazioni e rimborsi connessi al parto	38
2.1. Definizione	38
2.2. Parto in struttura ospedaliera	38

2.3. Parto a domicilio	39
2.4. Parto in un centro di nascita o in un centro non ospedaliero riconosciuto	39
3. Prestazioni e rimborsi relativi al trattamento dell'infertilità	40
Capitolo 8 – Trattamenti vari	42
1. Disposizioni generali	42
2. Disposizioni particolari	42
Capitolo 9 – Ausiliari medici	49
Capitolo 10 – Cure	50
<i>Sezione 1 – Cure di convalescenza e postoperatorie</i>	50
1. Caratteri generali	50
2. Condizioni per ottenere un'autorizzazione preventiva	50
3. Regole di rimborso	50
4. Esclusioni dal rimborso	51
5. Condizioni di rimborso	51
<i>Sezione 2 – Cure termali</i>	52
1. Disposizioni generali	52
2. Condizioni per ottenere l'autorizzazione preventiva di una cura termale	52
3. Regole di rimborso	53
4. Esclusioni dal rimborso	53
Capitolo 11 – Protesi, apparecchi ortopedici e altro materiale medico	55
1. Vista	55
1.1. Occhiali	55
1.2. Lenti a contatto	56
1.3. Patologia grave della visione	57
1.4. Protesi oculari	57
2. Udito	57
3. Apparecchi ortopedici, fasciature e altri presidi medico-chirurgici	58
Capitolo 12 – Spese di trasporto	59
1. Disposizioni generali	59
2. Modalità di rimborso	59
3. Personale in servizio al di fuori dell'Unione	60
Capitolo 13 – Indennità forfettaria per spese di funerale	61
ALLEGATO I - ELENCO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI	62
ALLEGATO II: Apparecchi ortopedici, fasciature ed altri ausili medici rimborsati all'85% o al 100% in caso di malattia grave riconosciuta	75
Titolo III – PROCEDURE	
Capitolo 1 – Domande di rimborso e giustificativi	79
1. Disposizioni generali	79
2. Domanda di rimborso	79
3. Informazioni da comunicare	79
4. Disposizioni particolari	80
5. Giustificativi	80
6. Prodotti farmaceutici	80

Capitolo 2 – Programmi di diagnosi precoce	82
Capitolo 3 – Regole per l'applicazione della complementarità	83
1. Definizione	83
2. Beneficiari della complementarità	83
3. Modalità	84
4. Rimborsi	84
Capitolo 4 – Impegnative e anticipi	86
1. Impegnative	86
2. Anticipi	86
Capitolo 5 – Riconoscimento di gravità della malattia	88
1. Definizione	88
2. Estensione della copertura	88
3. Procedure	88
4. Retroattività	89
Capitolo 6 – Determinazione del rimborso speciale – Articolo 72, paragrafo 3, dello statuto	90
1. Modalità	90
2. Particolarità	90
Capitolo 7 – Determinazione dei coefficienti di parità – Articolo 20, paragrafo 5	91
1. Stato membro di riferimento	91
2. Periodo di osservazione	91
3. Modalità di calcolo dei coefficienti di parità	91
Capitolo 8 – Determinazione dei coefficienti per definire i livelli di rimborso – Articolo 21, paragrafo 1	92
Capitolo 9 – Certificazione dei rendiconti finanziari dell'RCAM Articolo 45, paragrafo 5	93

Definizioni generali

In applicazione dell'articolo 72 dello statuto e della regolamentazione comune relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari delle Comunità europee, entrata in vigore il 1° dicembre 2005 (qui di seguito "regolamentazione comune"), il regime d'assicurazione malattia comune alle istituzioni delle Comunità europee (qui di seguito RCAM o "regime") garantisce ai suoi beneficiari la copertura delle spese mediche sostenute per malattia, incidente o maternità, nonché il versamento di un'indennità per spese di funerale.

Beneficiari dell'RCAM

I **beneficiari** del regime sono gli **affiliati** – vale a dire i funzionari, agenti temporanei, agenti contrattuali e pensionati o beneficiari di un'indennità di cessazione del servizio e, in alcuni casi, i membri delle istituzioni – e **le persone assicurate per loro tramite**, alle condizioni e nei limiti fissati dalla regolamentazione comune (articoli 2-18) e dal titolo I delle presenti disposizioni generali d'esecuzione (DGE).

Tasso di rimborso

Nel quadro del regime, il rimborso delle spese avviene nel limite dell'80% delle spese sostenute.

Questo tasso è aumentato all'85% per

- le consultazioni e le visite,
- gli interventi chirurgici,
- i ricoveri ospedalieri,
- i prodotti farmaceutici,
- la radiologia, le analisi,
- gli esami di laboratorio e
- le protesi su prescrizione medica, escluse le protesi dentarie rimborsate al tasso dell'80%.

In caso di tubercolosi, poliomielite, cancro, malattia mentale e altre malattie riconosciute di analoga gravità dall'autorità che ha il potere di nomina, nonché per gli esami di diagnosi precoce e in caso di parto, il tasso di rimborso è portato al 100% senza massimale, tranne alcune eccezioni specificate nelle presenti disposizioni generali d'esecuzione.

La copertura delle spese mediche in caso di infortunio o di malattia professionale, cui si applica l'articolo 73 dello statuto, è limitata ai tassi dell'80% e dell'85%. L'importo residuo, rispettivamente del 20% e del 15%, a norma delle disposizioni dell'articolo 73 dello statuto è coperto da un'apposita assicurazione sui rischi di infortunio e di malattia professionale.

Prescrizione medica

Una prescrizione medica è un documento che reca il nome e i riferimenti ufficiali del prescrittore, il nome completo del paziente, gli atti medici (tipo di trattamento e numero di sedute) o la denominazione dei medicinali prescritti. Essa deve essere datata e firmata dal prescrittore, e per definizione deve essere anteriore all'inizio del trattamento. Per dare diritto a rimborso, la sua data non deve precedere di oltre 6 mesi quella del primo trattamento o dell'acquisto dei medicinali.

Autorizzazione preventiva

Per poter essere rimborsate, alcune prestazioni specificate dalle presenti DGE sono soggette alla procedura di autorizzazione preventiva. La domanda di autorizzazione preventiva deve essere introdotta dall'affiliato presso l'ufficio di liquidazione prima dell'inizio delle cure o delle prestazioni, tranne in casi di urgenza, con l'apposito modulo, accompagnato da una prescrizione medica dettagliata ovvero, a seconda delle prestazioni, da una relazione medica completa. La decisione in ordine alla richiesta viene presa previo parere del medico di fiducia, che si pronuncia in merito alla coerenza clinica della prestazione.

In determinati casi, prima di pronunciarsi il medico di fiducia può prendere contatto col medico prescrittore o col beneficiario.

Malattia grave

Si considera grave una malattia riconosciuta tale con decisione dell'autorità che ha il potere di nomina, previo parere del medico di fiducia, in base ai criteri enunciati nel titolo III, capitolo 5, delle presenti DGE.

Le spese sostenute per una malattia grave sono rimborsate al 100% senza massimale, tranne in alcuni casi debitamente specificati dalle presenti DGE (ad esempio assistenza a malati o spese dentarie). Il rimborso di queste spese può altresì essere limitato qualora i prezzi praticati risultino eccessivi (si veda la definizione di eccessività).

Massimale di rimborso

L'articolo 20 della regolamentazione comune prevede che le presenti DGE fissino massimali di rimborso per salvaguardare l'equilibrio finanziario del regime. In tal caso, all'importo delle spese sostenute viene applicato il tasso di rimborso. Se l'importo ottenuto risulta inferiore al massimale fissato per la prestazione, il rimborso concesso equivale a tale importo. Se l'importo ottenuto supera invece il massimale, è quest'ultimo l'ammontare rimborsato. Il massimale di rimborso costituisce l'importo massimo rimborsabile per una data prestazione.

Eccessività

In applicazione dell'articolo 20 della regolamentazione comune, ove non sia stato fissato alcun massimale di rimborso e perfino in caso di malattia grave, la parte delle spese che supera sensibilmente i prezzi normali praticati nel paese in cui le prestazioni vengono effettuate, può essere esclusa dal rimborso.

La parte eccessiva delle spese viene determinata caso per caso dall'ufficio di liquidazione, previo parere del medico di fiducia. Quest'ultimo si pronuncia sull'esatta natura della prestazione medica, onde consentire all'ufficio di liquidazione di procedere a un raffronto fra le tariffe praticate.

La situazione specifica dei paesi in cui le spese mediche sono costose è disciplinata tramite coefficienti di rimborso (si veda il titolo III, capitolo 8).

Parere del medico o del dentista di fiducia

Il parere del medico o del dentista di fiducia viene da questi formulato in base a riscontri clinici in suo possesso relativi al beneficiario, a informazioni trasmesse dal medico curante, ai risultati dei lavori di ricerca clinica e scientifica nonché, se necessario, previo parere del Consiglio medico. Il parere del medico o del dentista di fiducia viene richiesto nel quadro delle domande di autorizzazione preventiva, in tutti i casi previsti dalle presenti DGE e su richiesta dei capi degli uffici di liquidazione in ordine a questioni specifiche.

I medici e i dentisti di fiducia esprimono un parere solo in situazioni espressamente previste dalla regolamentazione comune e dalle presenti disposizioni generali di esecuzione, nei limiti stabiliti da queste ultime.

Parere del Consiglio medico

Il Consiglio medico dell'RCAM è composto da un medico di fiducia per istituzione e dai medici di fiducia dei singoli uffici di liquidazione. Esso è composto dagli organi previsti dalla regolamentazione comune, vale a dire dal comitato di gestione, dall'ufficio centrale e dagli uffici di liquidazione per qualsiasi questione di carattere medico che possa sorgere nell'ambito della gestione del regime.

Il Consiglio medico si pronuncia sulla scorta della più recente letteratura scientifica e, se del caso, dopo aver sollecitato il parere di specialisti o di luminari nel campo in questione.

I pareri del Consiglio medico devono essere motivati.

Titolo I – DIRITTI D’AFFILIAZIONE

Capitolo 1 – Disposizioni relative agli affiliati

1. Copertura degli agenti contrattuali – Articolo 2, paragrafo 1, terzo trattino

- 1.1. All'atto dell'entrata in servizio, l'agente contrattuale notifica all'autorità che ha il potere di nomina (APN) la propria richiesta di mantenere la copertura malattia presso l'ultimo regime previdenziale nazionale cui era affiliato, in applicazione dell'articolo 112 dell'RAA, o la propria scelta di essere affiliato all'RCAM. Tale notifica avviene al più tardi nel momento in cui l'agente inizia a prestare servizio.
- 1.2. L'agente contrattuale è automaticamente affiliato all'RCAM fin dal primo giorno del mese successivo alla fine del versamento, da parte dell'autorità abilitata a concludere contratti (AACC), dei contributi presso l'ultimo regime previdenziale nazionale.

2. Attività professionale lucrativa – Articolo 2, paragrafo 3, trattini 5-7; articoli 6, 7 e 9

- 2.1. Quando inizia un'attività professionale lucrativa l'affiliato è tenuto a dichiararla all'ufficio di liquidazione da cui dipende, come anche qualsiasi cambiamento relativo all'esercizio di tale attività.
- 2.2. Al termine di un'attività professionale lucrativa, il beneficiario di una pensione anticipata o differita, il beneficiario dell'indennità di cui agli articoli 41 o 50 dello statuto e chiunque abbia cessato definitivamente le proprie funzioni in virtù dei regolamenti nn. 1746/02, 1747/02 e 1748/02, su richiesta rivolta all'ufficio di liquidazione da cui dipende e su presentazione di un documento giustificativo che confermi la cessazione della sua attività, può essere riammesso nell'RCAM.
- 2.3. Si considera che eserciti un'attività professionale lucrativa il beneficiario di redditi quali quelli di cui all'articolo 13, secondo comma, della regolamentazione comune, escluse le pensioni.

È ritenuto altresì esercitare un'attività professionale lucrativa il beneficiario di una borsa di ricercatore – tranne nell'ambito di studi universitari –, di onorari, di gettoni di presenza e di redditi generati da diritti di proprietà intellettuale.

- 2.4. Il beneficiario di un'attività professionale lucrativa continuata o occasionale, che percepisca un reddito annuo imponibile inferiore al 20% dello stipendio base annuo del grado AST2/1, cui si applica il coefficiente correttore stabilito per il paese nel quale i redditi sono percepiti, se ne fa richiesta può restare coperto in via primaria dall'RCAM, sempre che fornisca la prova dell'impossibilità di essere coperto da un regime di

assicurazione malattia legale o regolamentare a norma delle disposizioni legislative o regolamentari del paese in cui l'attività è o è stata esercitata o del paese di residenza.

- 2.5. Per ciascun esercizio fiscale, l'affiliato è tenuto a inviare all'ufficio di liquidazione da cui dipende un documento ufficiale che attesti i suoi redditi (come la dichiarazione dei redditi o qualsiasi altro documento rilasciato dalle autorità nazionali competenti).

Se l'ufficio di liquidazione accerta che l'affiliato ha esercitato un'attività professionale lucrativa che generi un reddito imponibile annuo superiore al 20% dello stipendio base annuo del grado 2, primo scatto, cui si applica il coefficiente stabilito per il paese nel quale i redditi sono percepiti, e che non lo ha dichiarato in una qualche forma per iscritto all'ufficio di liquidazione, la copertura è sospesa per la durata dell'attività professionale e le spese mediche rimborsate durante tale periodo vengono recuperate a norma dell'articolo 33 della regolamentazione comune.

3. Copertura durante un periodo di aspettativa – Articolo 2, paragrafo 3, settimo trattino

- 3.1. L'affiliato che desideri beneficiare della copertura durante un'aspettativa per motivi personali deve farne richiesta, entro la fine del primo mese di aspettativa, presso la sua APN. Quest'ultima trasmette la domanda all'ufficio di liquidazione.
- 3.2. In caso di rinnovo dell'aspettativa, l'affiliato che desideri continuare a beneficiare della copertura ne informa, entro la fine del primo mese di proroga dell'aspettativa, la sua APN/AACC. Quest'ultima trasmette la domanda all'ufficio di liquidazione.
- 3.3. L'affiliato in aspettativa che eserciti un'attività professionale lucrativa non può beneficiare della copertura malattia. Tuttavia, in caso di cessazione di tale attività, l'affiliato rimasto in aspettativa può, entro 30 giorni dopo la fine dell'attività professionale, chiedere alla sua APN/AACC di poter essere nuovamente coperto dall'RCAM.
- 3.4. L'affiliato che resti coperto dall'RCAM e abbia figli a carico di età compresa fra 18 e 26 anni, deve inviare ogni anno all'ufficio di liquidazione da cui dipende, entro il 31 ottobre, la prova di frequenza scolastica per ciascun figlio, onde giustificarne la copertura da parte del regime.

4. Affiliazione dell'ex partner riconosciuto – Articolo 2, paragrafo 4

Analogamente al coniuge divorziato superstite, l'ex partner riconosciuto, titolare di una pensione di reversibilità, è a sua volta affiliato al regime.

5. Prova del versamento dei contributi al regime – Articolo 3, paragrafi 4 e 5; articoli 5-10

Le istituzioni devono fornire regolarmente all'ufficio centrale, almeno ogni mese, l'elenco degli affiliati in regola con i contributi e ai quali le presenti disposizioni si riferiscono.

La mancata produzione di tale lista non può interrompere il diritto alla copertura.

6. Disoccupazione – Articolo 11

L'affiliato che benefici delle indennità di disoccupazione comunitarie è tenuto a informare per iscritto, in qualunque forma, l'ufficio di liquidazione da cui dipende di ogni cambiamento

relativo al suo indirizzo privato e alla sua situazione di famiglia (matrimonio, unione di fatto, nascita, decesso, divorzio, fine dell'unione di fatto).

Limitarsi a indicare il nuovo indirizzo sulle richieste di rimborso non è ritenuto sufficiente ai fini della presente disposizione.

Capitolo 2 – Disposizioni relative agli assicurati tramite gli affiliati

1. Riconoscimento dell'unione di fatto – Articolo 12, secondo trattino

Qualora un'unione di fatto non sia riconosciuta ai fini del beneficio dell'assegno di famiglia ma possa esserlo a titolo dell'assicurazione malattia in applicazione dell'articolo 72, paragrafo 1, secondo comma, l'affiliato è tenuto a introdurre una richiesta di copertura presso l'ufficio di liquidazione da cui dipende, corredata di un documento che attesti ufficialmente lo status di partner non coniugato.

2. Copertura primari del coniuge o partner riconosciuto – Articolo 13

2.1. Se il coniuge o partner riconosciuto beneficia di redditi professionali per un importo annuo inferiore al 20% dello stipendio base annuo del grado AST2/1, può essere coperto in via primaria dall'RCAM, sempre che fornisca la prova dell'impossibilità di essere coperto da un regime legale o regolamentare di assicurazione malattia, in forza delle disposizioni legislative o regolamentari del paese in cui l'attività è o è stata esercitata, o ancora del paese di residenza. Questa copertura viene riveduta ogni anno.

2.2. Se un regime previdenziale nazionale esige un periodo di attesa durante il quale il versamento di contributi non dà diritto ad alcun rimborso, il presente regime continuerà a coprire il coniuge o il partner riconosciuto durante tale periodo.

2.3. Il coniuge o il partner riconosciuto che beneficia di redditi professionali può essere coperto eccezionalmente in via primaria dall'RCAM se non è in grado di affidarsi a un regime legale o regolamentare di assicurazione malattia oppure se l'importo dei premi assicurativi ammonta al 20% o oltre dei redditi professionali.

3. Copertura complementare degli assicurati tramite l'affiliato – Articoli 14 e 16

3.1. Disposizioni generali

Per copertura globale contro i medesimi rischi si intende la copertura che offre prestazioni identiche a quelle di cui all'articolo 1 della regolamentazione comune.

Qualsiasi cambiamento relativo alla situazione del coniuge, del partner riconosciuto o dei figli a carico deve essere segnalato immediatamente per iscritto, in qualunque forma, all'ufficio di liquidazione competente e all'APN/AACC competente.

3.2. Coniuge e partner riconosciuto (articolo 14)

a) Ai fini della determinazione dei diritti del coniuge/partner riconosciuto a beneficiare della copertura complementare del regime comune, nei paesi per i quali non vi è coefficiente correttore è d'applicazione quello fissato per il Belgio.

b) Il regime comune interviene nel rimborso delle prestazioni nel quadro del regime complementare, sempre che siano state preventivamente rispettate le procedure del

regime primario. L'assicurato coperto in via complementare dall'RCAM è tenuto a utilizzare la tessera europea di assicurazione malattia o un attestato equivalente rilasciato dal suo regime primario quando viaggia nell'Unione europea e nei paesi associati al sistema.

- 3.3. Figli a carico che possono beneficiare di un altro regime legale o regolamentare di assicurazione malattia (articolo 16, paragrafo 1, secondo comma)

Per i figli assicurati in via primaria presso un altro regime legale o regolamentare, l'RCAM interviene quale regime complementare, ma può intervenire in via primaria per tutte le cure effettuate all'estero nei paesi che prevedono l'assistenza sanitaria diretta presso medici privati convenzionati, quali che siano le ragioni per cui il regime primario rifiuta di intervenire.

In tal caso, l'unico obbligo dell'affiliato è dimostrare che il regime primario ha rifiutato il rimborso delle prestazioni in causa.

L'RCAM può emettere un'impegnativa per il ricovero ospedaliero a favore di un figlio coperto in via complementare, se l'affiliato fornisce la prova che il regime primario non concederà rimborsi di sorta per le prestazioni in causa.

4. Divorzio e cessazione di un'unione di fatto – Articolo 15

- 4.1. La data di inizio del periodo massimo di copertura di cui all'articolo 15, paragrafo 1 è quella della registrazione all'anagrafe del divorzio o della cessazione di un'unione di fatto.

In nessun caso potrà essere concessa una proroga del periodo massimo di 12 mesi, tranne ove siano d'applicazione le disposizioni previste in caso di malattia grave contratta e dichiarata prima dello scadere dei diritti alla copertura o in caso di gravidanza iniziata e dichiarata prima del termine del periodo di copertura.

- 4.2. Le disposizioni di cui all'articolo 15, paragrafo 2, della regolamentazione comune si applicano altresì al coniuge.
- 4.3. In caso di istanza ufficiale di divorzio o di cessazione di un'unione di fatto, il coniuge o partner dell'affiliato può ottenere accesso diretto all'RCAM per sé o per i figli a carico dietro autorizzazione dell'affiliato o su decisione del giudice.

5. Copertura dei figli a carico – Articolo 16

- 5.1. Qualora la copertura del figlio da parte di un altro regime richieda il versamento di contributi supplementari a carico della persona che rende possibile il beneficio dell'altro regime, il figlio è coperto in via primaria dall'RCAM.
- 5.2. Spetta all'affiliato fornire la prova (scambio di corrispondenza o qualsiasi altro documento) che la copertura del figlio da parte di un altro regime non è possibile o richiede contributi supplementari a quelli della persona affiliata all'altro regime.
- 5.3. In caso di affidamento congiunto di un figlio di genitori affiliati entrambi all'RCAM, ciascun genitore può introdurre le domande di rimborso delle spese mediche sostenute per il figlio. Le domande di autorizzazione preventiva e i preventivi, nonché le relative domande di rimborso delle spese mediche, devono tuttavia essere introdotte da un unico e medesimo genitore.

- 5.4. In caso di separazione ufficiale, di divorzio o di cessazione di un'unione di fatto, i figli assicurati preventivamente in via complementare vengono coperti in via primaria dal regime.

6. Copertura delle altre persone a carico dell'affiliato – Articolo 17

- 6.1. La copertura può essere concessa solo in via primaria.
- 6.2. Qualora la persona possa essere coperta da un altro regime legale o regolamentare, in nessun caso è applicabile la copertura complementare.

Tuttavia, ove il diritto della persona a essere coperta da quest'altro regime non sia trasferibile in un altro paese o implichi il pagamento di contributi supplementari rispetto a quelli del regime in questione, la persona può essere coperta in via primaria dall'RCAM.

Altrettanto vale qualora una copertura sia possibile solo a titolo volontario mediante versamento di contributi.

- 6.3. Spetta all'affiliato fornire le necessarie prove a sostegno della sua richiesta di copertura per la persona assimilata a figlio a carico.

7. Periodo di proroga della copertura per figli a carico e per persone assimilate – Articolo 18

- 7.1. Ove, durante il periodo di proroga di cui all'articolo 18 della regolamentazione comune, il beneficiario inizi un'attività professionale lucrativa ai sensi dell'articolo 2 della regolamentazione, la copertura dell'RCAM viene sospesa. In caso di cessazione di tale attività, la copertura è nuovamente concessa fino allo scadere del periodo iniziale di 12 mesi.

Qualora un regime previdenziale nazionale esiga un periodo di attesa durante il quale il versamento di contributi non dà diritto, in cambio, ad alcun rimborso di prestazioni, il presente regime continuerà a coprire il beneficiario durante il periodo in questione, per una durata massima di 12 mesi.

L'affiliato che desidera beneficiare di una proroga della copertura deve farne richiesta per iscritto, in qualunque forma, all'ufficio di liquidazione da cui dipende.

La proroga non può essere accordata automaticamente, neppure ove venga concessa una detrazione d'imposta.

Capitolo 3 – Disposizioni comuni agli affiliati e agli assicurati tramite l'affiliato

1. Proroga della copertura dell'affiliato in caso di malattia grave, di gravidanza o di parto – Articoli 7 e 10

Questa copertura viene concessa all'affiliato il cui diritto è giunto a scadenza solo ove ricorrano congiuntamente le condizioni seguenti:

- a. l'affiliato si accolla il contributo al presente regime a concorrenza della metà calcolata sull'ultimo stipendio base attualizzato sullo scatto nel grado;
- b. la malattia grave è stata contratta prima della cessazione delle funzioni e dichiarata prima dello scadere dei diritti a copertura, ovvero la gravidanza è iniziata prima della cessazione delle funzioni ed è stata dichiarata all'istituzione prima del termine del periodo di copertura;
- c. l'affiliato, ex funzionario, non esercita alcuna attività professionale lucrativa o l'affiliato, ex agente temporaneo o agente contrattuale, non ha la possibilità di essere coperto da un'altra assicurazione malattia legale o regolamentare per le spese mediche connesse con la malattia grave o con la gravidanza, neppure tramite il pagamento di contributi;
- d. la durata di validità della decisione che riconosce la malattia grave non è scaduta;
- e. l'affiliato accetta di sottoporsi a un controllo medico.

2. Situazione dell'assicurato tramite l'affiliato il cui diritto è giunto a scadenza – Articoli 12 e 15-18

In caso di malattia grave o di gravidanza, una proroga della copertura viene concessa altresì al coniuge, all'ex coniuge, al partner riconosciuto o all'ex partner riconosciuto il cui diritto giunge a scadenza, esclusivamente per le spese mediche connesse con una malattia grave e per le spese connesse con la gravidanza e col parto, ove siano riunite congiuntamente le condizioni seguenti:

- a. la malattia grave è stata contratta prima della cessazione delle funzioni e dichiarata prima dello scadere dei diritti a copertura, ovvero la gravidanza è iniziata prima della cessazione delle funzioni ed è stata dichiarata all'istituzione prima del termine del periodo di copertura;
- b. la persona non esercita alcuna attività professionale lucrativa e non ha la possibilità di essere coperta da un'altra assicurazione malattia legale o regolamentare per le spese corrispondenti, neppure mediante il pagamento di contributi;
- c. la durata di validità della decisione che riconosce la malattia grave non è scaduta;
- d. l'assicurato accetta di sottoporsi a un controllo medico.

Alle stesse condizioni, una proroga della copertura per le spese mediche connesse con una malattia grave e per le spese connesse con la gravidanza e il parto è concessa altresì alle persone assimilate a figlio a carico ai sensi dell'articolo 2, paragrafo 4, dell'allegato VII dello statuto.

Titolo II – REGOLE DI RIMBORSO

Capitolo 1 – Consultazioni e visite mediche

1. Generalità e definizioni

La consultazione e la visita di massima comportano un'anamnesi del malato, un esame clinico e, se del caso, una prescrizione terapeutica.

Mentre la consultazione avviene nell'ambulatorio del medico, la visita implica uno spostamento di quest'ultimo a casa del paziente, sul suo luogo di degenza o in ospedale, ed esclude un esame effettuato nell'ambulatorio del medico stesso.

Si ritengono inclusi nella consultazione o nella visita:

- i mezzi diagnostici in uso nella prassi corrente (misurazione della pressione arteriosa, esame con lo speculum, esplorazione vaginale o rettale, striscio – analisi escluse);
- il prelievo di sangue;
- le analisi qualitative delle urine (albumina e glucosio);
- le iniezioni intravenose, intramuscolari, sottocutanee e intradermiche;
- le vaccinazioni;
- le piccole medicazioni;
- la compilazione di un certificato sommario;
- le eventuali spese per l'appuntamento e per lo spostamento del medico.

Gli altri esami e atti medici praticati nel corso della consultazione o della visita, nonché le relazioni mediche circostanziate, per le quali il costo viene fatturato separatamente, sono rimborsabili in conformità delle disposizioni applicabili.

Le consultazioni successive o ripetitive possono non essere rimborsate, previo parere del medico di fiducia, se non sono motivate o se la loro necessità non è riconosciuta.

2. Modalità di rimborso

2.1. Consultazioni e visite mediche

- Gli onorari per consultazioni/visite di un medico generalista sono rimborsate all'85%, con un massimale di 35 euro, e al 100% in caso di malattia grave.

- Gli onorari per consultazioni/visite di uno medico specialista sono rimborsate all'85%, con un massimale di 50 euro, e al 100% in caso di malattia grave.
- Gli onorari per visite urgenti, visite di notte, nel fine settimana e in giorni feriali, secondo la definizione conforme alle consuetudini locali e alle disposizioni legali vigenti, sono rimborsati all'85% e al 100% in caso di malattia grave.
- L'anamnesi svolta da un medico omeopata, nel corso della prima visita e fatturata separatamente dalla visita, è rimborsabile all'85% con un massimale di 35 euro.
- Le consultazioni e i pareri del medico curante per telefono, per corrispondenza, per posta elettronica sono rimborsati all'85% con un massimale di 10 euro.

2.2. Clinico insigne

Un clinico insigne è un medico specialista in un determinato ambito, di fama internazionale, responsabile di un gruppo di ricerca e autore di pubblicazioni.

Le consultazioni di clinici insigni, ove la necessità ne sia riconosciuta dal medico di fiducia, sono rimborsate all'85% con un massimale triplo rispetto a quello previsto per la consultazione di uno specialista, e al 100% in caso di malattia grave.

Il rimborso delle consultazioni di clinici insigni è limitato a due l'anno per la stessa patologia.

3. Prestazioni non rimborsabili

Non sono rimborsabili:

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

Capitolo 2 – Ricoveri ospedalieri e interventi chirurgici

1. Ricoveri ospedalieri

1.1. Definizioni

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

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

Non sono considerati ricoveri e non danno luogo a rimborso i soggiorni

- in un istituto sprovvisto di un'infrastruttura medicotecnica e logistica pluridisciplinare;
- in alloggio protetto, appartamento sorvegliato o residenza di servizio sprovvisti di un'infrastruttura medica o paramedica;
- in un ospedale, in una clinica o in qualsiasi altro tipo di istituto per rimessa in forma o cure di ringiovanimento.

1.2. Autorizzazioni preventive

Sono soggetti ad autorizzazione preventiva, sulla scorta di una relazione medica:

- i soggiorni destinati al trattamento di patologie o di interventi chirurgici di durata superiore a 6 mesi;
- i soggiorni destinati a interventi di chirurgia plastica;
- i soggiorni di riabilitazione o rieducazione che non fanno seguito a un ricovero per il trattamento di patologie o per un intervento chirurgico (in particolare di natura ortopedica, neurologica e reumatologica) oppure, ove siano consecutivi a un ricovero del genere, i soggiorni di durata superiore a 2 mesi;
- i soggiorni in ospedale psichiatrico di durata superiore a 12 mesi;
- i soggiorni in cliniche specializzate in accertamenti di diagnosi precoce (check-up generale);

- le spese di accompagnamento.

1.3. Modalità di rimborso

Tasso di rimborso

Qualunque soggiorno considerato come ricovero ospedaliero è rimborsato all'85% in caso di intervento chirurgico o per altre cause cliniche.

Il tasso di rimborso è portato al 100%

- in caso di malattia grave;
- per le degenze in rianimazione di durata pari ad almeno 3 giorni consecutivi, anche se la degenza non è direttamente connessa con una malattia grave, per l'intera durata;
- per terapie palliative in un centro ospedaliero;
- in caso di ricovero prolungato, previo parere del medico di fiducia, per le spese di soggiorno oltre 30 giorni consecutivi.

Condizioni di rimborso

Per essere rimborsato, il ricovero ospedaliero deve formare oggetto di una relazione medica comunicata al medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione.

- Spese di degenza

Le spese relative alla retta di soggiorno, al servizio e alle tasse sono rimborsate in base alle spese realmente sostenute e in funzione delle norme di fatturazione vigenti in materia nel paese in cui avviene il ricovero. Se tali spese sono comprese nella retta forfettaria giornaliera per il ricovero, il rimborso è calcolato sull'importo globale.

Il rimborso delle spese derivanti dalla scelta della camera si limita al prezzo della camera singola meno costosa del centro ospedaliero.

Il rimborso delle spese si limita alla durata del ricovero clinicamente necessaria per procedere agli interventi o per prodigare il trattamento terapeutico nel paese in cui il ricovero avviene.

- Spese per accertamenti diagnostici e cure

Oltre alle spese d'intervento chirurgico di cui al punto 2, sono altresì rimborsate all'85%, o al 100% in caso di malattia grave, le spese relative alle prestazioni seguenti:

- le spese di sala operatoria, di sala d'ingessatura, di medicazione e altre spese per cure generiche relative all'intervento chirurgico;
- gli onorari dei medici per visite e consultazioni;
- le analisi e gli esami di laboratorio, le indagini radiologiche;

- i medicinali, le spese per protesi, ortesi e altri strumenti e apparecchi ortopedici, sempre che tali spese siano direttamente correlate all'intervento chirurgico o al ricovero ospedaliero;
- le prestazioni diagnostiche o terapeutiche.
- Spese di accompagnamento

Un rimborso dell'85%, con un massimale giornaliero di 40 euro, può essere concesso in via eccezionale, su prescrizione del medico curante e se autorizzato preventivamente, per le spese di soggiorno di un membro della famiglia che accompagna, nella camera o all'interno del centro ospedaliero, un beneficiario ricoverato prima di aver compiuto 14 anni o che, tenuto conto della natura della patologia o di altre esigenze giustificate sotto il profilo medico, necessita di una speciale assistenza familiare.

Questo rimborso può essere concesso altresì per le spese di soggiorno per il neonato in fase d'allattamento che deve accompagnare la madre nel centro ospedaliero.

2. Interventi chirurgici

Le spese per interventi chirurgici sono rimborsate all'85% o al 100% in caso di malattia grave. Queste spese comprendono tutti gli onorari del chirurgo, del suo o dei suoi assistenti e dell'anestesista.

In caso di rimborso all'85%, i massimali variano per categoria d'intervento:

Categoria	Rimborso all'85% Massimale (€)
A1	535
A2	735
A3	1.350
B1	2.000
B2	2.600
C1	4.250
C2	5.350
D1	10.000
D2	non rileva

Un elenco degli interventi chirurgici, ripartiti per categoria, figura nell'allegato I.

Gli **interventi chirurgici che non figurano su detto elenco** possono essere assimilati a interventi di entità analoga e le spese potranno essere rimborsate su tale base, previo parere del medico di fiducia.

In caso di **intervento che presenti una difficoltà eccezionale**, previo parere del medico di fiducia, il rimborso può eventualmente essere concesso nei limiti del massimale per la categoria immediatamente superiore a quella corrispondente al tipo di intervento in questione.

Qualora la normativa applicata in materia di fatturazione preveda un supplemento di onorari per **interventi compiuti d'urgenza**, le relative spese sono rimborsate all'85%, e al 100% in caso di malattia grave, senza che il rimborso complessivo dell'intervento chirurgico in questione possa superare il massimale fissato per quello della categoria immediatamente superiore a quella dell'intervento subito o praticato.

Gli **interventi di chirurgia plastica modificativa o ricostruttiva** possono essere rimborsati segnatamente in caso di malattia grave, di malformazione o di incidente, dopo che il medico di fiducia abbia concesso l'**autorizzazione preventiva**. Gli interventi di chirurgia plastica ritenuti meramente estetici non danno luogo ad alcun rimborso.

Capitolo 3 – Prestazioni connesse con lo stato di dipendenza

Il rimborso delle prestazioni connesse con lo stato di dipendenza – soggiorni in centri specializzati e spese di assistenza malati –, esclusi i soggiorni per disintossicazione, dipendono dal grado di dipendenza dell'assicurato.

Il grado di dipendenza è fissato secondo la tabella seguente, in base all'indice inferiore ottenuto in uno dei due questionari che figurano in allegato, che il medico curante dovrà completare.

Indice	Grado di dipendenza
91-100	5
75-90	4
50-74	3
25-49	2
0-24	1

I gradi da 1 a 4 della scala di dipendenza permettono di ottenere un rimborso delle spese, laddove il grado 1 corrisponde al livello più elevato di dipendenza. Il grado 5 non dà diritto a rimborso.

1. Soggiorni continuati o di lunga durata presso centri paramedici e di altro tipo

1.1. Definizioni

Ai sensi del presente capitolo sono rimborsati i soggiorni

- a) in una casa di riposo o di cura, autorizzata dalle autorità competenti e provvista di un'infrastruttura medica o paramedica idonea ad assistere persone anziane o handicappate;
- b) in una casa di cura psichiatrica autorizzata dalle autorità competenti e provvista di un'infrastruttura medica o paramedica, per un soggiorno continuato e permanente;
- c) in un centro di riabilitazione o di rieducazione funzionale, qualora l'autorizzazione preventiva per il rimborso di un ricovero ospedaliero sia stata rifiutata (cfr. titolo II, capitolo 2, punto 1.2.);
- d) in un ospedale psichiatrico per un soggiorno continuato di lunga durata ove tale soggiorno superi 12 mesi e l'autorizzazione preventiva per il rimborso di un ricovero sia stata rifiutata (cfr. titolo II, capitolo 2, punto 1.2.);
- e) in un centro diurno;
- f) in un centro di disintossicazione non ospedaliero.

1.2. Autorizzazioni preventive

Per poter essere rimborsate, le spese di soggiorno e di cura in uno dei centri di cui al punto 1.1 sono soggette ad autorizzazione preventiva sulla scorta di una relazione medica indirizzata al medico di fiducia, secondo quanto disposto qui di seguito, al punto 1.3.

La mancata autorizzazione per un ricovero ospedaliero (cfr. titolo II, capitolo 2) non osta alla possibilità di concedere un'autorizzazione ai sensi del presente capitolo.

1.3. Modalità di rimborso

Le spese che restano a carico del beneficiario non sono ammissibili per il rimborso speciale di cui all'articolo 24 della regolamentazione.

a) Case di riposo e di cura

La richiesta di autorizzazione preventiva è corredata di una relazione medica che motiva la necessità del soggiorno in un centro del genere precisando la natura delle cure di cui il paziente ha bisogno, nonché dei 2 moduli che figurano in allegato, debitamente compilati dal medico curante.

L'autorizzazione viene concessa per un periodo non superiore a 12 mesi ed è rinnovabile.

Tutte le spese relative alle cure e al soggiorno sono rimborsabili all'85% o al 100% in caso di malattia grave, con un massimale giornaliero di 36 euro per le spese di soggiorno.

In caso di fatturazione globale che non consenta di distinguere le spese relative alle cure da quelle relative al soggiorno, si procede a una ripartizione forfettaria in base alla tabella seguente, a seconda del grado di dipendenza:

Grado di dipendenza	Spese relative alle cure	Spese relative al soggiorno
4	30%	70%
3	50%	50%
2	60%	40%
1	70%	30%

In tal caso, le spese relative al soggiorno sono soggette al medesimo massimale giornaliero di 36 euro.

b) Il soggiorno e le cure in una casa di cura psichiatrica sono rimborsabili all'85% o al 100% in caso di malattia grave, in base alle condizioni applicabili alle case di riposo e di cura.

L'autorizzazione è rinnovabile sulla scorta di una relazione dettagliata del medico curante, con una periodicità stabilita dall'ufficio di liquidazione.

- c) Il soggiorno continuato e le cure prodigate in un centro di riabilitazione o rieducazione funzionale e in ospedale psichiatrico sono rimborsabili all'85% o al 100% in caso di malattia grave, in base alle condizioni applicabili alle case di riposo e di cura.

In caso di fatturazione globale che non consenta di distinguere le spese relative alle cure da quelle relative al soggiorno, la ripartizione forfettaria avviene in base al grado di dipendenza 1.

- d) Il soggiorno in un centro diurno e le cure prodigate sono rimborsabili alle condizioni seguenti.

- 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 di cui alla lettera a) per un soggiorno permanente in casa di riposo o di cura, con un massimale giornaliero di 18 euro per le spese di soggiorno.
- Frequenza di un centro medico pedagogico: sono rimborsabili solo le cure in base alle disposizioni applicabili.

- e) Il soggiorno in un centro di disintossicazione non ospedaliero o assimilato e le cure mediche prodigate sono rimborsabili esclusivamente all'85%, con un massimale giornaliero di 36 euro per le spese di soggiorno.

In caso di fatturazione globale che non consenta di distinguere le spese relative alle cure da quelle relative al soggiorno, la ripartizione forfettaria avviene in base al grado di dipendenza 1.

Il rimborso è limitato a un soggiorno della durata complessiva di 6 mesi su un periodo di 12 mesi.

2. Assistenza malati

2.1. Disposizioni generali

a) Definizioni

Le prestazioni di assistenza malati consistono principalmente in cure infermieristiche (nursing) al domicilio del malato, per varie ore al giorno, o per l'intera giornata o nottata.

Le singole prestazioni infermieristiche (iniezioni, medicazioni, ecc.) sono rimborsate alle condizioni previste al capitolo 9 del titolo II.

Non rientra nelle prestazioni di assistenza malati la sorveglianza da parte di un adulto di un figlio malato a domicilio, causa l'assenza dei genitori.

b) Requisiti

- Le prestazioni di assistenza malati sono soggette ad autorizzazione preventiva.

La richiesta di autorizzazione preventiva è corredata di una relazione medica che precisa la durata della prestazione, la natura e la frequenza delle cure da prodigare, nonché dei 2 moduli in allegato, debitamente compilati dal medico curante.

L'autorizzazione viene concessa se le prestazioni sono riconosciute come rigorosamente necessarie dal medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione, il quale le valuta in funzione del grado di dipendenza dell'assicurato. Solo i gradi 1, 2, 3 e 4 autorizzano il rimborso di prestazioni di assistenza malati.

- Gli assistenti che accudiscono i malati devono essere legalmente autorizzati all'esercizio di tale professione.

Nei paesi in cui la professione di assistente malati non è disciplinata, ovvero qualora risulti impossibile reperire un assistente malati ufficialmente riconosciuto (ad esempio dei servizi della Croce rossa), il medico curante deve specificare sulla propria prescrizione il nome della persona che presterà l'assistenza e specificare che essa dispone delle competenze necessarie per farlo.

Ove gli assistenti malati non dipendano da un organismo ufficiale (ad esempio la Croce rossa) o non esercitino ufficialmente la libera professione, la prova del legame contrattuale (contratto di lavoro in piena regola o contratto d'assicurazione specifico per l'assunzione di un assistente malati) deve essere comunicata all'ufficio di liquidazione.

Gli oneri sociali relativi ai contratti d'occupazione o i premi assicurativi sono inclusi nelle spese di assistenza malati e di conseguenza rimborsabili.

- Le fatture devono essere conformi alla legislazione del paese in cui sono emesse.

In assenza dei documenti richiesti, l'autorizzazione preventiva non potrà essere concessa e le prestazioni corrispondenti non saranno rimborsate.

2.2. Rimborsi

Le spese sono rimborsate all'80% o al 100% in caso di malattia grave, con un importo massimo rimborsabile (vedi oltre), a prescindere dal numero di persone che si alternano ad assistere il malato.

Le spese di spostamento, alloggio e vitto, oltre a tutte le altre spese accessorie per gli assistenti, non danno luogo a rimborso.

Le spese non rimborsate non sono ammissibili per il rimborso speciale di cui all'articolo 24 della regolamentazione.

- **Prestazioni temporanee di assistenza malati**

Le spese di assistenza a domicilio per un periodo massimo di 60 giorni sono rimborsate all'80%, con un massimale giornaliero di 72 euro, o al 100% in caso di malattia grave, con un massimale di 90 euro.

- **Prestazioni di assistenza malati di lunga durata**

Oltre 60 giorni, le spese di assistenza a domicilio sono rimborsate all'80% o al 100% in caso di malattia grave, in base ai massimali che figurano nella tabella seguente,

decurtati di un importo pari al 10% del reddito di base dell'affiliato (stipendio, pensione di anzianità, pensione o assegno d'invalidità, indennità di cui all'articolo 2, paragrafi 4 e 5 della regolamentazione comune).

Grado di dipendenza	Massimale di rimborso
4 e 3	50% dello stipendio base di un funzionario di grado AST 2/1
2 e 1	100% dello stipendio base di un funzionario di grado AST 2/1

L'autorizzazione può essere concessa per un periodo non superiore a 12 mesi ed è rinnovabile.

- **Prestazioni di assistenza malati in ambiente ospedaliero**

Queste spese 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 dal medico di fiducia, con un massimale giornaliero di 60 euro. In caso di malattia grave queste spese sono rimborsate al 100% con un massimale giornaliero di 75 euro.

Sig./Sig.ra

N. personale

I. VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA FUNZIONALE

CRITERI	DESCRIZIONE	INDICE
NUTRIRSI	- Indipendente, capace di servirsi delle posate, termina i pasti in un tempo ragionevole - Ha bisogno di aiuto, ad esempio per tagliare gli alimenti - Non è in grado di nutrirsi autonomamente	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
FARE IL BAGNO	- Fa il bagno senza aiuto - Incapace di fare il bagno autonomamente	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
LAVARSI	- Riesce a lavarsi il viso, a pettinarsi, a pulirsi i denti, a radersi (e a infilare nella presa elettrica la spina del rasoio) - Non è in grado di compiere questi atti	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
VESTIRSI	- Indipendente. Allaccia le scarpe, apre e chiude bottoni e ganci, mette le bretelle - Ha bisogno di aiuto, ma riesce a compiere almeno metà del lavoro in un tempo ragionevole - Non è in grado di compiere questi atti	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONTROLLO SFINTERICO	- Nessun problema. Se necessario, sa servirsi di clisteri o supposte. - Problemi occasionali. Per i clisteri o le supposte ha bisogno di aiuto - Non è in grado di servirsi di clisteri o di supposte	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONTROLLO DELLA VESCICA	- Nessun problema. Se necessario sa servirsi dei dispositivi per la raccolta delle urine - Problemi occasionali e bisogno di aiuto per servirsi dei dispositivi di raccolta - Non è in grado di servirsi di questi dispositivi	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
ANDARE AL GABINETTO	- Indipendente per andare al gabinetto o servirsi della padella. Non ha problemi con i vestiti, riesce a pulirsi e a tirare lo sciacquone o pulisce la padella - Ha bisogno di aiuto per tenersi in equilibrio e per reggere i propri vestiti o la carta igienica - Non è in grado di compiere questi atti	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
METTERSI A LETTO, SEDERSI IN POLTRONA	- Indipendente, anche per bloccare la sedia a rotelle e abbassare il predellino - Ha bisogno di un aiuto minimo o di un semplice controllo - È capace di sedersi, ma ha bisogno del massimo aiuto per gli spostamenti - Totalmente dipendente	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CAMMINARE	- Indipendente su 50 metri. Può aiutarsi con bastoni ma non ha bisogno di dispositivi a rotelle - Riesce a percorrere 50 metri se aiutato - Può percorrere 50 metri con una sedia a rotelle, qualora non sia in grado di camminare - Non è in grado di spostarsi autonomamente	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
SALIRE UNA SCALA	- Indipendente. Può eventualmente aiutarsi con bastoni - Ha bisogno di aiuto o di un semplice controllo - Non è in grado di salire una scala	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
TOTALE DI TUTTE LE CATEGORIE		../100

Per ciascuna delle categorie il medico deve tassativamente **spuntare una casella.**

Volare per favore il foglio e completare il retro

II. CAPACITÀ DI ORIENTARSI NELLO SPAZIO E NEL TEMPO

CRITERI	VALUTAZIONE DELLE DIFFICOLTÀ INCONTRATE		INDICE
1. DIFFICOLTÀ DI ESPRESSIONE Per farsi capire con la parola o coi gesti	- in permanenza		0 <input type="checkbox"/>
	- di quando in quando, raramente		5 <input type="checkbox"/>
	- mai		10 <input type="checkbox"/>
2. DISTURBI VERBALI Gridare senza motivo o disturbare gli altri gridando o urlando	- in permanenza		0 <input type="checkbox"/>
	- di quando in quando, raramente		5 <input type="checkbox"/>
	- mai		10 <input type="checkbox"/>
3. DISTURBI DELLA CONDOTTA Si comporta in modo disadattato dinanzi al coperto e al cibo, si sveste in momenti inopportuni, urina al di fuori degli apparecchi sanitari, sputa ...	- in permanenza		0 <input type="checkbox"/>
	- di quando in quando, raramente		5 <input type="checkbox"/>
	- mai		10 <input type="checkbox"/>
4. ORIENTAMENTO NEL TEMPO	- del tutto disorientato		0 <input type="checkbox"/>
	- di quando in quando		5 <input type="checkbox"/>
	- non ha difficoltà		10 <input type="checkbox"/>
5. COMPORTAMENTO AGITATO Difficoltà relazionali e caratteriali o autoaggressività o ancora agitazione psicomotoria (deambulazione, fuga ...)	- in permanenza		0 <input type="checkbox"/>
	- di quando in quando, raramente		5 <input type="checkbox"/>
	- mai		10 <input type="checkbox"/>
6. AGITAZIONE NOTTURNA Girovagare, disturbare gli altri, confondere il giorno e la notte	- in permanenza		0 <input type="checkbox"/>
	- di quando in quando, raramente		5 <input type="checkbox"/>
	- mai		10 <input type="checkbox"/>
7. ORIENTAMENTO NELLO SPAZIO DI VITA	- del tutto disorientato		0 <input type="checkbox"/>
	- di quando in quando		5 <input type="checkbox"/>
	- non ha difficoltà		10 <input type="checkbox"/>
8. COMPORTAMENTO DISTRUTTIVO Violento nei confronti del materiale, degli oggetti circostanti: vestiti, mobilio, giornali ... o aggressivo verso gli altri	- in permanenza		0 <input type="checkbox"/>
	- di quando in quando, raramente		5 <input type="checkbox"/>
	- mai		10 <input type="checkbox"/>
9. PERDITA DELLA MEMORIA ...	a) – recente:	Sì NO	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - remota:	Sì NO	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
10. RICONOSCIMENTO DELLE PERSONE FAMILIARI Perdita della capacità di riconoscere ...	a) – la famiglia ristretta (bambini, coniuge):	Sì NO	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) – gli amici, conoscenti, altri:	Sì NO	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
TOTALE DI TUTTE LE CATEGORIE	 /100	

Per ciascuna delle categorie il medico deve tassativamente spuntare una casella.

.....
Data

.....
Firma e timbro del medico

Capitolo 4 – Prodotti farmaceutici

1. Definizione

Ai sensi del presente regime, un prodotto farmaceutico è:

- una specialità registrata come medicinale e provvista di un'autorizzazione di immissione sul mercato;
- oppure una preparazione magistrale approntata sotto la responsabilità del farmacista, la cui composizione deve figurare sulla prescrizione del medico o sulla fattura del farmacista e i cui componenti sono di comprovata efficacia e innocuità; oppure
- una preparazione omeopatica, ovvero una specialità fitoterapica o una tintura madre la cui efficacia e innocuità sono scientificamente dimostrate.

2. Condizioni di rimborso

Il prodotto farmaceutico deve essere prescritto dal medico per un'indicazione medica riconosciuta e secondo dosi conformi alle usuali raccomandazioni terapeutiche. È rilasciato da un farmacista, un medico o qualsiasi altro organismo o sistema riconosciuto autorizzato a rilasciare medicinali.

Qualora, a norma della legislazione nazionale, una persona provvista di una qualifica diversa da quella di medico (ad esempio dentista, ostetrica, infermiera, Heilpraktiker, ecc.), sia abilitata a prescrivere prodotti farmaceutici, questi sono a loro volta ammissibili per un rimborso alle condizioni fissate dal presente regime nei paesi in cui atti del genere siano ufficialmente riconosciuti e legalizzati.

La composizione di una preparazione magistrale deve figurare sulla prescrizione medica o sulla fattura del farmacista ed essere acclusa alla richiesta di rimborso.

Per richieste di rimborso a dosaggi che superino sensibilmente le usuali raccomandazioni terapeutiche, la parte dei prodotti ritenuta eccessiva non darà luogo a rimborso, previo parere del medico di fiducia.

3. Modalità di rimborso

I prodotti farmaceutici sono rimborsabili all'85% o al 100% ove siano prescritti nel quadro di una malattia grave.

Modalità di rimborso differenti si applicano tuttavia

- ai prodotti stupefacenti utilizzati per cure di disintossicazione o per trattamenti di sostituzione destinati ai tossicomani, i quali sono rimborsabili al 100% per una durata massima di 6 mesi – vedi punto 4.1.;
- ai prodotti dietetici di cui al punto 4.3 b), per i quali il tasso di rimborso dell'85% o del 100% si applica sul 40% delle spese sostenute, il che mediamente equivale alla differenza di prezzo rispetto ai prodotti classici;
- ai prodotti farmaceutici usati nel quadro della disintossicazione dal tabacco, il cui rimborso è limitato a un importo di 200 euro per i vari trattamenti cui il beneficiario si è sottoposto, durante l'intero arco della sua vita.

4. Prodotti rimborsabili dietro autorizzazione preventiva

4.1. Sono soggetti ad autorizzazione preventiva, su presentazione di una relazione medica, i prodotti seguenti:

- prodotti dimagranti;
- trattamenti ormonali antinvecchiamento non giustificati da un oggettivo deficit ormonale;
- ormoni della crescita;
- prodotti utilizzati nel trattamento sintomatico dei disturbi dell'erezione maschile qualora l'impotenza sia la conseguenza di una malattia grave, di un infortunio o di un'operazione della prostata. L'ammontare massimo rimborsato ogni dodici mesi per questa categoria di medicinali è di 400 euro;
- prodotti stupefacenti utilizzati per cure di disintossicazione o per trattamenti di sostituzione destinati ai tossicodipendenti. Questi prodotti beneficiano di un rimborso speciale al 100% per una durata massima di 6 mesi.

4.2. Sono soggette ad autorizzazione preventiva su presentazione di una relazione medica le specialità che beneficiano di un'autorizzazione di immissione sul mercato come prodotti farmaceutici, usate però al di fuori della loro indicazione medica riconosciuta, per finalità analoghe a quelle dei prodotti di cui al punto 4.1.

Questa disposizione si applica altresì ai prodotti per il trattamento capillare.

4.3. Sono soggetti ad autorizzazione preventiva dietro presentazione di una relazione medica determinati prodotti dietetici e prodotti per l'igiene qualora siano considerati indispensabili alla sopravvivenza.

Questi prodotti vengono rimborsati anche se non sono acquistati in farmacia, presso un medico o presso qualsiasi altro organismo o sistema riconosciuto abilitato a distribuire medicinali.

Si tratta

- a) dei prodotti speciali destinati alla nutrizione enterale o parenterale, rimborsabili all'85% o al 100% in caso di malattia grave;

- b) - alimenti liquidi ipercalorici o iperprotidici prescritti nel trattamento successivo a radioterapia, chemioterapia o intervento chirurgico pesante;
 - lattini speciali consistenti in preparati semielementari con un grado molto elevato di idrolisi, in caso di diarrea prolungata per allergia grave al latte vaccino o al latte di soia, ovvero in caso di shock anafilattico, di malassorbimento intestinale o di malattia infiammatoria dell'intestino;
 - alimenti speciali usati nel quadro di malattie metaboliche.

Il tasso di rimborso per queste 3 categorie di prodotti si applica sul 40% dell'ammontare delle spese sostenute, il che mediamente corrisponde alla differenza di prezzo rispetto ai prodotti classici;

- c) prodotti disinfettanti o per l'igiene indispensabili al trattamento di determinate malattie gravi, quali in particolare le malattie nosocomiali.

