



## DOMANDA DI IMPEGNATIVA PER SPESE MEDICHE ELEVATE

Riservata ai beneficiari della copertura in via primaria dell'RCAM (\* cf. a tergo)  
Conformemente al titolo III, capitolo 4 delle disposizioni generali di esecuzione

Domanda da inviare all'ufficio di liquidazione del Regime comune di assicurazione malattia – **Maggiori informazioni a tergo U**

Cognome e nome dell'affiliato/a:..... Numero personale/di pensione:.....  
Istituzione e sede di servizio:..... Indirizzo amministrativo:..... Tel.:.....  
Per i pensionati, indirizzo privato:.....  
Indirizzo e-mail: .....

Data di cessazione dal servizio/data di scadenza del contratto:.....(per gli agenti temporanei o contrattuali)

### Domanda di impegnativa per spese mediche elevate del seguente assicurato<sup>1</sup>:

affiliato/a  coniuge o partner riconosciuto/a  figlio/a  persona assimilata a figlio a carico

Cognome e nome:..... Data di nascita:.....

### RICOVERO OSPEDALIERO<sup>1</sup>

**Data prevista del ricovero:** .....

#### Tipo di soggiorno ospedaliero:

- Ricovero per trattamento/ operazione  
 Riabilitazione o rieducazione successiva a una patologia o a un'operazione invalidante  
 Trattamento per disturbi psichiatrici  
 Cure palliative (comprese quelle a domicilio)

#### Connesso a:

- Infortunio Data dell'infortunio<sup>2</sup>: .....
- Parto Eccessività e parto (vedere a tergo)  
 Malattia grave riconosciuta Numero di riferimento della decisione<sup>2</sup>: .....
- Chirurgia plastica Numero di riferimento dell'autorizzazione preventiva<sup>2</sup>: .....
- Implantologia Numero di riferimento del preventivo<sup>2</sup>: .....

Breve descrizione dell'intervento: .....<sup>2</sup>

#### Costo del ricovero:

**Prezzo giornaliero della camera** <sup>2</sup>.....

Vi informiamo che il rimborso delle spese relative alla camera, si limita al prezzo della camera singola meno onerosa dell'ospedale. La parte di costi che superano tale tariffa sarà considerata eccessiva, non rimborsata e a carico dell'affiliato.

**Preventivo del costo globale** .....

N.B. Le fatture principali relative al ricovero emesse dall'ospedale sono tutte pagate dal competente ufficio di liquidazione; qualora tali fatture vengano inviate direttamente all'interessato/a, si prega di trasmetterle al competente ufficio di liquidazione.

**Prezzo non disponibile:** assumo l'intera responsabilità per ogni costo eccessivo o superamento del massimale rimborsabile.

### TRATTAMENTI AMBULATORIALI GRAVOSI<sup>1</sup>

**Malattia grave riconosciuta** Numero di riferimento della decisione<sup>2</sup>: .....

### SPESE MEDICHE ELEVATE O RIPETITIVE<sup>1</sup>

Solo se le spese mensili superano il 20% della pensione o dello stipendio di base dell'affiliato/a

**Acquisto ripetuto di medicinali costosi**<sup>3</sup>

**Ricorso iterativo a un'ambulanza o a un veicolo sanitario leggero (VSL)**

Solo se le spese mensili superano il 20% della pensione o dello stipendio di base dell'affiliato/a

Numero di riferimento dell'autorizzazione preventiva<sup>2</sup>: .....

**Esami costosi**<sup>3</sup>

Se del caso, numero di riferimento dell'autorizzazione preventiva<sup>2</sup>: .....

Validità dal ..... al ..... Spesa mensile: .....

#### NOME E INDIRIZZO DELL'OPERATORE (ospedale/clinica/farmacia ecc.):

Nome: .....

Indirizzo: ..... Città e paese:.....

N. di tel.:.....N. di fax: .....Indirizzo e-mail:.....

**Ho preso atto** che il beneficiario è tenuto a dichiarare i rimborsi spese riscossi o cui può pretendere in virtù di un'altra assicurazione contro le malattie, legale o regolamentare, per sé stesso o per una della persone assicurate il suo tramite (Articolo 72(4) del Statuto). <sup>1+2</sup>

**Il/La sottoscritto/a dichiara di conoscere le condizioni e norme in vigore (vedere inoltre a tergo) e si impegna a rispettarle.**

Data.....

Firma del/della richiedente

\_ Affiliato/a<sup>1</sup>

Rappresentante legale <sup>1</sup> :

Cognome e nome:.....

<sup>1</sup> Barrare la casella appropriata.

<sup>2</sup> Informazione obbligatoria per gli ospedali non convenzionati.

<sup>3</sup> Obbligo di allegare copia della prescrizione medica che riporta il tipo di prodotti farmaceutici/esami e la durata.

Trattamento in conformità del regolamento 45/2001 - [https://myintracomm.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/sources/Pages/index.aspx](https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx)

## Norme che disciplinano l'impegnativa (titolo III, capitolo 4 delle disposizioni generali di esecuzione)

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 complementarietà.

### 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.** La regolarizzazione dell'anticipo deve aver luogo, in linea di massima, al più tardi tre anni dopo la data di concessione dell'anticipo.

### Eccessività (REGOLAMENTAZIONE COMUNE, Articolo 20§2)

In caso di prestazioni prive di massimale di rimborso, la parte di spese considerata eccessiva rispetto ai costi normali del paese ove le spese sono state sostenute non dà luogo a rimborso. La parte di spese considerata eccessiva è stabilita caso per caso dall'ufficio di liquidazione, previo parere del medico di fiducia.

**Parto vedere sito internet:** [https://myintracomm.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/treatments-AZ/Pages/pregnancy.aspx](https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/treatments-AZ/Pages/pregnancy.aspx)

### (\*) Norme specifiche relative alla complementarietà (titolo III, capitolo 3 delle disposizioni generali di esecuzione)

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 ai figli a carico coperti in via complementare.**

### Indirizzi degli uffici di liquidazione dell'RCAM

European Commission	European Commission	European Commission
RCAM/JSIS Brussels – Prior authorisation 1049 Brussels	RCAM/JSIS Ispra - Direct billing 21027 Ispra	RCAM/JSIS Luxembourg - Direct billing 2920 Luxembourg
Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)

**Il/La sottoscritto/a dichiara di conoscere le condizioni e norme in vigore e si impegna a rispettarle.**

Data.....

Affiliato/a<sup>1</sup>

Firma del/della richiedente

Rappresentante legale <sup>1</sup> :

Cognome e nome:.....