



## DOMANDA D'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA O RINNOVO D'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

Da trasmettere al vostro Ufficio Liquidazione del Regime Comune di Assicurazione Malattia (RCAM) :  
(vedi ultima pagina)

Cognome e nome dell'affiliato : .....  
N° pers. / pensione:.....  
Istituzione e Sede di servizio : ..... Indirizzo dell'ufficio:.....  
Tel : .....  
Indirizzo privato per i pensionati / e-mail: .....  
.....  
.....  
Data di cessazione delle funzioni/ data di fine contratto:..... (Per agenti temporanei/agenti contrattuali)

Domanda d'**autorizzazione preventiva**<sup>1</sup> :  
 Affiliato principale  coniuge o partner riconosciuto  figlio  persona assimilata ad un figlio a carico.  
Cognome, Nome : ..... Data di nascita:.....

Domanda di **rinnovo** dell' autorizzazione preventiva per<sup>1</sup> :  
 Affiliato principale  coniuge o partner riconosciuto  figlio  persona assimilata ad un figlio a carico.  
Cognome, Nome : ..... Data di nascita:.....  
Riferimento decisione AP precedente: ..... Data di fine validità:.....

Per i trattamenti che **superino** il numero massimo annuo previsto senza autorizzazione preventiva  
(specificare il tipo di trattamento)<sup>(4)</sup>  
.....

**Su prescrizione / rapporto medico dettagliato (da allegare in busta chiusa, indirizzato al Medico di Fiducia)**<sup>2</sup>  
del Dr ..... in data .....

Si tratta di una domanda correlata a :

- MALATTIA GRAVE: riferimento decisione** ..... **Data di fine validità** .....
- INFORTUNIO:**  Affiliato principale: **data dell'infortunio** .....
- di un assicurato al RCAM tramite l'affiliato (unicamente se vi è la responsabilità di terzi)
- MALATTIA PROFESSIONALE (ACC) : data** .....

**Prendo atto delle condizioni e regolamentazioni in vigore e m'impegno a rispettarle:**

Data .....

Firma del richiedente

- Affiliato<sup>1</sup>  
 Persona che rappresenta il richiedente :  
Cognome, nome:.....

Trattamento conforme al Regolamento 45/2001 - [https://intracomm.ec.europa.eu/pers\\_admin/sick\\_insur/pdf/confidentialite\\_en\\_art72\\_73.pdf](https://intracomm.ec.europa.eu/pers_admin/sick_insur/pdf/confidentialite_en_art72_73.pdf)

<sup>1</sup> Barrare la casella corrispondente

<sup>2</sup> Alcuni trattamenti sono soggetti a condizioni particolari per la prescrizione medica (per es. psicoterapia prescritta da uno psichiatra /neuropsichiatra/neurologo): siete pregati di consultare le condizioni relative al tipo di trattamento al Titolo II delle DGE.

## AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA RICHIESTA PER <sup>3</sup>:

TRATTAMENTI DIVERSI		Osservazione	Codice RCAM
Numero di sedute prescritte: .....			
<input type="checkbox"/>	Linfodrenaggio	1	401
<input type="checkbox"/>	Ergoterapia	1	402
<input type="checkbox"/>	Riabilitazione funzionale pluridisciplinare in ambiente ospedaliero	1	403
<input type="checkbox"/>	Riabilitazione "back-school" (per prevenire e curare il mal di schiena) / MDX / DBC	1	404
<input type="checkbox"/>	Chiroprassi/osteopatia per bambini di età inferiore ai 12 anni	1 + 2	405
<input type="checkbox"/>	Mesoterapia	1	407
<input type="checkbox"/>	Raggi ultravioletti	1	408
<input type="checkbox"/>	Onde d'urto (reumatologia)	1	409
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia effettuata da psicologo/psicoterapeuta : seduta individuale	1	420
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia effettuata da psicologo/psicoterapeuta : seduta di terapia familiare	1	421
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia effettuata da psicologo/psicoterapeuta : seduta di gruppo	1	422
<input type="checkbox"/>	Bilancio neuro-psicologica pluridisciplinare	1	424
<input type="checkbox"/>	Logopedia/ortofonia per persone di età superiore ai 12 anni	1	426/427
<input type="checkbox"/>	Ortottica	1	429
<input type="checkbox"/>	Endermologie per fini non estetici	1 + 2	431
<input type="checkbox"/>	Depilazione per superfici poco estese	1 + 2	432
<input type="checkbox"/>	Depilazione per superfici estese	1 + 2	433
<input type="checkbox"/>	Laser, fototerapia (dermatologia)	1 + 2	434
<input type="checkbox"/>	Laserterapia effettuata da un medico generico	1 + 2	441
<input type="checkbox"/>	Camera Iperbarica	1	440
<input type="checkbox"/>	Trattamenti diversi: non ripresi nelle DGE – titolo II, capitolo 8, punto 2	1 + 2	441 / 950
<input type="checkbox"/>	Per i trattamenti che superino il numero massimo annuo previsto senza autorizzazione preventiva (specificare il tipo di trattamento) <sup>4</sup> .....	1 + 2	

