DOMANDA DI IMPEGNATIVA PER LE SPESE RELATIVE ALLE CURE IN CASA DI RIPOSO O DI CURA O CENTRO EQUIVALENTE

Riservata ai beneficiari della copertura in via primaria dell'RCAM (*)
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 ↺**

Cognome e nome dell'affiliato/a:..... Numero personale/di pensione:.....
Istituzione e sede di servizio:..... Indirizzo amministrativo:..... Tel.:.....
Per i pensionati, indirizzo privato:.....
Data di cessazione dal servizio/data di scadenza del contratto:..... (per gli agenti temporanei o contrattuali)

Domanda di impegnativa per le spese relative alle cure del seguente assicurato[1]:
☐ affilato/a ☐ coniuge o partner riconosciuto/a ☐ figlio/a ☐ persona assimilata a figlio a carico
Cognome e nome:..... Data di nascita:.....

☐ che soggiorna in una casa di riposo o di cura o in un centro equivalente[1]:

Totale delle spese mensili[2]: .....
di cui, spese mensili relative alle cure: .....
spese mensili relative al soggiorno: .....

Data d'inizio: .....
Numero di riferimento della decisione (autorizzazione)[3]: .....

NOME E INDIRIZZO DELLA CASA DI RIPOSO O DI CURA O DEL CENTRO EQUIVALENTE:

Nome: .....
Indirizzo: .....
Città e paese: .....
N. di tel.: ..... N. di fax: .....
Indirizzo e-mail: .....

N.B.:
In caso di cambiamento del centro o del tipo di centro occorre presentare una nuova domanda di impegnativa.

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

Data

Firma del/della richiedente

☐ Affiliato/a[1]

☐ Altra persona[1] che rappresenta il/la richiedente:
Cognome e nome:.....

1 Barrare la casella appropriata.
2 Obbligo di allegare copia della fattura.
3 Obbligo di riportare il numero di riferimento dell'autorizzazione preventiva.

Trattamento in conformità del regolamento 45/2001 -
https://intracomm.ec.europa.eu/pers_admin/sick_insur/pdf/confidentialite_en_art72_73.pdf

Rimborso - Case di riposo e di cura - (titolo II, capitolo 3 delle disposizioni generali di esecuzione)

La richiesta di autorizzazione preventiva è corredata di una relazione medica che motiva la necessità del soggiorno in un centro del genere precisando la natura delle cure di cui il paziente ha bisogno, nonché dei 2 moduli che figurano in allegato [al capitolo 3], debitamente compilati dal medico curante.
L'autorizzazione viene concessa per un periodo non superiore a 12 mesi ed è rinnovabile.
Tutte le spese relative alle cure e al soggiorno sono rimborsabili all'85% o al 100% in caso di malattia grave, con un massimale giornaliero di 36 euro per le spese di soggiorno.
In caso di fatturazione globale che non consenta di distinguere le spese relative alle cure da quelle relative al soggiorno, si procede a una ripartizione forfettaria in base alla tabella seguente, a seconda del grado di dipendenza:

Grado di dipendenza	Spese relative alle cure	Spese relative al soggiorno
4	30%	70%
3	50%	50%
2	60%	40%
1	70%	30%

In tal caso, le spese relative al soggiorno sono soggette al medesimo massimale giornaliero di 36 euro.

Impegnativa
Se le spese relative alle cure e quelle relative al soggiorno sono fatturate separatamente, l'impegnativa riguarda l'importo delle spese relative alle cure, mentre il centro invierà direttamente all'interessato la fattura per le spese relative al soggiorno.
In caso di fatturazione globale, l'impegnativa riguarda le spese relative alle cure secondo le percentuali indicate nella tabella; la fattura che il centro invia direttamente all'interessato deve riportare il prezzo pieno e l'importo oggetto dell'impegnativa; dalla differenza tra i due importi si ricava la percentuale corrispondente alle spese relative al soggiorno.
Il regime di impegnativa copre inoltre tutte le spese mediche non comprese nel conteggio forfettario delle spese relative alle cure, quali visite mediche, prodotti farmaceutici, analisi ed esami nonché spese di ambulanza (sulla scorta dei giustificativi allegati alla fattura).

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.

(*) Disposizioni specifiche applicabili ai beneficiari della complementarità - (titolo III, capitolo 3 delle disposizioni generali di esecuzione)
I beneficiari della complementarità 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 complementarità 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 all'affiliato né ai figli a carico coperti in via complementare.

Indirizzi degli uffici di liquidazione dell'RCAM

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