5. Prodotti esclusi dal rimborso

Sono esclusi dal rimborso

- 5.1. i prodotti a finalità cosmetica, igienica, estetica, dietetica o i generi di conforto, escluse le situazioni di cui al precedente punto 4;
- 5.2. i vini e liquori tonici, gli organoterapici, gli oligoelementi a dosi catalitiche che beneficiano di un'autorizzazione d'immissione sul mercato come prodotti farmaceutici, ma non hanno efficacia o innocuità comprovata.

6. Informazione degli affiliati

Sono aggiornati e portati a conoscenza degli affiliati, a intervalli regolari, due elenchi che riprendono i principali prodotti farmaceutici rimborsabili e non rimborsabili.

I prodotti che non figurano su alcuno dei due elenchi possono essere rimborsati previo parere del medico di fiducia.

Capitolo 5 – Cure, trattamenti e protesi dentari

1. Cure e trattamenti preventivi

Le spese sostenute per la prevenzione nel campo delle cure dentarie e dell'igiene orale, nonché per esami radiologici, cure e interventi chirurgici sono rimborsate all'80%, con un massimale di 750 euro per anno civile e per beneficiario, purché le prestazioni siano effettuate da persone autorizzate dalle autorità nazionali competenti.

In caso di malattia grave quale cancro, diabete insulino-dipendente, valvulopatia (ripercussioni a distanza di foci dentari) che interessi la cavità orale o abbia ripercussioni su di essa, le spese sono rimborsate al 100%, previo parere favorevole congiunto del medico di fiducia e del dentista di fiducia, con un massimale di 1 500 euro. Tale importo si applica anche nel caso di bambini iperattivi e donne incinte ai quali risulta difficile prestare cure.

L'importo copre le prestazioni seguenti:

- visita;
- radiografia endorale;
- radiografia panoramica e teleradiografia effettuate presso lo studio dentistico (*);
- fluorizzazione;
- sigillatura di solchi e fessure;
- ablazione del tartaro;
- otturazione coronale (**);
- ricostruzione, falso moncone (con vite o perno), inlay e faccette in resina;
- devitalizzazione e otturazione canalare;
- estrazione normale, incisione di ascesso, asportazione di sequestro osseo;
- estrazione con intervento chirurgico, dente incluso, apicectomia, amputazione radicolare, frenulectomia (***);
- anestesia locale o regionale.

Le prestazioni che non figurano in questo elenco possono essere rimborsate, previo parere del dentista di fiducia, all'80% o al 100% in caso di malattia grave, entro i limiti del massimale annuo.

(*) Gli stessi esami, nonché la TAC maxillo-facciale effettuati in ospedale sono rimborsati all'85%.

(**) Le spese relative alla rimozione sistematica di tutte le otturazioni in amalgama d'argento e alla loro sostituzione sono rimborsabili soltanto quando queste siano danneggiate o in caso di recidive.

(***) L'estrazione di un dente del giudizio incluso eseguita in ospedale in anestesia generale o locale è rimborsata entro i limiti e alle condizioni previsti per gli interventi chirurgici della categoria A2. In caso di estrazione supplementare nel corso della stessa seduta, il rimborso per dente è limitato alla metà dell'importo rimborsabile per gli interventi chirurgici della categoria A2.

2. Parodontologia

Le spese relative a trattamenti di parodontologia autorizzati preventivamente dall'ufficio di liquidazione, dietro presentazione di un preventivo dettagliato e su parere del dentista di fiducia, sono rimborsate all'80%, con un massimale di 350 euro per sestante, ossia 2 100 euro per l'intera bocca e su un periodo di 10 anni. Un secondo rimborso può essere autorizzato alle stesse

condizioni, allo scadere di un termine di 6 anni a decorrere dalla data in cui ha termine il periodo di 10 anni.

Le spese sostenute per esami radiologici formano oggetto di rimborso separato, conformemente al punto 1.

3. Ortodonzia

Le spese per il trattamento ortodontico (ortopedia dento-facciale) sono rimborsate all'80%, con un massimale di 3 300 euro per l'intero trattamento (compresi la cefalometria, i modelli di studio, le fotografie, le spese di contenzione), purché il trattamento sia stato preventivamente autorizzato dall'ufficio di liquidazione, dietro presentazione di un preventivo e su parere del dentista di fiducia. Le spese sostenute per esami radiologici formano oggetto di rimborso separato, conformemente al punto 1.

Il trattamento ortodontico deve iniziare prima del compimento del 18° anno di età, tranne nei casi di patologia grave della cavità orale, di chirurgia maxillo-facciale, di traumi maxillo-facciali e di problemi gravi dell'articolazione temporo-mandibolare dimostrati radiologicamente e clinicamente.

Il rimborso di un secondo trattamento può essere autorizzato, alle stesse condizioni di cui sopra, in caso di:

- cambiamento del paese di residenza del beneficiario, che rende necessario il ricorso a un altro professionista, e se quest'ultimo non è in grado di proseguire il trattamento in corso con la stessa tecnica terapeutica. L'autorizzazione viene rilasciata soltanto se il cambiamento del paese di residenza del beneficiario è comprovato da pezze giustificative e se il nuovo trattamento segue immediatamente il precedente;
- decesso del professionista che effettuava il trattamento o chiusura del suo studio;
- agenesie di 5 o più denti (esclusi i denti del giudizio) per arcata;
- chirurgia maxillo-facciale maggiore con osteosintesi (traumi o tumori);
- problemi gravi dell'articolazione temporo-mandibolare.

4. Occlusodonzia

Le spese sostenute per i trattamenti nel settore dell'occlusodonzia (disturbi dell'occlusione) sono rimborsati all'80% con un massimale di 450 euro per l'intero trattamento, purché questo sia stato preventivamente autorizzato dall'ufficio di liquidazione, dietro presentazione di un preventivo e su parere del dentista di fiducia.

Il trattamento, che può essere rimborsato una sola volta, comprende:

- lo studio preliminare, ad eccezione delle radiografie, rimborsate conformemente al punto 1;
- la placca occlusale;
- le sedute di controllo dell'apparecchio;
- le sedute di molaggio dei denti.

5. Protesi dentarie

Le spese sostenute per protesi dentarie autorizzate dietro presentazione di un preventivo e su parere del dentista di fiducia sono rimborsate all'80%, entro il limite dei massimali rimborsabili indicati nella tabella seguente. In casi di emergenza che non consentano di presentare un preventivo, vengono rimborsate esclusivamente le spese relative alle protesi provvisorie.

Tipo di prestazione	Massimale (euro)
1. a) Protesi fisse	
Inlay in oro o ceramica, falso moncone fuso	250
Corona fusa, corona telescopica, corona o elemento ceramico-metallici, faccetta in ceramica	250
Attacco (barra di Dolder: per pilastro)	250
Corona o ponte provvisori (*)	30
b) Riparazione di protesi fisse	
Rimozione o reinserimento di elementi fissi (per elemento)	50
Riparazione di corone o di elementi di ponte (eccetto corone o elementi provvisori) (per elemento)	90
2. a) Protesi mobili	
Placca base in resina, placca oclusale (esclusa la mascherina per sbiancamento)	200
Dente o gancio su base in resina	50
Protesi completa superiore e inferiore	800
Placca base in resina provvisoria	90
Dente o gancio provvisorio su base in resina	30
Placca metallica fusa (con i ganci)	400
Dente su placca metallica fusa (fino a un massimo di 10)	100
b) Riparazione di protesi mobili	
Riparazione di una placca in resina, aggiunta (sostituzione) di un dente o di un gancio su base in resina o metallica (*)	60
Ribasamento (parziale o totale / placca in resina o metallica)	150

(*) Per la corona provvisoria e le riparazioni su base metallica (cromo – cobalto), i massimali vengono raddoppiati.

L'autorizzazione per il rinnovo delle protesi mobili o fisse che hanno già formato oggetto di un rimborso da parte del regime potrà essere rilasciata solo al termine di un periodo di 6 anni. Il rimborso avviene alle condizioni sopra indicate.

Tuttavia, a titolo eccezionale, in particolare in caso di incidente traumatico o in caso di malattia grave (quale cancro della mascella, ecc.) che interessi la cavità orale o abbia ripercussioni su di essa e che renda impossibile l'impiego della protesi, i termini del rinnovo possono essere ridotti su parere del dentista di fiducia, dietro presentazione di una giustificazione medica particolareggiata e di un preventivo.

6. Implantologia

- 6.1. I trattamenti relativi all'inserimento di impianti debbono essere autorizzati preventivamente dall'ufficio di liquidazione dietro presentazione di un preventivo e su parere del dentista di fiducia.
- 6.2. Il rimborso è limitato a 4 impianti per arcata, ossia a un massimo di 8 impianti per beneficiario nel corso della sua vita.
- 6.3. Le spese relative all'inserimento di impianti sono rimborsate all'80% con un massimale di 550 euro per impianto. Tali spese comprendono:
 - lo studio preliminare, eccetto le radiografie rimborsate separatamente;
 - l'innesto di osso sintetico;
 - il materiale utilizzato: impianto, supporto, membrana e materiale sterile monouso;
 - le anestesie locali effettuate dal medico;
 - la procedura chirurgica per l'alloggiamento dell'impianto endo-osseo;
 - la ricerca e l'esposizione della testa dell'impianto, effettuate qualche mese dopo la sua integrazione nell'osso.
- 6.4. In caso di inserimento di impianti in ospedale, anch'esso soggetto ad autorizzazione preventiva, le spese di degenza e di anestesia generale e le altre spese collegate sono rimborsate alle condizioni previste per ogni prestazione, eccettuati gli onorari del chirurgo e le prestazioni di cui al punto 6.3.
- 6.5. Una volta ottenuta l'autorizzazione preventiva, le spese relative all'innesto di osso autogeno – effettuato obbligatoriamente da un chirurgo maxillo-facciale – sono rimborsate all'85%, entro il limite del massimale fissato per gli interventi chirurgici della categoria B1. Le spese di degenza e le altre spese collegate sono rimborsate alle condizioni previste per ciascuna prestazione.

7. Malattia grave

In caso di malattia grave che interessi la cavità orale o abbia ripercussioni su di essa, le spese relative ai trattamenti previsti ai punti 2 - 6 sono rimborsate 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.

8. Disposizioni particolari

Per le prestazioni soggette ad autorizzazione preventiva bisogna utilizzare, salvo in casi di emergenza o di forza maggiore, i preventivi ufficiali dell'RCAM. Ad eccezione dei casi in cui una disposizione regolamentare nazionale lo renda impossibile, gli onorari devono seguire lo stesso schema dei preventivi. Tanto gli onorari quanto i preventivi devono indicare importi distinti per ciascuna prestazione e il numero di denti curati.

I preventivi riguardanti trattamenti di ortodonzia e parodontologia, le protesi fisse e gli impianti devono essere corredati di radiografie e/o modelli di studio. Qualora lo ritenga utile, il dentista di fiducia può effettuare o far effettuare un controllo fisico del paziente.

I trattamenti indicati sul preventivo devono iniziare entro dodici mesi dalla data di autorizzazione. Tale termine può essere prorogato in via eccezionale previo parere del dentista di fiducia.

Non sono rimborsate le spese relative ai trattamenti a fini estetici (quali sbiancamento dei denti, sostituzione sistematica delle otturazioni in amalgama d'argento, faccette su incisivi intatti, applicazione di brillantini).

Capitolo 6 - Radiologia, analisi, esami di laboratorio ed altri accertamenti diagnostici

1. Disposizioni generali

Le spese relative alle prestazioni in oggetto sono rimborsate all'85% o al 100% in caso di malattia grave.

2. Analisi ed esami soggetti ad autorizzazione preventiva

Sono soggette ad autorizzazione preventiva:

- 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 almeno uno Stato membro dell'Unione europea.

3. Analisi escluse dal rimborso

Non sono rimborsate:

- 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.
Sono considerati non funzionali le analisi e gli esami la cui efficacia e innocuità non sono dimostrate scientificamente.

4. Informazione degli affiliati

Due elenchi delle principali analisi e categorie di analisi e dei principali esami rimborsabili e non rimborsabili vengono regolarmente aggiornati e comunicati agli affiliati.

Le analisi e gli esami che non figurano in alcuno dei due elenchi possono essere rimborsati previo parere del medico di fiducia.

Capitolo 7 - Gravidanza, parto e infertilità

1. Prestazioni rimborsabili nell'ambito della gravidanza

1.1. Definizioni e osservazioni generali

Per gravidanza s'intende il periodo compreso tra la fecondazione e il parto.

Le visite mediche, i trattamenti di chinesiaterapia (pre e postnatale), nonché tutti gli altri esami e tutte le altre prestazioni riguardanti la gravidanza ed effettuati da medici, ostetriche, chinesiaterapisti e/o altri prestatori di cure sono rimborsati conformemente alle disposizioni previste per ciascuna prestazione.

Gli onorari per reperibilità (telefonica o altro) dei diversi prestatori durante la gravidanza non sono rimborsabili.

1.2. Osservazioni specifiche

Le analisi e i farmaci prescritti da un'ostetrica sono rimborsabili nei paesi in cui tali atti sono ufficialmente riconosciuti e legalizzati.

Il «monitoraggio» effettuato da un'ostetrica è rimborsabile senza prescrizione medica.

Le sedute di chinesiaterapia pre e postnatale, su prescrizione medica, non sono comprese nel numero massimo di sedute di cui al titolo II – capitolo 8 delle presenti disposizioni generali d'esecuzione. Il loro rimborso è soggetto tuttavia alle medesime condizioni.

Le sedute collettive di preparazione al parto, effettuate da un chinesiaterapista o da un'ostetrica dietro prescrizione medica, sono rimborsate all'80% con un massimale di 15 euro per seduta.

Le spese sostenute per sedute di aptonomia e le spese di piscina non sono rimborsabili.

2. Prestazioni e rimborsi connessi al parto

2.1. Definizione

Per parto s'intende qualunque nascita a partire dalla 22^a settimana di gestazione.

2.2. Parto in struttura ospedaliera

Sono rimborsabili al 100%:

- gli onorari dei medici che praticano un parto normale, distocico, gemellare o cesareo;
- gli onorari d'assistenza ostetrica e di anestesia, le spese di sala parto, le spese di assistenza di un chinesiaterapista 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;
- le spese di degenza e cura del bambino ricoverato in neonatologia.

Il rimborso delle spese derivanti dalla scelta della camera si limita al prezzo della camera singola meno costosa dell'ospedale.

Se, in una struttura ospedaliera, il prezzo forfetario della giornata di ricovero comprende le spese di degenza e, integralmente o in parte, le spese di parto, le spese di assistenza e di esami, nonché altre spese relative al parto, il rimborso è effettuato al 100% su base globale.

L'eventuale carattere eccessivo di cui all'articolo 20, paragrafo 2, della regolamentazione comune viene determinato in funzione delle norme di fatturazione vigenti in materia nel paese in cui avviene il parto, previo parere del medico di fiducia.

2.3. Parto a domicilio

In caso di parto a domicilio, sono rimborsati al 100%, per una durata massima di 10 giorni:

- gli onorari del medico e/o dell'ostetrica relativi al parto;
- le spese sostenute per le prestazioni di personale infermieristico o ausiliari medici;
- tutte le altre spese mediche direttamente connesse al parto.

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

Quando una serie di prestazioni mediche o di altro tipo viene prestata da un servizio che riunisce diversi prestatori, segnatamente ausiliari medici, viene rimborsato l'insieme di tutte le prestazioni, a prescindere dalla loro natura.

Le spese relative all'assistenza familiare non sono rimborsate.

2.4. Parto in un centro di nascita o in un centro non ospedaliero riconosciuto

In caso di parto in un "centro di nascita" o in un centro non ospedaliero riconosciuto dalle autorità sanitarie competenti,

- gli onorari per il parto sono rimborsati alle stesse condizioni fissate per il parto a domicilio;
- le spese complementari relative al controllo e alla sistemazione sono rimborsate per un periodo massimo di 24 ore dopo il parto.

Le spese successive al parto per assistenza prestata a domicilio da personale infermieristico e ausiliari medici sono rimborsate al 100% per una durata massima di dieci giorni, compreso il soggiorno fuori casa.

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%.

L'eventuale carattere eccessivo delle spese di soggiorno in un centro di nascita o in un centro non ospedaliero, di cui all'articolo 20, paragrafo 2, della regolamentazione, viene determinato sulla base dei costi di degenza ospedaliera del paese in cui avviene il parto, previo parere del medico di fiducia.

3. Prestazioni e rimborsi relativi al trattamento dell'infertilità

3.1. Le spese per la fecondazione in vitro dovuta a sterilità legata a un problema patologico dell'affiliato/a, del suo coniuge o del suo partner sono rimborsabili, previa autorizzazione preventiva, alle condizioni seguenti:

- sono autorizzati al massimo 5 tentativi per bambino;
- il trattamento è rimborsabile purché venga avviato prima del compimento del 45° anno di età della madre.

Il rimborso viene effettuato dopo che sono state esaurite le possibilità di rimborso del regime primario del coniuge o del partner riconosciuto.

Sono rimborsate all'85%:

- le spese relative al prelievo di ovociti o di spermatozoi, alla fecondazione e alla messa in coltura, con un massimale corrispondente a quello degli interventi chirurgici della categoria B1;
- le spese per stimolazione, esami, analisi, le spese di laboratorio e conservazione (di ovociti e di spermatozoi).

Le eventuali spese relative alla diagnosi genetica preimpianto sull'embrione sono rimborsabili previa autorizzazione in caso di malattia o di anomalia genetica individuata in un parente di primo o secondo grado.

Le eventuali spese per dono di ovuli (spese per stimolazione e prelievo dalla donatrice, escluse tutte le altre spese) sono rimborsabili previa autorizzazione in caso di sterilità patologica della madre in seguito, ad esempio, a chemioterapia, radioterapia od ovariectomia bilaterale; sono escluse le sterilizzazioni volontarie tranne quando esse siano conseguenza di un problema patologico accertato.

