



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

Commission européenne RCAM/JSIS Bruxelles 1049 Brussels Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	Commission européenne RCAM/JSIS Ispra 21027 Ispra Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	Commission européenne RCAM/JSIS Luxembourg 2920 Luxembourg Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)
STAFF Contact - https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx		