



## RICHIESTA DI TRATTAMENTO PRIORITARIO DI UNA DOMANDA DI RIMBORSO DI SPESE MEDICHE

Possono introdurre questa richiesta gli affiliati in via principale all'RCAM che nei 15 giorni precedenti l'invio della domanda di rimborso abbiano dovuto far fronte a spese mediche superiori a 600 euro.

### **Modulo che deve figurare davanti alla domanda di rimborso in questione** **affinché sia trattata in via prioritaria dall'ufficio di liquidazione competente**

Da trasmettere all'ufficio di liquidazione del Regime comune di assicurazione malattia (RCAM) – **Vedere gli indirizzi in calce**

Cognome e nome dell'affiliato(a): ..... N. personale/di pensione: .....  
Istituzione e sede di servizio: ..... Indirizzo ufficio: ..... Telefono: .....  
Indirizzo privato per i(le) pensionati(e): .....  
Data di cessazione dal servizio: ..... Data di fine del contratto: (per agenti temporanei/contrattuali) .....

#### **Richiesta relativa a:**

Affiliato(a) principale  coniuge o partner riconosciuto  figlio  persona assimilata a figlio a carico

Cognome, nome : ..... Data di nascita: .....

Per favore spuntare la casella corrispondente

#### **Data alla quale le spese sono state sostenute:**

**Data d'invio della domanda di rimborso al PMO (termine massimo 15 giorni dopo il pagamento delle spese):**

**Spesa sostenuta (+ di 600 €):**

**Ho preso nota delle condizioni e norme vigenti affinché si applichi il trattamento prioritario della domanda di rimborso e mi impegno a rispettarle**

Data .....

Firma .....

#### **Spedire a**

**Ufficio di liquidazione di Bruxelles**  
**Commissione europea**  
SC27 0/05  
B-1049 Bruxelles

**Ufficio di liquidazione di Ispra**  
**Commissione europea**  
PMO/06 - TP 740  
Via E. Fermi, 2749  
I-21027 Ispra (Va)

**Ufficio di liquidazione di Lussemburgo**  
**Commissione europea**  
DRB - B1/061  
L-2920 Luxembourg

**PMO-CONTACT@ec.europa.eu**

**+ 32 (0)2 29 97777**



**UNIONE EUROPEA**  
Regime comune di assicurazione malattia

Istituzione :

Indirizzo uffici liquidatori

Indirizzo amministrativo (o di residenza per i pensionati) :

N° PERSONALE DELL'AFFILIATO :

COGNOME E NOME DELL'AFFILIATO :

Tel :

## DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE

à da presentare regolarmente ed entro i termini previsti (articolo 32 della regolamentazione)

↓ (Sbarrare un'unica casella (NOR, 100, ACC, CHC) per ogni domanda di rimborso)

RIMBORSO NORMALE (NOR) (1)

RIMBORSO al 100% per MALATTIA GRAVE (100) (1) : rif. decisione :  fine validità :

INFORTUNIO (ACC) (1)  dell'affiliato data dell'infortunio :

con o  senza la responsabilità di terzi

di un assicurato al RCAM tramite l'affiliato (unicamente se vi è la responsabilità di terzi)

MALATTIA PROFESSIONALE (ACC) (1) data :

RIMBORSO (CHC) (1) per il "personale in servizio al di fuori dell'Unione europea"

Natura delle spese : Consultazioni, visite, medicinali, ecc.	Data delle prestazioni	Cognome e nome dell'ammalato	Importo delle spese (2)			Rimborso ricevuto da un altro sistema di assicurazione	Riservato al RCAM
			Paese (3)	Valuta (4)	Importo		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Importo totale delle spese, senza distinzione di valuta :					0,00		

**Si prega di non effettuare un riporto su un altro formulario, dato che ogni domanda viene trattata separatamente. Nei documenti allegati, si prega di non lasciare le graffe.**

- (1) Sbarrare la casella corrispondente.  
 (2) Indicare l'importo nella valuta utilizzata, la conversione sarà effettuata dall'ufficio liquidatore.  
 (3) **Si prega di indicare il codice del paese nel quale è stato eseguito il trattamento (AT, BE, BG, CY, CZ, DE, DK, EE, EL, ES, FI, FR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, MT, NL, PL, PT, RO, SE, SI, SK, UK).**  
 (4) EUR = Euro; CHF = Franc Suisse; JPY = Yen; NOK = Norsk Krone; USD = US Dollar.

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

Parte riservata all'amministrazione

Fatto a :  data :