

## 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

	Data di fine dei contratto: (p	er agenti temporanei/contrattuali)							
chiesta relativa a:									
( ) 1	tner riconosciuto □ figlio □ persona assim	<b>5</b>							
gnome, nome :									
Per favore spuntare la casella corrispondente									
<u>ata</u> alla quale le <u>spese</u> sono	state sostenute:								
<u>ata d'invio</u> della domanda d agamento delle spese):	li rimborso al PMO (termine m	assimo 15 giorni dopo il							
pesa sostenuta (+ di 600 €)	):								
He was well delle soudinion		ahi II kuakkamanka mujavikania							
Ho preso nota delle condizion della domanda di rimborso e r	i e norme vigenti affinché si appli mi impegno a rispettarle	chi il trattamento prioritario							
-		·							
della domanda di rimborso e i	mi impegno a rispettarle	·							
della domanda di rimborso e r	mi impegno a rispettarle	·							
della domanda di rimborso e r  Data  Spedire a	mi impegno a rispettarle Firma	·							
Data	Firma  European Commission RCAM/JSIS Ispra - Direct billing	European Commission RCAM/JSIS Luxembourg - Direct billing							

 $Trattamento\ conforme\ al\ regolamento\ 45/2001\ -\ \underline{https://intracomm.ec.europa.eu/pers\_admin/sick\_insur/pdf/confidentialite\_fr\_art72\_73.pdf}$ 

***  * * *  * * *	UNIONE EURO Regime comune di a	assicurazione malattia	Istituzio Indirizzo	1	tivo (o di resi	denza per i	
à da presenta	ME DELL'AFFILIA  DOMANDA  are regolarmel		ni previsti	SPESE (articolo	32 della re	golamentazion	e)
RIMBORSO NO	RMALE (NOR) (1)	)					
RIMBORSO al	100%	per MALATTIA GRAVE (1	00) (1) : rif.	decisione :		fine validità :	
INFORTUNIO (	ACC) (1)	dell'affiliato d	ata dell'info	rtunio :			
	con o	senza la responsabi	ilità di terzi	,			
I	di un assicurat	to al RCAM tramite l'affilia	to (unicame	nte se vi è la	a responsabi	lità di terzi)	
MALATTIA PRO		cc) (1) data ersonale in servizio al di		ione europe	a"		
Natura delle spese Consultazioni, visite medicinali, ecc.		Cognome e nome dell'ammalato	Paese			Rimborso ricevuto da un altro sistema di	Riservato al RCAM
modicinan, coc.	Produzioni		(3)	(4) EUR		assicurazione	
	<del>-</del>   -			EUR -			
			-	EUR -			
				EUR -			
	7			EUR -			
	<b>V</b>		V	EUR 🔻			
	<b>-</b>		•	EUR -			
	<b>-</b>		4	EUR 🔻			
	<b>-</b>		4	EUR -			
	▼		_	EUR 🔽			
Importo totale de spese, ser distinzione di valu	nza				0,00		
		rto su un altro formulario i non lasciare le graffe.	o, dato che	ogni domar	nda viene tra	ttata separatament	e.
(1) Sbarrare la c (2) Indicare l'imp (3) Si prega di EL, ES, FI, F	casella corrisponde porto nella valuta u indicare il codice FR, HU, IE, IT, LT,		tato eseguit RO, SE, SI,	o il trattame SK, UK).	ento (AT, BE	, BG, CY, CZ, DE, D	K, EE,
Il (La) sottoscrito(a) dichiara che la presente domanda, corredata dai documenti giustificativi in allegato, è conformo al vero e i pagamenti sono stati effetuatti.  (Firma dell'affiliato(a))					all'amministrazione		

data :

Fatto a :