3.2. Per quanto riguarda specificamente l'infertilità maschile, e purché essa non sia dovuta a una precedente sterilizzazione volontaria, sono rimborsabili all'85%, alle condizioni seguenti:

a) gli interventi chirurgici con un massimale corrispondente alla categoria dell'intervento chirurgico:

- | | |
|--|--------------|
| • vasovasostomia: | categoria B1 |
| • anastomosi epididimo-deferenziale: | categoria B1 |
| • ripristino della pervietà dei dotti eiaculatori: | categoria B1 |
| • trattamento del varicocele: | categoria A2 |

b) le inseminazioni artificiali con sperma del paziente o di donatore;

- c) le fecondazioni in vitro, anche con iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo (ICSI) alle condizioni previste al punto 3.1;
- d) i prelievi di spermatozoi (del dotto deferente, epididimari o testicolari) e la loro preparazione per l'ICSI, con un massimale corrispondente a quello degli interventi chirurgici della categoria A2.

NB: Il miglioramento della qualità dello sperma viene trattato nel capitolo relativo ai farmaci e gli impianti penieni figurano nel capitolo concernente le protesi.

Capitolo 8 – Trattamenti vari

1. Disposizioni generali

1.1. Le spese relative ai trattamenti elencati più oltre al punto 2, prescritti da un medico o – nel caso della psicoterapia e di trattamenti analoghi – da uno psichiatra, un neuropsichiatra o un neurologo, sono rimborsate all'80% nel limite degli importi massimi rimborsabili fissati per tipo di prestazione, oppure al 100% in caso di malattia grave, nei limiti del doppio dei massimali previsti.

1.2. Per ciascun tipo di trattamento, è indicato il numero massimo annuo di sedute rimborsabili. 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 postraumatica, o ancora di problema di mobilità ridotta.

1.3. Le prescrizioni mediche devono essere emesse prima dell'inizio del trattamento e la loro data non deve precedere di oltre sei mesi la data del primo trattamento. Esse devono recare almeno le indicazioni seguenti:

- nome del paziente;
- motivo del trattamento;
- tipo di trattamento e numero di sedute prescritte.

A seconda dei trattamenti, possono essere necessarie altre indicazioni specifiche o condizioni precisate più oltre al punto 2.

1.4. I trattamenti devono corrispondere ai trattamenti specificati sulla prescrizione medica ed essere effettuati da operatori professionalmente abilitati e legalmente riconosciuti.

1.5. Le fatture devono essere emesse dagli operatori medesimi, tranne nel caso di trattamenti effettuati presso un centro ospedaliero, un centro di riabilitazione e un centro di cure termali, qualora la cura sia stata preventivamente autorizzata.

Le fatture emesse da centri estetici, centri di rimessa in forma, alberghi, istituti di talassoterapia e balneoterapia o simili non sono rimborsabili.

1.6. Non sono rimborsabili: i trattamenti a finalità estetica, gli abbonamenti per piscine, le spese d'iscrizione in centri sportivi e di rimessa in forma.

1.7. Qualsiasi trattamento che non figuri al punto 2 è soggetto ad autorizzazione preventiva.

2. Disposizioni particolari

PM: Obbligo di prescrizione medica

AP: Obbligo di autorizzazione preventiva

A. Trattamenti per i quali è richiesta una prescrizione medica

	Natura trattamento/prestazioni	PM	AP	Numero massimo annuo (12 mesi) di sedute	Massimale 80% (€)	Osservazioni
A 1	Aerosolterapia	x		30	--	
A 2	Consultazione di un dietologo	x		10	25	
A 3	Chinesiterapia, fisioterapia e trattamenti assimilabili²	x		60	25	
A4	Pedicure medica	x		12	25	

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

B. Trattamenti che devono essere effettuati da un medico o in ambiente ospedaliero

	Natura trattamento/prestazioni	PM	AP	Numero massimo annuo (12 mesi) di sedute	Massimale 80% (€)	Osservazioni
B 1	Agopuntura	x		30	25	– Effettuata da un operatore legalmente autorizzato a praticare questo tipo di atto
B 2	Mesoterapia	x	x	30	45	– Effettuata da un medico o in ambiente ospedaliero (onorari del medico compresi nel massimale di 45 euro a seduta) – Non è possibile concedere un numero superiore di sedute/anno
B 3	Raggi ultravioletti	x	x		35	

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 annuo (12 mesi) di sedute	Massimale 80% (€)	Osservazioni
C 1	Bilancio/esame psicologico completo effettuato da un unico operatore	x			150	
C 2	Chiropratica/osteopatia • Persone di età pari o superiore a 12 anni	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
	• Bambini di età inferiore a 12 anni	x	x	24		
C 3	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
	• Bambini fino all'età di 12 anni compiuti	x		180 su uno o più anni		
	• Bambini di età compresa fra 13 e 18 anni	x	x	30 per l'intero trattamento		
	• Persone di età superiore a 18 anni	x	x			
	Bilancio logopedico/ortofonico				40	

	Natura trattamento/prestazioni	PM	AP	Numero massimo annuo (12 mesi) di sedute	Massimale 80% (€)	Osservazioni
C 4	Psicomotricità, grafomotricità	x		60	35	
C5	Psicoterapia Effettuata <ul style="list-style-type: none"> • da un medico specializzato in psichiatria, neuropsichiatria o neurologia • da uno psicologo o psicoterapeuta 	x	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"> ○ Su prescrizione di uno psichiatra, neuropsichiatra o neurologo ○ Le prime 10 sedute possono essere prescritte dal medico generico ○ Per bambini di età inferiore a 15 anni la prescrizione può essere fatta da un pediatra

D. Trattamenti soggetti in qualunque caso ad autorizzazione preventiva

	Natura trattamento/prestazioni	PM	AP	Numero massimo annuo (12 mesi) di sedute	Massimale 80% (€)	Osservazioni
D 1	Bilancio neuropsicologico pluridisciplinare	x	x		600	Sulla scorta di una relazione medica stilata da un neuropediatra o da uno psichiatra
D 2	Camera iperbarica	x	x		--	
D 3	Drenaggio linfatico	x	x	20/12 mesi	25	In caso di malattia grave, senza limitazione del numero di sedute e senza massimale
D 4	Endermologia a fini non estetici	x	x	5/12 mesi	--	Trattamento di cicatrici viziose
D 5	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
D 6	Ergoterapia	x	x	--	--	
D 7	Laser: trattamento laser o fototerapia dinamica in <u>dermatologia</u>	x	x	20	--	
D 8	Ortoptia	x	x	20/12 mesi	35	Prescrizione di un oftalmologo con indicazione dell'identità dell'ortoptista

	Natura trattamento/prestazioni	PM	AP	Numero massimo annuo (12 mesi) di sedute	Massimale 80% (€)	Osservazioni
D 9	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 per onde shock in reumatologia	x	x	--	--	
D12	Qualsiasi altro trattamento non specificato	x	x	--	--	

Capitolo 9 – Ausiliari medici

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

Qualora l'assicurato benefici di prestazioni di assistenza malati, è necessaria un'autorizzazione preventiva per prestazioni tecniche complementari come iniezioni o medicazioni complicate, le quali a norma di legge non possono essere eseguite dall'assistente malati.

Capitolo 10 – Cure

Sezione 1 – Cure di convalescenza e postoperatorie

1. Caratteri generali

Le cure di convalescenza e le cure postoperatorie, se autorizzate preventivamente, sono ammissibili per il rimborso purché:

1. siano effettuate sotto controllo medico in centri di convalescenza provvisti di una consona infrastruttura medica e paramedica, escluso qualsiasi altro tipo di centro;
2. inizino nei tre mesi successivi all'intervento chirurgico o alla malattia per la quale sono state prescritte, salvo controindicazione clinica debitamente giustificata nella relazione che accompagna la prescrizione medica, accettata dal medico di fiducia.

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

2. Condizioni per ottenere un'autorizzazione preventiva

La domanda di autorizzazione preventiva deve essere introdotta presso l'ufficio di liquidazione, corredata di una prescrizione medica emessa non più di tre mesi prima da un medico curante indipendente dal centro di cura. La prescrizione è suffragata da una relazione medica dettagliata che giustifichi la necessità terapeutica della cura.

Per essere autorizzata, la cura deve essere stata riconosciuta necessaria dal medico di fiducia, sulla scorta della relazione medica di cui sopra.

Nessuna autorizzazione sarà rilasciata a posteriori. Il regime non rimborserà né cure, né esami, né consultazioni dispensate in un centro di cura, ove la cura non sia stata autorizzata.

3. Regole di rimborso

Sono rimborsabili le spese seguenti.

- Spese di soggiorno

Le spese di soggiorno sono rimborsate all'80% per un periodo massimo di 28 giorni l'anno, con un massimale di rimborso pari a 36 euro al giorno.

In caso di cura connessa con una malattia grave, le spese sono rimborsate al 100%, con un massimale speciale di rimborso pari a 45 euro al giorno.

Queste spese non possono essere considerate alla stregua di spese di ricovero ospedaliero.

- Spese di cura

Le cure sono rimborsate a parte, a norma delle presenti disposizioni generali.

- Spese di accompagnamento

Le spese di accompagnamento sono rimborsabili in via eccezionale all'85%, con un massimale di 40 euro, su prescrizione medica e dietro autorizzazione preventiva, nei casi seguenti:

- per un membro della famiglia che accompagni, nella camera o all'interno del centro di cura, un beneficiario che segue una cura e non ha compiuto 14 anni 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.

4. Esclusioni dal rimborso

Le spese di viaggio.

5. Condizioni di rimborso

La domanda di rimborso deve essere corredata di fatture che specifichino distintamente le spese di soggiorno e le spese di cura, nonché di una relazione del medico del centro che precisi i vari trattamenti dispensati, stilata al termine della cura e indirizzata al medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione.

Sezione 2 – Cure termali

1. Disposizioni generali

Una cura termale è un soggiorno di durata compresa tra un minimo di 10 giorni e un massimo di 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 proprietà biologiche e farmacodinamiche conferite loro dalla ricchezza in ioni e in oligoelementi.

Possono essere assimilati a cure termali i soggiorni presso centri paramedici riconosciuti dalle autorità sanitarie nazionali, specializzati esclusivamente nel trattamento delle malattie croniche.

Per poter beneficiare del rimborso la cura deve essere preventivamente autorizzata dall'ufficio di liquidazione, previo parere del medico di fiducia, e svolgersi presso un centro riconosciuto dalle autorità sanitarie nazionali.

L'autorizzazione di cura è limitata a

- una cura l'anno con un massimo di otto cure nell'arco della vita del beneficiario, per ciascuna delle seguenti categorie di patologia:
 1. reumatismo e postumi di traumi osteoarticolari
 2. flebologia e malattie cardiovascolari
 3. neurologia
 4. malattie dell'apparato digerente e degli organi annessi, malattie del metabolismo
 5. ginecologia e malattie dell'apparato renale-urinario
 6. dermatologia e stomatologia
 7. apparato respiratorio
- una cura l'anno a condizione che sia effettuata nell'ambito del trattamento di una malattia grave o in caso di grave psoriasi che non risponda ai trattamenti classici.

Non sono considerate cure termali ammissibili per il rimborso segnatamente le cure di talassoterapia e le cure di rimessa in forma.

2. Condizioni per ottenere l'autorizzazione preventiva di una cura termale

La domanda di autorizzazione preventiva deve essere introdotta presso l'ufficio di liquidazione almeno sei settimane anteriormente alla data prevista per l'inizio della cura e specificare le date della cura, nonché la denominazione e l'indirizzo del centro termale. Essa è corredata di una prescrizione medica rilasciata da un medico curante indipendente dal centro di cura e di una relazione medica dettagliata, stilata non oltre tre mesi prima, che giustifichi la necessità terapeutica della cura.

La relazione medica circostanziata precisa:

- gli antecedenti del paziente e il dettaglio dei trattamenti seguiti nel corso dell'anno per la patologia che rende necessaria la cura. Descrive l'andamento recente della patologia e mette in evidenza gli elementi clinici idonei a giustificare la cura;
- la durata della cura, la natura dei trattamenti termali da seguire e il tipo di centro termale in funzione della patologia in questione, restando inteso che solo un centro riconosciuto dalle autorità sanitarie nazionali potrà essere preso in considerazione.

L'autorizzazione è concessa se la cura termale viene riconosciuta come strettamente necessaria dal medico di fiducia, sulla scorta della relazione medica di cui sopra e sempre che l'assicurato abbia seguito nel corso dell'anno i trattamenti prescritti, che tali trattamenti risultino insufficienti e che la cura abbia una valenza terapeutica assodata.

Nessuna autorizzazione sarà rilasciata a posteriori e il regime non rimborserà né cure, né esami, né consultazioni dispensate presso un centro di cura se la cura stessa non è autorizzata.

3. Regole di rimborso

Le spese sostenute per i trattamenti e il controllo medico durante le cure termali sono rimborsabili all'80%, con un massimale giornaliero di 64 euro. In caso di cura connessa con una malattia grave, tali spese sono rimborsate al 100%, con un massimale complessivo speciale di 80 euro al giorno.

Le spese di accompagnamento possono essere rimborsate su prescrizione medica e dietro autorizzazione preventiva:

- per un membro della famiglia che accompagni, nella camera o all'interno del centro di cura, un beneficiario che segue una cura e non ha compiuto 14 anni 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 nel centro di cura.

Per essere rimborsata, 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 di un familiare, ecc.).

Le spese relative alle cure che restano a carico del beneficiario sono ammissibili al rimborso speciale di cui all'articolo 24 della regolamentazione.

4. Esclusioni dal rimborso

Nell'ambito di una cura non sono rimborsabili:

- le spese di viaggio;
- le spese di soggiorno, di alloggio e di vitto;
- le spese accessorie alle cure;
- i trattamenti e le cure non ammissibili ai sensi della regolamentazione comune, quali bagni di mare o di lago, sabbiature, talassoterapia, sauna, solarium, massaggi non medici, rimessa in forma, sedute di yoga, riflessologia plantare, shiatsu o qualsiasi altro trattamento assimilabile;
- le analisi, gli esami e altre prestazioni non inerenti alla patologia che giustifica la cura;
- i trattamenti agli estratti di timo o di vischio, l'ozonoterapia, l'ossigenazione, l'autoemoterapia, i trattamenti alla procaina o con qualsiasi altro prodotto assimilabile.

Se la cura non è autorizzata, il rimborso delle spese per i trattamenti è possibile qualora siano soddisfatti i requisiti previsti dalle DEG, vale a dire

- prescrizione originale del medico curante indipendente dal centro di cura, che risalga a non oltre 6 mesi e indichi la diagnosi, il numero e il tipo di trattamenti;
- fattura dettagliata conforme alla prescrizione medica con indicazione delle date, del numero di trattamenti e del prezzo unitario.

Qualora i trattamenti vengano dispensati in un centro di cure termali riconosciuto, le fatture emesse direttamente dal centro sono accettate.

Ove i trattamenti siano stati dispensati in centri non riconosciuti, le sedute di chinesiterapia e fisioterapia, escluso qualsiasi altro tipo di cure, sono rimborsabili, sempre che le prestazioni siano effettuate da un terapeuta diplomato e che la relativa fattura permetta di accertare la sua qualifica.

Capitolo 11 – Protesi, apparecchi ortopedici e altro materiale medico

1. VISTA

1.1. Occhiali

a) Aspetti generali

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

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

Il regime non rimborsa:

- occhiali con lenti non correttive;
- occhiali da sole;
- occhiali destinati al lavoro su schermo di computer, per il personale in attività.

b) Tempi di rinnovo

Tranne in caso di cambiamento di diottria o di asse, pari almeno a 0,50 clinicamente accertato, i tempi di rinnovo sono fissati a due anni e a un anno per bambini e adolescenti fino all'età di 18 anni. Il termine decorre dalla data dell'ultimo acquisto nella categoria in questione.

c) Condizioni di rimborso

Le spese di acquisto di occhiali con lenti correttive prescritti da un oftalmologo o da un ottico optometrista sono rimborsabili all'85% con i massimali seguenti:

- montature: massimale di 120 euro
- lenti:

110 euro a lente per lenti unifocali le cui caratteristiche di visione siano inferiori o pari a 4 diottrie,

140 euro a lente per lenti unifocali le cui caratteristiche di visione siano comprese fra 4,25 e 6 diottrie,

180 euro a lente per lenti unifocali le cui caratteristiche di visione siano comprese fra 6,25 e 8 diottrie,

300 euro a lente per lenti unifocali da 8,25 diottrie e oltre,

350 euro a lente per lenti multifocali o progressive.

Le spese di esame dell'ottico optometrista, in assenza di prescrizione o di esame da parte di un oftalmologo, sono rimborsate all'85% con un massimale corrispondente alla consultazione o alla visita di un medico generalista.

Le spese relative ai vari esami di centratura o di misurazione tramite apparecchiature elettroniche, effettuate da un ottico o da un optometrista, sono comprese nel massimale per le lenti.

In caso di perdita o di danneggiamento della montatura o delle lenti prima della scadenza del termine di rinnovo, le spese di riparazione o sostituzione sono rimborsate a concorrenza del massimale non ancora utilizzato entro il termine.

d) Presentazione della fattura

La fattura originale e quietanzata deve precisare:

- il genere di visione (da lontano – da vicino – multifocale);
- le caratteristiche delle lenti (potenza di ciascuna lente correttiva/diottrie);
- i prezzi delle lenti e della montatura specificati separatamente.

1.2. Lenti a contatto

a) Aspetti generali

- Il rimborso di lenti a contatto correttive non esclude il rimborso di un paio di occhiali con lenti correttive unifocali per visione da vicino o da lontano o ancora un paio di occhiali con lenti multifocali o progressive.
- In caso di perdita o di danneggiamento di lenti a contatto prima della scadenza del termine di rinnovo, le spese di sostituzione sono rimborsate solo a concorrenza del massimale non ancora utilizzato entro il termine.
- Il regime non rimborsa lenti a contatto colorate non correttive.

b) Condizioni di rimborso

Le spese per l'acquisto di lenti a contatto correttive, convenzionali o gettabili, prescritte da un oftalmologo o da un ottico optometrista, nonché le spese per l'acquisto dei prodotti di manutenzione, sono rimborsate all'85%, con un massimale di 500 euro per periodo di 24 mesi.

Le spese di adattamento e di fornitura di lenti a contatto in prova, da parte dell'oftalmologo o dell'ottico optometrista, sono comprese nel massimale per le lenti.

Le spese di esame da parte dell'ottico optometrista, in assenza di prescrizione o di esame da parte di un oftalmologo, sono rimborsate all'85% con un massimale corrispondente alla consultazione o visita di un medico generalista.

c) Presentazione della fattura

La fattura originale e quietanzata deve precisare:

- il genere di visione (da lontano – da vicino – multifocale);
- le caratteristiche delle lenti (potenza di ciascuna lente correttiva/diottrie);
- il tipo di lenti a contatto: gettabili o convenzionali;
- il prezzo delle lenti a contatto.