AUSILIARI MEDICI		Osservazione	Codice RCAM
<input type="checkbox"/>	Prestazioni di assistenza malati effettuato da personale infermieristico	1	560

ASSISTENZA-MALATI		Osservazione	Codice RCAM
<input type="checkbox"/>	Assistenza malati a domicilio (massimo 60 giorni)	1 + 3	760
<input type="checkbox"/>	Assistenza malati di lunga durata a domicilio	1 + 3	761/762
<input type="checkbox"/>	Assistenza malati in ambiente ospedaliero	1	763

SOGGIORNI CONTINUATI PRESSO CENTRI PARAMEDICI		Osservazione	Codice RCAM
<input type="checkbox"/>	Soggiorni/cure in casa di riposo o di cura o centri autorizzati	1 + 3	701 a 704 / 720 / 721
<input type="checkbox"/>	Soggiorni/cure in centri diurni	1 + 3	711 a 714 / 720 / 722
<input type="checkbox"/>	Soggiorni/cure in centri di disintossicazione	1	730 a 732

### OSSERVAZIONI : informazioni complementarie da fornire:

Siete pregati di compilare la vostra domanda d'autorizzazione preventiva tenendo conto delle osservazioni sotto elencate relative al tipo di trattamento:

- Osservazione 1:**  
**Nome del prestatario / del centro medico:** .....  
**Qualifica del prestatario / tipo di centro medico:**.....  
**Indirizzo (+ n°. Tel. / Fax se possibile):** .....  
 .....
- Osservazione 2: precisare il tipo d'intervento / trattamento / apparecchio / prodotto / altro (vedi prescrizione medica)**  
 .....
- Osservazione 3: formulario di valutazione dello stato di dipendenza (scala di valutazione della dipendenza) da fare compilare al medico curante (vedi DGE, Titolo II, capitolo 3)**

<sup>3</sup> Barrare la casella corrispondente per favore

<sup>4</sup> **Numero annuo di sedute senza AP:** kinesiologia, fisioterapia et trattamenti assimilabili(60); chiroprassi/osteopatia per persone di età inferiore ai 12 anni o più (24); agopuntura (30); aerosolterapia (30); consulto dietetico (10); psicoterapia con psichiatra (30); logopedia/ortofonia fino ai 12 anni (180 su più anni); psicomotricità/grafomotricità (60); pedicure medica (12)

	<b>ANALISI E ESAMI</b>	<b>Osservazione</b>	<b>Codice RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Analisi/esami specifici soggetti ad autorizzazione preventiva	2	545

	<b>PRODOTTI FARMACEUTICI</b>	<b>Osservazione</b>	<b>Codice RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Prodotti farmaceutici specifici soggetti ad autorizzazione preventiva	2	521 / 523/ 525
<input type="checkbox"/>	Prodotti dietetici	2	522

	<b>RICOVERI OSPEDALIERI, INTERVENTI CHIRURGICI, TRATTAMENTI F.I.V.</b>	<b>Osservazione</b>	<b>Codice RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Soggiorno ospedaliero e cure specifiche soggetti ad autorizzazione preventiva	1 + 2	221
<input type="checkbox"/>	Interventi di chirurgia plastica modificativa o ricostruttiva	1 + 2	201 a 209
<input type="checkbox"/>	Trattamento di fecondazione in vitro (F.I.V.)	2	260/261

	<b>CURE</b>	<b>Osservazione</b>	<b>Codice RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Soggiorno / cure di convalescenza	1	490 / 491
<input type="checkbox"/>	Cure termali	1 + 2	492 a 498
<input type="checkbox"/>	Cure termali in caso di malattia grave	1 + 2	499

	<b>SPESE DI TRASPORTO</b>	<b>Osservazione</b>	<b>Codice RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Spese di trasporto non urgenti soggette a AP mezzo di trasporto : ..... <b>Frequenza (numero di viaggi A/R):</b> ..... <b>Km A/R:</b> .....		291
<input type="checkbox"/>	Spese di trasporto della persona accompagnante mezzo di trasporto: ..... <b>Frequenza (numero di viaggi A/R):</b> ..... <b>Km A/R:</b> ..... <b>Nome della persona accompagnante:</b> .....		291

	<b>SPESE DI ACCOMPAGNAMENTO</b>	<b>Osservazione</b>	<b>Codice RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Spese di accompagnamento giornaliero in ambiente ospedaliero <b>Numero di giorni:</b> ..... <b>Nome della persona accompagnante:</b> .....	1	222
<input type="checkbox"/>	Spese di accompagnamento (durante la cura di un bambino inferiore ai 14 anni di età) <b>Numero di giorni:</b> ..... <b>Nome della persona accompagnante:</b> .....	1	222

**OSSERVAZIONI: informazioni complementarie da fornire:**

Siete pregati di compilare la vostra domanda d'autorizzazione preventiva tenendo conto delle osservazioni sotto elencate relative al tipo di trattamento:

- Osservazione 1:**  
**Nome del prestatario / del centro medico:** .....  
**Qualifica del prestatario / tipo di centro medico:**.....  
**Indirizzo (+ n°. Tel. / Fax se possibile):** .....  
 .....
- Osservazione 2: precisare il tipo d'intervento / trattamento / apparecchio / prodotto / altro (vedi prescrizione medica)**  
 .....  
 .....

