



Regime Comune di Assicurazione Malattia

Indirizzo dell'Uff. Liquidatore:  Bruxelles - SC27 00/05  
 Ispra - TP 740  
 Luxembourg - DRB B1/061

N° PERSONALE DELL'AFFILIATO: .....	Indirizzo amministrativo (o di residenza per i pensionati): .....
COGNOME E NOME DELL'AFFILIATO: .....	.....
.....	.....
Telefono: .....	.....
e-mail: .....	.....

## DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE

**da presentare regolarmente ed entro 18 mesi dalla data della prestazione**

Se avete già introdotto on-line la vostra domanda di rimborso, evitate di introdurre le stesse spese utilizzando questo formulario.  
 Si prega di non introdurre spese effettuate con valute diverse sul medesimo formulario.

### Tipo di domanda:

- RIMBORSO NORMALE
- RIMBORSO per funzionari/agenti che prestano servizio fuori dell'Unione Europea
- RIMBORSO per MALATTIA GRAVE riconosciuta par le RCAM      rif. decisione: .....
- MALATTIA PROFESSIONALE      data della malattia professionale: .....
- INFORTUNIO       dell'affiliato       di un assicurato RCAM tramite l'affiliato (unicamente se vi è la responsabilità di terzi)  
 data dell'infortunio: .....

Data della prestazione	Cognome e nome del beneficiario	Data di nascita del beneficiario	Natura della spesa: visita medica, farmaco, esame, etc.	Importo delle spese(2)		Rimborso ricevuto da un altro sistema sanitario	Importo ricevuto da assicurazione privata
				Paese(1)	Importo		

Importo totale:

**Si prega di non effettuare un riporto del totale su di un secondo formulario, dato che ogni domanda viene trattata separatamente.**

**Allegate i documenti giustificativi originali e conservatene una copia.**

**Non utilizzate punti metallici per raggruppare i documenti giustificativi.**

**Compilate una riga di formulario per ciascuna fattura.**

**Per verificare lo stato delle vostre domande di rimborso o di autorizzazione, potete usare: <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>**

(1) Indicate il codice del Paese dove é avvenuta la spesa (AT, BE, BG, CY, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GR, HR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, MT, NL, PL, PT, RO, SE, SI, SK, UK). (Indicate il Paese, qualora esso non sia ripreso in questa lista)

(2) Indicate l'importo nella valuta utilizzata per il pagamento. Sarà l'Ufficio Liquidatore ad applicare il tasso di cambio (EUR, BGN, CHF, CZK, DKK, GBP, HRK, HUT, JPY, LTL, LVL, PLN, SEK, RON, USD). (Indicate la valuta, qualora essa non sia ripresa in questa lista)

Il (La) sottoscritto(a) dichiara che la presente domanda, corredata dai documenti giustificativi in allegato, è conforme al vero e che i pagamenti sono stati effettuati.

.....  
 (Firma dell'affiliato)

Fatto a .....

Data .....

**Siete affiliati in pensione e volete utilizzare RCAM-enligne? Potete contattare il numero: 00 32 2 2976 888/9**