1.3. Patologia grave della visione

Una deroga alle condizioni di rimborso fissate per categoria di lenti o di lenti a contatto può essere concessa dietro autorizzazione preventiva in caso di patologia grave riconosciuta degli occhi, attestata da una relazione medica, o qualora il costo di acquisto delle lenti o lenti a contatto superi ampiamente gli importi massimi rimborsabili previsti, a causa delle condizioni molto limitate di visione o di diottrie estreme.

1.4. Protesi oculari

Le spese per l'acquisto di occhi artificiali sono rimborsate all'85% e al 100% in caso di malattia grave.

2. UDITO

2.1. Gli apparecchi acustici prescritti da un otorinolaringoiatra o da un audiometrista, nonché le spese di riparazione, sono rimborsati all'85% con un massimale di 1 500 euro per apparecchio.

2.2. Le spese di manutenzione e le pile non sono rimborsate.

2.3. In caso di rinnovo, il rimborso di cui al punto 2.1 è concesso solo dopo un termine di 5 anni, tranne ove varino le condizioni audiometriche e su prescrizione di un otorinolaringoiatra.

2.4. Una deroga ai massimali e ai termini di rinnovo vigenti può essere concessa, dietro autorizzazione preventiva e su parere del medico di fiducia, per gli apparecchi destinati a bambini e adolescenti fino all'età di 18 anni, o in caso di malattia grave della sfera auditiva.

3. Apparecchi ortopedici, fasciature e altri presidi medico-chirurgici

- 3.1. Le spese per l'acquisto, il noleggio o la riparazione degli articoli o materiali che figurano nella tabella dell'allegato II sono rimborsate all'85% o al 100% in caso di malattia grave, nei limiti delle condizioni stabilite per ciascuno di essi e precisate nella tabella.
- 3.2. Per apparecchi il cui costo è stimato a oltre 2 000 euro, è necessario introdurre una domanda di autorizzazione preventiva corredata di una relazione medica e di due preventivi dettagliati comparativi.
- 3.3. Se un dispositivo specifico è necessario nel quadro di una malattia grave, l'autorizzazione preventiva, su parere del medico di fiducia, può derogare alle norme in materia di importi massimi rimborsabili e di termini di rinnovo.
- 3.4. Un'autorizzazione preventiva è necessaria per il noleggio di apparecchi o di materiale ortopedico per una durata superiore o pari a tre mesi consecutivi.
- 3.5. Le spese relative all'acquisto di apparecchi o di dispositivi non previsti nelle presenti DGE possono essere rimborsate dietro autorizzazione preventiva. In funzione dei prezzi rilevati sul mercato, importi massimi di rimborsi possono essere fissati previo parere del medico di fiducia.

Capitolo 12 – Spese di trasporto

1. Disposizioni generali

- 1.1. Tranne in situazioni d'urgenza debitamente motivata, per le quali è possibile chiedere l'accordo solo a posteriori, una richiesta di autorizzazione preventiva è necessaria. Essa deve essere accompagnata da un certificato del medico curante che giustifichi la natura e la necessità clinica del trasporto.
- 1.2. Se il trasporto deve essere rinnovato regolarmente, la prescrizione medica deve precisarne i motivi e giustificare il numero indispensabile di tragitti.
- 1.3. L'accompagnamento da parte di un terzo, ove sia dichiarato assolutamente necessario dal medico curante, in particolare per l'età del beneficiario o la natura della patologia, deve formare a sua volta oggetto di una domanda di autorizzazione preventiva.
- 1.4. L'autorizzazione preventiva viene rilasciata su parere del medico di fiducia. 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.

2. Modalità di rimborso

- 2.1. 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. In mancanza di autorizzazione preventiva per motivi di urgenza, il medico di fiducia viene consultato sulla fondatezza delle spese sostenute.
- 2.2. Le spese sono rimborsate all'80% o al 100% in caso di malattia grave su presentazione dei giustificativi originali (fatture quietanzate, titoli di trasporto/viaggio, ecc.).
- 2.3. In mancanza dei giustificativi richiesti, il rimborso è fissato all'80% o al 100% del prezzo di un biglietto ferroviario in prima classe. Ove non esista collegamento ferroviario, il rimborso è calcolato a concorrenza dell'80% o del 100% del massimale di 0,22 euro al chilometro, indicizzato analogamente alle spese di missione della Commissione europea; l'affiliato sarà tenuto a precisare il chilometraggio percorso fino al centro di cura o all'operatore sanitario.
- 2.4. Le spese di trasporto del terzo accompagnante sono rimborsate all'80% alle identiche condizioni suesposte, tranne qualora venga usato un veicolo privato, che non dà luogo ad alcun rimborso.

2.5. Il regime non rimborsa:

- a) le spese di trasporto dettate da motivi familiari, linguistici o da considerazioni personali, o quelle 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;
- b) le spese di rimpatrio in caso di malattia o di incidente;
- c) le spese di ricerca in montagna, in mare, ecc.;
- d) le spese di trasporto con un veicolo privato all'interno della località di residenza, tranne nel caso di trattamenti ripetitivi gravosi come radioterapia, chemioterapia, dialisi, ecc. Il rimborso delle spese di trasporto – preventivamente autorizzate su parere del medico di fiducia – avviene in tal caso alle condizioni di cui ai paragrafi 2.2 e 2.3.

3. Personale in servizio al di fuori dell'Unione

La procedura di rimborso delle spese di trasporto del personale in servizio al di fuori dell'Unione europea si svolge conformemente alle disposizioni statutarie e regolamentari relative a esso, in particolare all'allegato X dello statuto.

Capitolo 13 – Indennità forfettaria per spese di funerale

Disposizioni generali

In applicazione dell'articolo 25 della regolamentazione comune, l'importo dell'indennità forfettaria per spese di funerale ammonta a 2 350 euro.

Il versamento di tale indennità è subordinato alla presentazione di una copia del certificato di morte.

Nel caso di un bambino nato morto, l'indennità viene concessa purché il feto abbia raggiunto almeno 22 settimane.

In caso di decesso di un assicurato in via complementare, dall'indennità sarà detratto l'importo percepito per altra via.

Questa indennità è distinta dal rimborso delle spese di trasporto della salma del funzionario in attività, del suo coniuge, dei figli a suo carico o delle persone assimilate, che l'istituzione d'appartenenza si accolla a norma dell'articolo 75 dello statuto.

ALLEGATO I

ELENCO DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI (ripartiti per categoria)

Nota: Gli interventi contrassegnati da un asterisco () possono avere carattere estetico e richiedono sempre un'autorizzazione preventiva.*

<u>CATEGORIA A1</u>	
<u>Chirurgia generale e plastica</u>	
1	Incisione di un patereccio osseo o dei canali tendinei, con drenaggio
2	Escissione di uno o più piccoli tumori infra o sottocutanei
3	Escissione di un tumore aponeurotico senza apertura di una cavità (gangli, lipomi, ...)
<u>Ortopedia</u>	
4	Riduzione di una frattura della clavicola
5	Riduzione di una frattura della scapola o dello sterno
6	Riduzione di una lussazione di un dito della mano o del piede
<u>Chirurgia addominale, urologica e ginecologica</u>	
7	Estrazione di un corpo estraneo dal retto
8	Operazione di un polipo del retto
9	Operazione di una lacerazione parziale del perineo
10	Asportazione di un tumore mammario
11	Conizzazione della cervice
<u>Chirurgia vascolare e toracica</u>	
12	Legatura o resezione di varici
<u>Neurochirurgia</u>	
	/
<u>Chirurgia ORL e stomatologia</u>	
13	Exeresi di polipi nasali
14	Exeresi endoscopica di polipi o di piccoli tumori della laringe
15	Operazione di una fistola salivare
16	Riduzione semplice di una frattura del setto nasale
<u>Chirurgia oftalmologica</u>	
17	Enucleazione di un calazio
18	Trattamento col laser per una lesione periferica della retina
19	Trattamento col laser per iridotomia

CATEGORIA A2	
Chirurgia generale e plastica	
1	Incisione di un ascesso profondo
2	Incisione di un ascesso del Douglas
3	Incisione di un flemmone dei tessuti molli o di una pustola carbonchiosa
4	Estrazione cruenta di corpo estraneo profondo
5*	Trapianto cutaneo semplice (meno di 10 cm ²)
6	Apertura del cavo ischio-rettale
7	Eventuale supplemento per l'utilizzazione di laser chirurgico
8	Dermoabrasione
Ortopedia	
9	Intervento chirurgico su un'articolazione delle dita della mano o del piede, del carpo o del tarso
10	Riduzione di una frattura dell'avambraccio
11	Riduzione di una frattura della mano o del piede
12	Riduzione di una frattura della rotula
13	Riduzione di una lussazione della clavicola o della rotula
14	Riduzione di una lussazione del gomito o del ginocchio
15	Riduzione di una lussazione della mano o del piede
16	Rimozione di viti o fili
17	Disarticolazione di un dito della mano o del piede
18	Amputazione totale o parziale di un dito della mano o del piede
19	Amputazione di un metacarpo o di un metatarso
20	Intervento per tunnel carpale
Chirurgia addominale, urologica e ginecologica	
21	Intervento per ragade anale non complicata
22	Riduzione di un prolasso rettale
23	Laparoscopia semplice
24	Correzione chirurgica di prolasso rettale mediante cerchiaggio
25	Circoncisione
26	Legatura dei dotti deferenti
27	Nefrostomia o pielostomia percutanea
28	Intervento chirurgico sugli organi genitali esterni femminili
29	Puntura dell'epididimo
Chirurgia vascolare e toracica	
30	Legatura o resezione di più vene varicose
31	Safenectomia interna o esterna
Neurochirurgia	
	/
Chirurgia ORL e stomatologia	
32	Riduzione di una frattura del setto nasale con apparecchio di contenzione
33	Operazione delle adenoidi
34	Drenaggio transtimpanico
35	Estrazione di un dente incluso in sala operatoria
36	Estrazione di meno di 8 denti, in anestesia generale
37	Exeresi di una ghiandola sottomascellare
Chirurgia oftalmologica	
38	Exeresi di un tumore non invasivo della congiuntiva, della cornea, della sclerotica o della

CATEGORIA A3	
Chirurgia generale e plastica	
1*	Trapianto cutaneo semplice di 10/50 cm ² o di lembi cutanei di meno di 10 cm ²
2	Operazione di una cisti o di una fistola sacro-coccigea
3	Trattamento laser della couperose
4	Impianto di protesi peniena
Ortopedia	
5	Osteotomia o trapanazione di un osso
6	Riduzione di frattura singola del braccio
7	Riduzione di una frattura delle due ossa dell'avambraccio
8	Riduzione di una frattura semplice del bacino
9	Riduzione di frattura singola della gamba
10	Sutura di un tendine
11	Plastica di un tendine
12	Rimozione di mezzi di sintesi ossea
13	Resezione del coccige
14	Resezione di un'articolazione della mano o del piede (salvo la tibio-tarsica)
15	Estrazione di un corpo estraneo da un'articolazione della spalla, del gomito o del ginocchio
16	Osteotomia di un piccolo osso con innesto tendineo
17	Riduzione cruenta di una frattura della clavicola
18	Riduzione cruenta di una frattura della rotula
19	Riduzione cruenta di una frattura di un malleolo
20	Riduzione cruenta di una frattura del carpo o del tarso, ad eccezione del calcagno
21	Disarticolazione della mano o del piede
22	Amputazione del metatarso
Chirurgia addominale, urologica e ginecologica	
23	Intervento di sfinterotomia per ragade anale
24	Intervento endoscopico vescicale (resezione del collo, estrazione di calcoli, ...)
25	Operazione di varicocele o idrocele
26	Epididimectomia
27	Orchidopessia
28	Cistostomia per via sovrapubica
29	Estrazione di un calcolo ureterale per via endoscopica
30	Litotrixxia di calcoli urinari mediante onde d'urto (per trattamento)
31	Amputazione della cervice uterina
Chirurgia vascolare e toracica	
32	Resezione del cross della safena interna + safenectomia interna e/o legatura o resezione di una o più vene varicose
33	Broncoscopia o esofagoscopia con estrazione di un corpo estraneo dalla trachea, dai bronchi o dall'esofago
Neurochirurgia	
34	Neurorrafia al microscopio
Chirurgia ORL e stomatologia	
35	Tracheotomia
36	Intervento per esostosi del condotto uditivo esterno
37*	Intervento per labbro leporino non complicato
38	Escissione parziale della lingua

39	Asportazione chirurgica di calcolo salivare
40	Tonsillectomia
41*	Plastica del padiglione auricolare
42	Apertura di un seno mascellare per via esterna
43	Operazione di un seno per via endonasale
44	Exeresi della parotide senza dissezione nervosa
45	Estrazione di 8 o più denti in anestesia generale
46	Disinclusione ed estrazione di un dente incluso con resezione ossea pericoronaria e/o osteotomia dentaria
<u>Chirurgia oftalmologica</u>	
47	Exeresi del sacco lacrimale
48*	Correzione di ectropion o entropion
49	Trattamento laser di lesioni maculari per trabecolo o iridoplastica panretinica post-vitrectomia per briglie del corpo vitreo
50*	Plastica parziale di una palpebra
51	Exeresi di un tumore invasivo della congiuntiva, della cornea, della sclerotica o della palpebra
52	Estrazione di un corpo estraneo dal segmento anteriore della cavità oculare
53	Correzione dello strabismo mediante tenotomia
54	Intervento preventivo per distacco di retina
55	Enucleazione del globo oculare

CATEGORIA B1	
Chirurgia generale e plastica	
1*	Trapianto cutaneo semplice di più di 50 cm ² o trapianto tubolare
Ortopedia	
2	Intervento per la retrazione palmare di Dupuytren
3	Resezione dell'articolazione tibio-tarsica
4	Artroplastica di un'articolazione della mano o del piede
5	Operazione del menisco
6	Riduzione di una frattura vertebrale
7	Riduzione cruenta di singola frattura del braccio, dell'avambraccio o della gamba
8	Riduzione operatoria di una frattura bi o trimalleolare della caviglia
9	Riduzione operatoria di una frattura del calcagno
10	Riduzione di una lussazione dell'anca
11	Riduzione di una lussazione di una vertebra
12	Disarticolazione del braccio, dell'avambraccio o della gamba
13	Amputazione del braccio, dell'avambraccio, della coscia o della gamba
14	Resezione di un'articolazione della spalla, del gomito o del ginocchio
15	Operazione dell'alluce valgo con metodo combinato
16	Sutura di due o più tendini
17	Trapianto di un tendine
18	Plastica di due tendini
19	Nucleotomia percutanea per ernia del disco
20	Sutura dei legamenti del ginocchio
21	Plastica dei legamenti laterali del ginocchio
Chirurgia addominale, urologica e ginecologica	
22	Operazione di una fistola rettale
23	Laparotomia esplorativa
24	Appendicectomia
25	Apertura di un ascesso nella cavità addominale
26	Intervento per ernia inguinale o crurale
27	Intervento per ernia ombelicale o epigastrica
28	Correzione di un prolasso rettale tramite resezione o plastica degli elevatori
29	Emorroidectomia
30*	Riduzione di sventramento tramite plastica
31	Pielotomia
32	Lombotomia esplorativa
33	Nefrostomia
34	Estrazione chirurgica di un calcolo dell'uretra
35	Uretrostomia perineale
36	Exeresi di un tumore della vescica per via endoscopica
37	Intervento sull'uretere
38	Correzione di una retroversione uterina
39	Resezione completa dell'endometrio
40	Isteropessia
41	Intervento per lacerazione completa del perineo
42	Colporrafia con o senza perineorrafia
43	Exeresi di uno o più miomi uterini per via vaginale o addominale
44	Annessiectomia monolaterale o bilaterale o altra operazione sugli annessi

45	Parto cesareo
46	Colporrafia anteriore e posteriore per prolasso genitale
47	Intervento di correzione per incontinenza urinaria per via vaginale o addominale
48	Trattamento della prostata mediante ipertermia o laser
49	Rianastomosi dei dotti deferenti
Chirurgia vascolare e toracica	
50	Resezione del cross della safena interna + safenectomia interna ed esterna
51	Apertura del pericardio
52	Impianto di un pace-maker
53	Stripping mediante radiofrequenza
Neurochirurgia	
54	Sutura + trapianto di un nervo o sutura semplice di più nervi o neurolisi intrafasciale di un nervo
55	Riduzione di una frattura del cranio con eventuale plastica
56	Evacuazione d'ematoma intracerebrale mediante semplice trapanazione
Chirurgia ORL e stomatologia	
56*	Intervento per labbro leporino complicato
57	Trattamento di un seno per via esterna
58	Resezione endonasale di un'ostruzione coanale ossea
59	Asportazione di un fibroma rinofaringeo
60	Trapanazione dell'osso mastoide
61	Timpanoplastica
62	Resezione sottomucosa del setto nasale
63	Tiroidectomia semplice
64	Artroplastica o altro intervento riguardante un'articolazione del mascellare
65	Plastica per palatoschisi incompleta del velo palatino
66	Resezione parziale di un mascellare
Chirurgia oftalmologica	
67	Sutura di una ferita perforante del globo oculare
68	Iridectomia
69	Exeresi di tumore del cavo orbitario per via anteriore
70*	Intervento per blefaroptosi
71*	Plastica di una palpebra completamente aderente al globo oculare o totalmente distrutta
72	Intervento di correzione dello strabismo con metodi diversi dalla tenotomia
73	Cheratotomia radiale o mediante laser per correzione della miopia
74	Enucleazione del globo oculare con impianto di una sfera in vista di una protesi
75	Ricostruzione del canale lacrimale
76	Estrazione di un corpo estraneo dal cavo orbitario