	<b>PROTESI, APPARECCHI ORTOPEDICI</b>	<b>Osservazione</b>	<b>Codice RCAM</b>
<b>Indicare il costo: .....</b>			
<input type="checkbox"/>	Apparecchio acustico: casi specifici- DGE - titolo II, capitolo 11, punto 2.4 (Bambini <<< 18 anni / malattia grave della sfera auditiva)	2	821
<input type="checkbox"/>	Ausili per controllo e cura del diabete insulino-dipendente	2	842
<input type="checkbox"/>	Materiale per controllo e cura del diabete di tipo 2 non insulino-dipendente	2	843
<input type="checkbox"/>	Glucometro/diabete		875
<input type="checkbox"/>	Materiale per incontinenza		844
<input type="checkbox"/>	Scarpe ortopediche correttive su misura	2	855 / 856
<input type="checkbox"/>	Protesi capillare - parrucca		861
<input type="checkbox"/>	Arti, segmenti di arti: acquisto /riparazione	2	862
<input type="checkbox"/>	Apparecchio per apnea del sonno (CPAP): acquisto		865
<input type="checkbox"/>	Apparecchio per apnea del sonno (CPAP): affitto > 3 mesi		866
<input type="checkbox"/>	Apparecchio per apnea del sonno (CPAP):: accessori/manutenzione (che non rientra nell'anno dell'acquisto del CPAP)		867
<input type="checkbox"/>	Tensiometro		870
<input type="checkbox"/>	Aerosol : acquisto		871
<input type="checkbox"/>	Aerosol : affitto > 3 mesi		872
<input type="checkbox"/>	Pompe a vuoto per il trattamento della disfunzione erettile		876
<input type="checkbox"/>	Apparecchi per misurare il tempo di coagulazione (in caso di anti-coagulazione a vita)		877
<input type="checkbox"/>	Deambulatore: acquisto		881
<input type="checkbox"/>	Deambulatore: affitto > 3 mesi		882
<input type="checkbox"/>	Sedia da comodo, sedia per doccia : acquisto		883
<input type="checkbox"/>	Sedia da comodo, sedia per doccia: affitto > 3 mesi		884
<input type="checkbox"/>	Letto di tipo ospedaliero (a domicilio) : acquisto		885
<input type="checkbox"/>	Letto di tipo ospedaliero (a domicilio): affitto > 3 mesi		886
<input type="checkbox"/>	Materasso antidecubito: acquisto		887
<input type="checkbox"/>	Materasso antidecubito: affitto > 3 mesi		888
<input type="checkbox"/>	Sedia a rotelle: acquisto	2	890
<input type="checkbox"/>	Sedia a rotelle: affitto	2	891
<input type="checkbox"/>	Sedia a rotelle: riparazione	2	892
<input type="checkbox"/>	Altri apparecchi + materiale il cui costo è stimato a più di 2000 euro <b>(obbligatorio fornire 2 preventivi comparativi dettagliati)</b>	2	895
<input type="checkbox"/>	Altro materiale: affitto	2	896

**OSSERVAZIONI: informazioni complementarie da fornire:**

Siete pregati di compilare la vostra domanda d'autorizzazione preventiva tenendo conto delle osservazioni sotto elencate relative al tipo di trattamento:

- Osservazione 2: precisare il tipo d'intervento / trattamento / apparecchio / prodotto / altro (vedi prescrizione medica)**

.....  
 .....

**Indirizzi degli Uffici Liquidatori del Regime Comune di Assicurazione Malattia (RCAM)**

<b>Ufficio Liquidatore di Bruxelles</b> <b>Commissione Europea</b> SC27 00/05 B-1049 Bruxelles PMO-RCAM-BRU-MEDEICINS- <a href="mailto:CONSEILS@ec.europa.eu">CONSEILS@ec.europa.eu</a>	<b>Ufficio Liquidatore di Ispra</b> <b>Commissione Europea</b> PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra (Va) <a href="mailto:PMO-ISPRARCAM@ec.europa.eu">PMO-ISPRARCAM@ec.europa.eu</a>	<b>Ufficio Liquidatore del Lussemburgo</b> <b>Commissione Europea</b> DRB - B1/061 L-2920 Luxembourg
<b>PMO-CONTACT@ec.europa.eu</b> <b>+ 32 (0)2 29 97777</b>		