CATEGORIA B2	
<u>Chirurgia generale e plastica</u>	
1	Trapianto cutaneo con lembi pedunculati di più di 10 cm di lato
2*	Plastica di riduzione mammaria
3*	Ricostruzione mammaria con lembi cutanei o muscolocutanei
<u>Ortopedia</u>	
4	Intervento per lussazione recidivante della spalla o del ginocchio
5	Riduzione cruenta di frattura del femore o del collo del femore
6	Riduzione cruenta di frattura delle due ossa dell'avambraccio o di una doppia frattura della gamba
7	Disarticolazione della coscia
8	Resezione dell'anca o ablazione di protesi
9	Artroplastica della spalla o del gomito
10	Plastica di un legamento crociato del ginocchio
11	Disarticolazione della cintura scapolare
12	Trapianto di due tendini
13	Tendinoplastica di tre o più tendini
14	Intervento per ernia discale dorso-lombare
<u>Chirurgia addominale, urologica e ginecologica</u>	
15	Operazione di un prolasso rettale per via addomino-perineale
16	Sfinteromioplastica per insufficienza dello sfintere anale
17	Operazione di un'ernia strozzata con resezione intestinale
18	Amputazione del retto per via transperineale o addominoperineale
19	Colecistectomia (normale o per laparoscopia)
20	Resezione segmentaria dell'intestino tenue
21	Pancreatectomia sinistra
22	Rianastomosi colica
23	Surrenalectomia monolaterale
24	Resezione endoscopica o sovrapubica della prostata
25	Correzione dell'ipospadia o dell'epispadia tramite plastica
26	Estrazione di calcoli urinari per via percutanea dopo litotrissia con ultrasuoni
27	Nefrectomia parziale
28	Plastica del bacinetto renale
29	Cistectomia parziale
30	Operazione per incontinenza urinaria con protesi sfinterica
31	Mastectomia semplice o con linfadenectomia
32	Intervento di correzione di un prolasso genitale per via perineo-vaginale
33	Intervento per incontinenza urinaria per via addominale e vaginale
34	Isterectomia totale per via vaginale o addominale
35	Operazione di una fistola vescicovaginale o retto-vaginale
36	Creazione di una neovagina
37	Litotrissia ad onde d'urto extracorporee
<u>Chirurgia vascolare e toracica</u>	
38	Embolectomia arteriosa
39	Simpatectomia lombare
<u>Neurochirurgia</u>	
40	Intervento chirurgico sul midollo spinale
41	Neurorrafia e trapianto di più nervi

Chirurgia ORL e stomatologia	
42*	Rinoplastica
43	Laringotomia
44	Intervento per pansinusite unilaterale
45	Plastica per palatoschisi completa del velo palatino
46	Exeresi della parotide con dissezione del nervo facciale
47	Plastica della laringe per via endoscopica
48	Svuotamento petromastoideo
49	Resezione completa di un mascellare
Chirurgia oftalmologica	
50	Estrazione di un corpo estraneo magnetico dal segmento posteriore dell'occhio
51	Correzione dello strabismo mediante trapianto muscolare
52	Operazione della cataratta
53	Operazione del glaucoma

CATEGORIA C1	
Chirurgia generale e plastica	
	/
Ortopedia	
1	Artroplastica dell'acetabolo
2	Riparazione di vari legamenti del ginocchio
3	Trapianto di almeno tre tendini
Chirurgia addominale, urologica e ginecologica	
4	Gastrectomia subtotale
5	Emicolectomia
6	Intervento mediante laparoscopia per ernia iatale o ernia inguinale bilaterale
7	Operazione di un'ernia diaframmatica
8	Epatectomia parziale
9	Nefrectomia parziale
Chirurgia vascolare e toracica	
10	Bypass di un'arteria di un arto
11	Dilatazione transluminale di un'arteria diversa dalla coronaria
Neurochirurgia	
	/
Chirurgia ORL e stomatologia	
12	Tiroidectomia con dissezione dei nervi ricorrenti e/o delle paratiroidi
13	Laringectomia totale
Chirurgia oftalmologica	
14	Estrazione di un corpo estraneo non magnetico dal segmento posteriore
15	Trapianto della cornea

CATEGORIA C2	
Chirurgia generale e plastica	
	/
Ortopedia	
1	Operazione del canale lombare stretto
2	Operazione d'ernia del disco cervicale o dorsolombare con artrodesi
3	Protesi totale dell'anca
Chirurgia addominale, urologica e ginecologica	
4	Gastrectomia totale con anastomosi esofagodigiunale
5	Pancreatectomia totale o emipancreatectomia con anastomosi
6	Surrenalectomia bilaterale
7	Colectomia totale
8	Prostatectomia totale + ablazione delle ghiandole seminali per via addominale
9	Estrazione di calcoli coralliformi mediante pielotomia
10	Epatectomia sinistra
11	Isterectomia allargata con linfadenectomia
12	Amputazione addomino-perineale del retto
Chirurgia vascolare e toracica	
13	Rivascolarizzazione di un'arteria carotide
14	Rivascolarizzazione di un'arteria di un arto mediante trapianto della safena interna
15	Rivascolarizzazione dell'aorta sottorenale compreso il carrefour
16	Rivascolarizzazione di un grosso vaso toracico
17	Operazione sul cuore, senza circolazione extracorporea né ipotermia
18	Exeresi di un tumore del mediastino
Neurochirurgia	
19	Evacuazione di un ematoma intracranico attraverso ampio foro di trapanazione
20	Posizionamento di un drenaggio per idrocefalia
21	Exeresi di un tumore dal canale rachideo
Chirurgia ORL e stomatologia	
22	Laringectomia parziale con ricostruzione
23	Intervento radicale per pansinusite bilaterale
24	Fenestrazione o intervento sulla catena degli ossicini
25	Resezione del mascellare e della base del cranio
Chirurgia oftalmologica	
26	Intervento per distacco di retina

CATEGORIA D1	
<u>Chirurgia generale e plastica</u>	
	/
<u>Ortopedia</u>	
	/
<u>Chirurgia addominale, urologica e ginecologica</u>	
1	Gastrectomia totale + emipancreatectomia
2	Duodenopancreatectomia
3	Anastomosi porto-cavale o simile
4	Colectomia totale con ricostituzione di una tasca ileale
5	Interventi chirurgici sull'esofago per via toracica
6	Epatectomia destra
<u>Chirurgia vascolare e toracica</u>	
7	Intervento chirurgico sul cuore o sui grandi vasi in ipotermia
8	Intervento chirurgico sul cuore o sui grandi vasi toracici in circolazione extracorporea
9	Pneumectomia
<u>Neurochirurgia</u>	
10	Evacuazione d'ematoma intracerebrale
11	Exeresi di tumore intracerebrale attraverso ampio foro di trapanazione
12	Intervento sull'ipofisi per via transcranica o per via transnasale
<u>Chirurgia ORL e stomatologia</u>	
	/
<u>Chirurgia oftalmologica</u>	
	/

CATEGORIA D2	
<u>Chirurgia generale e plastica</u>	
	/
<u>Ortopedia</u>	
	/
<u>Chirurgia addominale, urologica e ginecologica</u>	
	/
<u>Neurochirurgia</u>	
1	Operazione per tumore cerebrale subtentoriale attraverso ampio foro di trapanazione
2	Intervento per aneurisma intracerebrale
3	Intervento per tumore intramidollare
4	Intervento per tumore dell'angolo pontocerebellare
<u>Chirurgia ORL e stomatologia</u>	
	/
<u>Chirurgia oftalmologica</u>	
	/
<u>Trapianti</u>	
6	del rene
7	del midollo osseo
8	del pancreas
9	del cuore e/o dei polmoni
10	del rene e del fegato
11	del fegato

	acquisto	PM	AP	5 anni	85%	650			
	affitto < 3 mesi	PM	NO		85%				
	affitto > = 3 mesi	PM	AP	5 anni	85%	650			
	riparazione	AP			85%				
	manutenzione (ruote, ecc.)	Non rimborsabile			0%				
6	Deambulatore con 2 ruote e sedile								*
	acquisto	PM	AP		85%	140	140	1 accordo non rinnovabile	
	affitto < 3 mesi	PM	NO		85%				
	affitto > = 3 mesi	PM	AP		85%				
	riparazioni	Non rimborsabile			0%				
7	Sedia da comodo, sedia per doccia (a domicilio)								*
	acquisto	PM	AP		85%	100	100	1 accordo non rinnovabile	
	affitto < 3 mesi	PM	NO		85%				
	affitto > = 3 mesi	PM	AP		85%				
	riparazioni	Non rimborsabile			0%				
8	Letto di tipo ospedaliero (a domicilio)								*
	acquisto	PM	AP		85%	1.000	1.000	1 accordo non rinnovabile	
	affitto < 3 mesi	PM	NO		85%				
	affitto > = 3 mesi	PM	AP		85%				
	riparazione o uso in istituto di cura	Non rimborsabile			0%				
9	Materasso antidecubito, compressore incluso								*
	acquisto	PM	AP	3 anni	85%	500	500		
	affitto < 3 mesi	PM	NO		85%				
	affitto > = 3 mesi	PM	AP		85%				
10	Apparecchio per apnea del sonno (CPAP), umidificatore incluso								
	acquisto	PM	AP	5 anni	85%	1.700	1.700		
	affitto < 3 mesi	PM	NO		85%				
	affitto > = 3 mesi	PM	AP		85%				

	accessori e manutenzione CPAP escluso anno d'acquisto	PM	AP	1 anno	85%	350				
11	Misuratore di pressione	PM	AP	5 anni	85%	125	125			
	riparazione	Non rimborsabile			0%					
12	Aerosol									
	acquisto	PM	AP	5 anni	85%	125	125			
	affitto	PM	NO		85%					
	affitto > = 3 mesi	PM	AP		85%					
	riparazione	Non rimborsabile			0%					
13	Ausili per controllo e cura del diabete insulino-dipendente									
	glucometro	PM	AP	3 anni	100%		75			
	strisce reattive, siringhe da insulina, lancette pungidito	PM	AP		100%			PM soltanto per il 1° acquisto		
14	Materiale per controllo e cura del diabete di tipo 2 non insulino-dipendente con valori di emoglobina glicosilata superiori a 7%)									
	glucometro	PM	AP	3 anni	85%	75				
	strisce reattive	PM	AP		85%	500		Massimale rimborsabile per anno		
15	Materiale per incontinenza	PM	AP	1 anno	85%	600	600		*	
16	Ausili per stomizzati	PM	NO		85%					
17	Protesi capillare - parrucca	PM	AP	1 anno	85%	750	750			
18	Paio di scarpe ortopediche correttive su misura									
	acquisto in caso di patologia del piede non coperta al 100%	PM	AP		85%	720	NA	2 paia l'anno		
	acquisto in caso di patologia del piede coperta al 100%	PM	AP		100%	NA	1.440	2 paia l'anno		
	acquisto in caso di malattia grave del piede	PM	AP		100%	NA		2 paia l'anno		
	riparazione su presentazione della fattura	NO	NO		85%					
19	Arti, segmenti di arti, ortesi articolate									
	acquisto	PM	AP	Da definire singolarmente, preventivo obbligatorio						

	riparazione su presentazione della fattura	PM	AP	Da definire singolarmente				
20	Altri apparecchi il cui costo è stimato a più di 2000 euro	PM	AP	Da definire singolarmente, preventivo obbligatorio				
	, o materiale specifico, elettrico, elettronico e/o su misura in caso di malattia grave (acquisto)	PM	AP	Da definire singolarmente, preventivo obbligatorio				*
21	Irrigatori e termometri	Non rimborsabile			0%			
22	Pompe a vuoto per il trattamento della disfunzione erettile	PM	AP			200	200	
23	Apparecchi per misurare il tempo di coagulazione	PM	AP					criteri: in caso di terapia anticoagulante permanente
24	Siringhe	PM	AP					criteri: in caso di diabete (cfr. 13) o di altre malattie croniche che richiedono terapia iniettiva continuativa
25	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, non sono coperte dal regime e non sono pertanto rimborsabili.	Non rimborsabile			0%			*

Titolo III – PROCEDURE

Capitolo 1 – Domande di rimborso e giustificativi

1. Disposizioni generali

- 1.1. Le prestazioni di cui al titolo II delle presenti DGE devono essere effettuate da persone legalmente autorizzate all'esercizio della professione medica o paramedica, o da centri medici o paramedici debitamente riconosciuti dalle autorità competenti.
- 1.2. L'RCAM non interviene nel costo delle cure prodigate da un operatore (medico, dentista, ostetrica, infermiere, ecc.) al suo coniuge o partner riconosciuto, ai suoi discendenti, ascendenti, patrigno, matrigna, fratelli, sorelle, cognati, cognate, generi e nuore, zii e zie, nipoti. Il costo dei prodotti e presidi medici usati in occasione di prestazioni del genere è tuttavia rimborsabile a norma della regolamentazione comune.

2. Domanda di rimborso

Le domande di rimborso vengono presentate dall'affiliato tramite appositi moduli ("domanda di rimborso") debitamente completati e introdotti, tranne caso di forza maggiore, non oltre 18 mesi dalla data della prestazione.

L'affiliato deve indicare nella propria domanda il tipo di rimborso, vale a dire:

- a) rimborso "normale";
- b) rimborso "infortunio o malattia professionale" (con indicazione dei relativi riferimenti);
- c) rimborso "malattia grave" (con indicazione dei relativi riferimenti);
- d) rimborso "personale in servizio al di fuori dell'Unione europea".

3. Informazioni da comunicare

- 3.1 L'originale delle fatture o ricevute (tranne in caso di rimborso complementare) con le date e gli onorari percepiti per ciascun atto medico. Non si accettano copie, duplicati o lettere di sollecito, tranne in caso di forza maggiore debitamente motivata come smarrimento, furto, distruzione.

In caso di intervento chirurgico, il chirurgo deve precisare la natura dell'intervento. Per garantire il segreto medico, questa informazione può essere fornita in busta sigillata indirizzata al medico di fiducia dell'ufficio di liquidazione.

3.2 L'originale della prescrizione. Può tuttavia essere accettata una copia della prescrizione o qualsiasi altro documento ufficiale che riporti le informazioni figuranti sulla prescrizione, ove l'operatore sanitario sia tenuto a conservare l'originale o in caso di rinnovo delle cure o dei trattamenti.

3.3 Il riferimento dell'autorizzazione preventiva o del preventivo di spese dentistiche.

L'affiliato è tenuto ad apporre sulla domanda di rimborso la propria firma con la quale certifica che gli acclusi giustificativi sono conformi alla realtà e che le fatture presentate sono state quietanzate.

Una domanda di rimborso sprovvista di firma non può essere trattata.

4. Disposizioni particolari

4.1. Le domande di rimborso speciale di cui all'articolo 24 della regolamentazione comune vanno introdotte entro un termine di dodici mesi dalla data di rimborso delle spese relative all'ultima prestazione compresa nel periodo di dodici mesi considerato.

4.2. Per le prestazioni non denominate in euro, il tasso di conversione usato per la tarifficazione e parimenti per il rimborso è quello del mese di registrazione della domanda di rimborso presso l'ufficio di liquidazione.

Tuttavia, in caso di cospicua svalutazione, l'ufficio di liquidazione può applicare il tasso di conversione del mese relativo all'ultima prestazione medica acclusa alla domanda di rimborso. Tale eccezione è limitata alle prestazioni mediche effettuate nei tre mesi che precedono la svalutazione.

4.3. Il rimborso avviene sul conto bancario sul quale è versato lo stipendio o la pensione.

5. Giustificativi

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

- il nome completo del malato;
- 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.

5.2. Gli acconti o le provvigioni su onorari vengono presi in considerazione solo se introdotti contestualmente alla fattura finale.

6. Prodotti farmaceutici

Il rimborso dei medicinali viene effettuato sulla scorta di ricevute o fatture farmaceutiche che comportino 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, quella del prezzo effettivamente pagato;
- data di rilascio del medicinale;
- timbro e firma del farmacista.

Tali indicazioni sono indispensabili altresì in caso di rinnovo.

Capitolo 2 – Programmi di diagnosi precoce

1. L'ufficio centrale, su proposta del Consiglio medico e previo parere del CGAM, stabilisce l'elenco degli esami medici che rientrano nei programmi di diagnosi precoce. La composizione e la periodicità dei programmi sono determinate in funzione dell'età e del sesso dei beneficiari. Tali informazioni sono portate a conoscenza degli affiliati.

La composizione dei programmi può formare oggetto di cambiamenti per tener conto dell'evoluzione delle tecniche mediche in materia.

2. Il beneficiario che desidera sottoporsi a esami di diagnosi precoce, deve introdurre una domanda presso l'ufficio di liquidazione da cui dipende. Previa verifica dei suoi diritti e della periodicità prevista per l'esame, l'ufficio di liquidazione rilascia l'autorizzazione di impegnativa presso il centro riconosciuto.

Solo le spese degli esami di diagnosi precoce praticati presso i centri riconosciuti, secondo la periodicità prevista e in conformità dei programmi, sono rimborsate al 100% e pagate direttamente dall'RCAM, senza fatturazione all'affiliato.

Le spese relative a eventuali esami complementari, non previsti nei programmi di diagnosi precoce, sono rimborsati in base alle disposizioni applicabili.

Le spese di trasporto, soggiorno e accompagnamento non danno luogo a rimborso.

3. Qualora il beneficiario non sia in grado di recarsi presso il centro riconosciuto per motivi indipendenti dalla propria volontà, l'ufficio di liquidazione può autorizzarlo a praticare gli esami di diagnosi precoce corrispondenti presso operatori sanitari della località in cui presta servizio o risiede. Per ottenere il rimborso al 100% di tali spese, l'affiliato deve introdurre una richiesta di rimborso specifica che riprenda la totalità delle spese corrispondenti, corredata dei giustificativi originali.

Capitolo 3 – Regole per l'applicazione della complementarità

1. Definizione

La copertura complementare serve a garantire agli assicurati coperti da un regime nazionale di previdenza sociale un livello di rimborso delle spese mediche identico a quello cui avrebbero diritto se fossero affiliati in via primaria all'RCAM, senza però generare spese indebite per quest'ultimo.

Nessuna prestazione può essere rimborsata oltre il 100%, neppure in caso di rimborsi ottenuti a titolo di un'assicurazione complementare privata, tranne ove il carattere forfettario di tale assicurazione non consenta di quantificare le singole prestazioni.

2. Beneficiari della complementarità

Possono essere assicurati in via complementare:

- 2.1. l'affiliato, quale definito all'articolo 2 della regolamentazione, che ricorra volontariamente a un'altra assicurazione malattia legale o regolamentare in via primaria;
- 2.2. il coniuge o il partner riconosciuto dell'affiliato che non eserciti attività professionale lucrativa o non benefici di un reddito proveniente da un'attività anteriore, che può però essere coperto da un'altra assicurazione malattia legale o regolamentare, cui sottoscrive volontariamente.
- 2.3. il coniuge o il partner riconosciuto che esercita un'attività professionale lucrativa o beneficia di un reddito proveniente da un'attività anteriore, quale definito all'articolo 13, paragrafo 2, della regolamentazione, sempre che i suoi redditi annui, al lordo dell'imposta, siano inferiori allo stipendio base di un funzionario di grado AST2/1 con applicazione del coefficiente correttore fissato per il paese nel quale i redditi sono percepiti, e che sia coperto da un regime di assicurazione malattia per tutte le prestazioni garantite dall'RCAM;
- 2.4. onde conservare il diritto alla complementarità del coniuge o partner riconosciuto, l'affiliato è tenuto a inviare annualmente all'ufficio di liquidazione l'ultimo documento probante ufficiale disponibile che attesti i redditi percepiti dal coniuge o partner riconosciuto (come la dichiarazione dei redditi o qualsiasi altro documento rilasciato dalle autorità nazionali competenti), al lordo dell'imposta.

Sulla scorta di tali documenti, il diritto può in tal caso essere prorogato dal 1° luglio dell'anno in corso fino al 30 giugno dell'anno successivo.

Qualora il coniuge o partner riconosciuto inizi a percepire un reddito professionale nel corso dell'anno, viene tenuto conto dell'importo reale dei redditi (al lordo dell'imposta)

percepiti nella frazione di anno, per fissare il diritto alla complementarietà a decorrere dalla data di riscossione dei primi redditi.

Se i redditi professionali del coniuge o partner riconosciuto subiscono una qualsiasi modifica nel corso dell'anno, se ne tiene conto esclusivamente per fissare i diritti relativi all'esercizio successivo;

- 2.5. i figli a carico dell'affiliato, ai sensi dell'articolo 2 dell'allegato VII dello statuto, sempre che il regime del coniuge o partner riconosciuto accetti di coprirli in via primaria senza contributi supplementari.

3. Modalità

I beneficiari della complementarietà devono anzitutto valersi del loro regime primario nazionale di previdenza e chiedere il rimborso delle proprie spese mediche presso di esso, mentre l'RCAM interviene solo come regime complementare.

Tuttavia, le spese relative alle prestazioni per le quali il regime primario non concede rimborsi possono essere rimborsate dall'RCAM, sempre che soddisfino i criteri di rimborso fissati da quest'ultimo. In tal caso, l'intervento dell'RCAM è comparabile a quello concesso in via primaria.

Se, in virtù della libera scelta dell'operatore, in particolare per le spese inerenti a prestazioni dispensate all'estero, il regime primario non permette alcun rimborso, l'RCAM può altresì intervenire per prestazioni di cui garantisce il rimborso, sempre che documenti probanti dimostrino che tutte le procedure e regole stabilite dal regime primario siano state preventivamente rispettate. L'RCAM si sostituisce in tal caso al regime primario con riferimento alle prestazioni in questione.

I beneficiari della complementarietà che dipendono da un sistema di assistenza diretta possono farsi rimborsare le spese sostenute nel settore privato – per le prestazioni elencate qui di seguito – solo ove sia provato che il sistema pubblico presenta manifeste carenze (ad esempio lunghi tempi d'attesa, mancanza di trattamenti):

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

È necessaria un'autorizzazione preventiva.

Le prestazioni diverse da quelle che figurano nell'elenco di cui sopra possono essere rimborsate dall'RCAM, purché quest'ultimo ne contempli il rimborso.

Le restrizioni in materia di libera scelta non si applicano né all'affiliato né ai figli a carico coperti in via complementare.

4. Rimborsi

Le domande di rimborso devono essere introdotte presso l'ufficio di liquidazione secondo le consuete regole.

Quando il regime primario rimborsa una parte delle spese, alla domanda di rimborso è necessario accludere una copia delle fatture nonché l'originale del computo effettuato dal regime primario sul quale figuri il dettaglio delle prestazioni rimborsate.

Qualora il paziente non sia tenuto ad accollarsi il costo intero della prestazione ma soltanto la parte delle spese a suo carico (ad esempio: ticket moderatore, supplemento d'onorari), è comunque indispensabile indicare il costo totale della prestazione, non meno che l'importo dell'intervento del regime primario, e non solo il prezzo realmente pagato dall'assicurato.

Il calcolo del rimborso complementare avviene per singola prestazione, motivo per cui occorre precisare l'ammontare del rimborso già percepito a fronte di ciascuna prestazione. L'RCAM può farsi carico solo dell'eventuale differenza tra l'importo che esso garantisce e il rimborso ottenuto dal regime esterno, nei limiti delle percentuali e dei massimali rimborsabili previsti.

Tuttavia, ove sia palesemente impossibile ottenere il costo totale della prestazione e purché essa sia ammissibile per il rimborso, il ticket moderatore può essere rimborsato ai tassi previsti dal regime.

Se l'RCAM accetta di sostituirsi al regime primario, la fattura originale quietanzata, con l'indicazione del rifiuto motivato da parte del regime primario, deve essere acclusa alla domanda di rimborso.

Capitolo 4 – Impegnative e anticipi

A norma dell'articolo 30 della regolamentazione comune, possono essere concessi anticipi agli affiliati per consentire loro di far fronte a spese cospicue. Di massima tali anticipi sono concessi sotto forma di impegnative e solo in via eccezionale sotto forma di denaro.

I beneficiari dell'RCAM in via complementare non possono ottenere impegnative o anticipi tranne ove sia dimostrato, tramite documenti probanti, che l'RCAM si sostituirà al regime primario in conformità delle disposizioni del presente titolo che disciplina la complementarità.

1. Impegnative

Tranne casi di urgenza o di forza maggiore, l'impegnativa deve essere chiesta preventivamente dall'affiliato.

L'impegnativa viene concessa nei casi seguenti.

- In caso di ricovero ospedaliero, l'impegnativa copre le fatture principali e quelle del chirurgo.

In caso di fatturazione separata, le fatture del medico anestesista e dell'assistente possono formare oggetto a loro volta di impegnativa.

La durata di validità di questo tipo di impegnativa è fissata a 60 giorni. Per i ricoveri ospedalieri di durata superiore, occorre introdurre presso il medico di fiducia una domanda di proroga corredata di una relazione medica che giustifichi la proroga.

- In caso di trattamenti ambulatoriali pesanti, nel quadro di una malattia grave, quali radioterapia, chemioterapia, dialisi.
- In caso di acquisti ripetitivi di medicinali costosi, ad esempio ormoni della crescita, di ricorso iterativo a un'ambulanza o a un veicolo sanitario leggero (VSL) o ancora di esami costosi, se il costo mensile supera il 20% della pensione o dello stipendio base dell'affiliato.

Nel quadro di un'impegnativa, la parte delle spese 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. L'ufficio di liquidazione può chiedere il rimborso del saldo tramite bonifico sul conto bancario dell'RCAM.

2. Anticipi

Su richiesta dell'affiliato in via primaria, è possibile il rilascio di una carta di credito ad addebitamento differito (almeno 60 giorni).

In caso di impossibilità a rilasciare una carta del genere e su richiesta motivata dell'affiliato in via primaria, un anticipo sul rimborso può essere concesso sotto forma di bonifico sul suo conto bancario qualora l'importo della sua pensione o del suo stipendio base sia pari o inferiore a quello del grado AST2/1, e se le spese mediche che l'affiliato intende sostenere nell'arco del mese superano il 20% della sua pensione o del suo stipendio base.

Il recupero dell'anticipo scatta automaticamente se l'affiliato non introduce una domanda di rimborso delle proprie spese mediche al termine dei tre mesi successivi al versamento dell'anticipo, tranne in caso di trattamento di durata superiore e qualora prima della fine del trattamento non sia possibile una fatturazione intermedia.

Capitolo 5 – Riconoscimento di gravità della malattia

1. Definizione

Sono riconosciute segnatamente come malattie gravi i casi di tubercolosi, poliomielite, cancro, malattia mentale e altre malattie ritenute di gravità comparabile dall'autorità che ha il potere di nomina.

Si tratta di 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.

2. Estensione della copertura

Il tasso di rimborso al 100% si applica:

- alle spese mediche che, alla luce delle conoscenze scientifiche, appaiono direttamente connesse con la malattia grave, a livello di diagnosi, di trattamento, di controllo dell'andamento della malattia o delle sue eventuali complicanze e conseguenze;
- alle spese ammissibili al rimborso connesse con un'eventuale dipendenza provocata dalla malattia grave.

3. Procedure

La domanda di riconoscimento di gravità della malattia deve essere corredata di una relazione medica dettagliata, in busta sigillata indirizzata al medico di fiducia. Per una prima domanda, la relazione precisa:

- la data della diagnosi;
- la diagnosi esatta;
- lo stadio di evoluzione e le eventuali complicanze;
- il trattamento necessario.

La copertura al 100% delle spese occasionate dalla malattia grave è concessa con una data di inizio (data del certificato medico) e una data di scadenza dopo un periodo non superiore a 5 anni.

L'ufficio di liquidazione rammenta per tempo all'affiliato lo scadere della copertura, onde consentirgli di presentare una domanda di proroga corredata di una relazione medica che precisi:

- l'evoluzione della malattia;

- il trattamento o la sorveglianza ancora necessari.

La decisione di copertura al 100% è esaminata periodicamente in base alle informazioni aggiornate sullo stato di salute del paziente e ai progressi della scienza, onde riconsiderare, se del caso, l'estensione della copertura.

4. Retroattività

Di massima, la copertura al 100% è concessa solo dalla data del certificato medico a sostegno della domanda di riconoscimento di gravità della malattia.

Tuttavia, su domanda motivata dell'affiliato che precisi le prestazioni corrispondenti sui conteggi di rimborso già presentati, previo parere del medico di fiducia può essere concessa una retroattività della copertura al 100%.

In nessun caso tale retroattività potrà superare il periodo di decadenza delle spese fissato dall'articolo 32 della regolamentazione comune.

Capitolo 6 – Determinazione del rimborso speciale – Articolo 72, paragrafo 3, dello statuto

Le condizioni e le modalità di calcolo del rimborso speciale di cui all'articolo 72, paragrafo 3, dello statuto sono fissate dall'articolo 24 della regolamentazione comune. Tale rimborso complementare interviene ove le spese sostenute dall'affiliato che le presenti DGE non escludano dal campo d'applicazione di quell'articolo e che non siano state rimborsate, nell'arco di un periodo di 12 mesi superino la metà della media del reddito base mensile di origine statutaria percepito durante tale periodo.

La parte non rimborsata delle spese che supera la metà della media di questi redditi è rimborsata al 90% se nessun'altra persona è assicurata tramite l'affiliato, e al 100% negli altri casi.

1. Modalità

Il calcolo del rimborso speciale avviene in base alla data delle prestazioni e non alla data dei conteggi.

Una nota informativa stilata sulla scorta degli importi rimasti a suo carico al massimo negli ultimi 36 mesi trascorsi viene inviata automaticamente o su sua richiesta all'affiliato che potrebbe beneficiare del rimborso speciale. Tale nota tiene conto dell'aumento delle retribuzioni ai sensi dell'articolo 65 dello statuto.

L'affiliato deve inviare la nota d'informazione debitamente firmata, specificando il periodo di 12 mesi che intende selezionare. In assenza di una scelta da parte dell'affiliato, verrà selezionato il periodo che sembra a lui più favorevole ai fini del calcolo del rimborso speciale.

Le spese introdotte dopo il versamento del rimborso speciale, non possono dare luogo a rimborso speciale complementare.

2. Particolarità

Qualora il periodo di 12 mesi consecutivi dovesse comportare frazioni di mese, la media dello stipendio, della pensione o dell'indennità base mensili sarà calcolata tenendo conto degli stipendi base corrisposti dal primo mese nel corso del quale il periodo in questione ha preso inizio, fino al mese nel corso del quale detto periodo ha preso fine.

Se la situazione di famiglia varia durante il periodo selezionato, si terrà conto della situazione più favorevole per l'affiliato ai fini della determinazione della percentuale da rimborsare.

Capitolo 7 – Determinazione dei coefficienti di parità – Articolo 20, paragrafo 5

In applicazione dell'articolo 20, paragrafo 5, della regolamentazione comune, almeno ogni 2 anni vengono fissati coefficienti di parità per garantire un trattamento uguale delle prestazioni liquidate in ciascuno degli Stati membri dell'Unione europea.

1. Stato membro di riferimento

Gli importi massimi rimborsabili previsti dalle presenti DGE sono determinati in funzione dei prezzi generalmente rilevati in Belgio per le prestazioni in questione.

2. Periodo di osservazione

Solo gli ultimi due anni vengono presi in considerazione per determinare i differenziali di prezzo delle prestazioni sanitarie fra gli Stati membri dell'Unione europea.

3. Modalità di calcolo dei coefficienti di parità

- 3.1. Sulla base di dati statistici sufficientemente rappresentativi delle spese sostenute dagli affiliati dell'RCAM, nell'arco del periodo di osservazione e in un determinato Stato membro, il coefficiente di parità per quest'ultimo è fissato allo scopo di garantire che per ciascuna delle prestazioni il cui rimborso è soggetto a massimale, il tasso effettivo di rimborso sia identico a quello rilevato nello Stato membro di riferimento, in 8 casi su 10.
- 3.2. In assenza di dati statistici sufficientemente rappresentativi, il coefficiente di parità è determinato tramite il raffronto tra gli indici di prezzo delle prestazioni sanitarie nello Stato membro in questione e nello Stato membro di riferimento.

Gli indici di prezzo delle spese sanitarie sono quelli stabiliti da EUROSTAT.

- 3.3. Qualora i prezzi rilevati in uno Stato membro risultino inferiori a quelli osservati nello Stato membro di riferimento, non viene applicato alcun coefficiente di parità e le prestazioni in questione sono rimborsate conformemente agli importi massimi rimborsabili fissati per lo Stato membro di riferimento.
- 3.4. In caso di variazione dei prezzi nelle spese sanitarie in uno Stato membro tale da non permettere più di garantire un tasso di rimborso identico a quello rilevato nello Stato membro di riferimento, in 8 casi su 10, il coefficiente di parità deve essere oggetto di revisione prima della scadenza biennale di cui all'articolo 20, paragrafo 5, della regolamentazione comune.

Capitolo 8 – Determinazione dei coefficienti per definire i livelli di rimborso – Articolo 21, paragrafo 1

Quando le spese mediche sono sostenute in un paese al di fuori dell'Unione europea, nel quale il costo delle prestazioni è particolarmente elevato, queste spese formano oggetto di riduzione attraverso l'applicazione di un coefficiente per calcolare il livello rimborsabile, affinché i tassi di rimborso previsti dallo statuto vengano rapportati a un equivalente di spesa comparabile alla media dei costi negli Stati membri dell'Unione.

I coefficienti di livello rimborsabile sono applicati solo ai paesi terzi per i quali gli indici delle spese sanitarie risultano pari o superiori al 25% della media rilevata all'interno dell'Unione europea, ed esclusivamente per prestazioni il cui prezzo sia pari o superiore del 25% a quello della media nell'Unione. Se il prezzo di una prestazione è comparabile a quello della media nell'Unione, il coefficiente di livello rimborsabile non viene applicato.

I coefficienti non si applicano, previo parere del medico di fiducia, in caso di malattia grave, sempre che all'interno dell'Unione europea non esista un trattamento equivalente per curare tale malattia.

Il coefficiente di livello rimborsabile viene determinato sulla base del raffronto tra gli indici delle spese sanitarie nel paese terzo in questione e la spesa media rilevata all'interno dell'Unione europea.

Gli indici delle spese sanitarie sono quelli fissati dall'OCSE e da EUROSTAT.

I coefficienti vengono regolarmente aggiornati in funzione dei nuovi indici attualizzati disponibili e portati a conoscenza degli affiliati.

Capitolo 9 – Certificazione dei rendiconti finanziari dell'RCAM

Articolo 45, paragrafo 5

1. In applicazione dell'articolo 45, paragrafo 5, della regolamentazione, il contabile della Commissione designa un revisore abilitato al controllo legale dei documenti contabili delle società, a norma della direttiva 2006/43/CE del Parlamento europeo e del Consiglio.
2. A tal fine, previo parere del comitato di gestione, il contabile stabilisce i criteri di riferimento per la missione di audit da affidare al revisore designato.
3. Il revisore designato deve essere totalmente indipendente dal contabile e dai suoi servizi, e in nessun caso può esercitare, contemporaneamente alla sua missione di verifica legale dei conti dell'RCAM, funzioni di consulente nell'ambito di un mandato commerciale.
4. Il revisore designato, nel quadro della propria missione, deve assumere un impegno preciso sui conti del regime che ha provveduto a verificare, attraverso la certificazione.
5. La certificazione può avere tre forme.
 - *Certificazione senza riserva* – Il revisore certifica che i conti annuali dell'RCAM sono regolari e sinceri, e offrono un'immagine fedele del risultato delle operazioni per l'esercizio trascorso, nonché della situazione finanziaria e patrimoniale al termine di detto esercizio.
 - *Certificazione con riserva* – In tal caso il revisore
 - a) ha rilevato errori, anomalie o irregolarità nell'applicazione dei principi contabili la cui incidenza, seppure significativa, non è però sufficiente per respingere nel loro complesso i conti annuali;
 - b) oppure non ha potuto applicare la diligenza che riteneva necessaria, sebbene i limiti che gli sono stati imposti non sembrano sufficientemente gravi per rifiutare la certificazione.

Quale che sia la situazione, il revisore deve precisare chiaramente nel suo rapporto la natura degli errori o delle limitazioni che l'hanno indotto a formulare riserve. Inoltre, ciascuna riserva derivante dal primo caso di specie, nei limiti del possibile, deve essere quantificata. Le indicazioni quantitative devono precisare l'incidenza sulla voce in causa dei conti annuali, sul risultato dell'esercizio e, se del caso, sul bilancio di apertura.

Nel secondo caso, è necessario precisare gli importi figuranti nei conti annuali sui quali la limitazione dei controlli potrebbe avere ripercussioni.

- *Rifiuto di certificazione* – Possono presentarsi due casi di specie: a) il revisore ha constatato errori, anomalie o irregolarità sufficientemente rilevanti per mettere in dubbio la sincerità e regolarità dei conti annuali nel loro complesso;

- a) le limitazioni impostegli o le circostanze sono tali da non permettere al revisore di esprimere un giudizio fondato sui conti annuali nel loro complesso.

In entrambi i casi il revisore deve fornire lo stesso tipo di informazioni sulla natura delle anomalie e quantificare la loro incidenza, come nel caso della certificazione con riserva.