



A.I.A.C.E.

Associazione Internazionale degli Anziani dell'Unione Europea

ABC DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA DELLE ISTITUZIONI EUROPEE

La presente guida è stata realizzata dall'AIACE Internazionale per le famiglie e i parenti dei pensionati delle Istituzioni europee, per comprendere meglio le disposizioni statutarie che regolano i loro diritti economici e per poterli aiutare in situazioni specifiche o complesse. Si tratta di una guida pratica che offre una panoramica generale di queste disposizioni, che non sostituisce in alcun modo i documenti ufficiali vigenti. Si rimanda principalmente alle informazioni pubblicate sul sito dell'AIACE Internazionale accessibile senza alcun login né password tramite link dove è possibile trovare tutti i moduli e documenti necessari.

L'ABC dell'assicurazione malattia riguarda regole comuni a tutti gli Stati membri. Tuttavia, le specificità nazionali saranno trattate separatamente in documenti dedicati sul sito web di ciascuna sezione.

Questo documento non impegna in alcun modo la responsabilità dei servizi della Commissione europea. È stato redatto sotto la responsabilità dell'AIACE Internazionale.

Versione: 9/02/2025

INDICE

1. INTRODUZIONE	5
ASSICURAZIONE MALATTIA	5
PENSIONE	5
INDENNITÀ FAMILIARI	5
2. COPERTURA DEL RCAM: CHI È COPERTO E IN CHE MODO?	6
3. RIMBORSO	7
3.1. GENERALITÀ	7
3.2. CONSULTAZIONE E VISITA MEDICA	8
3.3. TELECONSULTO MEDICO	8
3.4. PRODOTTI FARMACEUTICI	8
3.5. ACQUISTO DI PRODOTTI FARMACEUTICI ONLINE	9
3.6. CURE DENTARIE PREVENTIVE	9
3.7. OCCHIALI	9
3.8. APPARECCHI ACUSTICI	10
3.9. PEDICURE MEDICA	10
3.10. OSTEOPATIA-CHINESITERAPIA	10
3.11. PLANTARI E CALZATURE ORTOPEDICHE	10
3.12. DRENAGGIO LINFATICO	11
3.13. AGOPUNTURA	11
3.14. DISTURBI DELLA VISTA	11
4. RAPPORTI CON IL RCAM	12
4.1. UFFICI LIQUIDATORI	12
4.2. SPESE MEDICHE ECCESSIVE	12
4.2B COEFFICIENTE DI BASE RIMBORSABILE	12
4.3. RIMBORSO SPECIALE	12
4.4. ANTICIPO SULLE SPESE MEDICHE ELEVATE	12
4.5. RIMBORSO PRIORITARIO PER SPESE ELEVATE	13
5. AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA AL RIMBORSO	14
5.1. PRINCIPI DI BASE	14

5.2.	IN QUALI CASI È NECESSARIA L'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA:	14
5.3.	COME COMPILARE CORRETTAMENTE IL MODULO:	14
5.4.	L'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA E IL REGIME SANITARIO NAZIONALE	14
5.5.	L'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE DENTARIE	15
5.6.	L'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER IL RIMBORSO DEI PRODOTTI FARMACEUTICI	15
5.7.	L'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER IL RIMBORSO DELLE SPESE DI TRASPORTO	15
5.8.	L'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER IL RIMBORSO DI UNA CURA TERMALE	16
5.9.	LA RICHIESTA DI RIMBORSO	16
6.	<u>OSPEDALIZZAZIONE</u>	18
6.1.	LA PRESA IN CARICO	18
6.2.	QUALI SONO I CRITERI DI ELEGGIBILITÀ?	18
6.3.	COME COMPILARE CORRETTAMENTE IL MODULO	19
6.4.	QUANDO LA PRESA IN CARICO NON È POSSIBILE: L'ANTICIPO	19
6.5.	LA PRESA IN CARICO NEI PAESI DELL'UE A MEDICINA COSTOSA	19
6.6.	L'OSPEDALIZZAZIONE FUORI DALL'UE	19
7.	<u>ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI CIGNA</u>	20
7.1.	GENERALITÀ	20
7.2.	ASSICURAZIONE "INFORTUNI"	20
7.3.	ASSICURAZIONE "OSPEDALIZZAZIONE"	21
7.4.	CONTATTI CIGNA	21
7.5.	GRUPPO "ASSICURAZIONI"	21
8.	<u>SCREENING</u>	22
8.1.	GENERALITÀ	22
8.2.	A CHI SI RIVOLGONO I PROGRAMMI DI SCREENING?	22
8.3.	COME È ORGANIZZATO LO SCREENING?	22
8.4.	LE OPZIONI POSSIBILI	23
8.5.	LA PROCEDURA DA SEGUIRE	23
8.6.	LE FASI DEL PROGRAMMA	24
8.7.	LE REGOLE DI RIMBORSO	24
9.	<u>RICONOSCIMENTO DI MALATTIA GRAVE</u>	26
9.1.	CRITERI DI RICONOSCIMENTO	26
9.2.	DURATA DI VALIDITÀ DEL RICONOSCIMENTO	26
9.3.	MALATTIE CONSIDERATE GRAVI	27
9.4.	RIMBORSO	27

<u>10. DIPENDENZA</u>	28
10.1. RICONOSCIMENTO DELLA DIPENDENZA: I DOCUMENTI DA FORNIRE	28
10.2. CASE DI RIPOSO E DI CURA	28
10.3. ASSISTENZA DOMICILIARE	29
10.4. LETTO MEDICALIZZATO	31
10.5. SEDIA A ROTELLE A SEMPLICE PROPULSIONE PERSONALE	32
10.6. MATERIALE PER INCONTINENZA	33
10.7. SEDIA COMODA E SEDIA DA DOCCIA (A DOMICILIO)	33
10.8. GIRELLO A 2 RUOTE CON SEDILE	33
10.9. APPARECCHIO PER APNEE NOTTURNE	33
10.10. AIUTO DOMESTICO	34
<u>11. COSA FARE IN CASO DI DECESSO</u>	35
11.1. COSA FARE DELLE RICEVUTE DELLE SPESE MEDICHE DEL DEFUNTO O DEI SUOI AVENTI DIRITTO?	35
11.2. CONTO BANCARIO SU CUI SARÀ VERSATA LA PENSIONE DI SOPRAVVIVENZA	35
<u>12. A QUALE UFFICIO LIQUIDATORE INVIARE I DOCUMENTI?</u>	36
<u>13. DOVE TROVARE LE INFORMAZIONI? DOVE TROVARE AIUTO?</u>	37

1. Introduzione

I pensionati delle Istituzioni dell'UE, compresi i loro aventi diritto, sono soggetti allo Statuto dei funzionari e al regime applicabile agli altri agenti dell'UE. Lo Statuto regola i diritti economici relativi, in particolare, all'assicurazione malattia, alla pensione e alle indennità familiari.

Assicurazione malattia

I pensionati delle Istituzioni sono affiliati al Regime comune di Assicurazione Malattia delle Istituzioni, denominato RCAM, che è un regime di assicurazione malattia primaria. Il funzionamento del RCAM è regolato dalla Regolamentazione comune e dalle [Disposizioni Generali di Esecuzione \(DGE\)](#).

Pensione

Durante il servizio, i pensionati hanno contribuito mensilmente al Regime di pensione delle Istituzioni dell'UE. Questo contributo ha permesso loro di acquisire diritti e di ricevere una pensione calcolata in base a determinati criteri, tra cui il numero di anni di servizio. La pensione viene versata direttamente dall'Istituzione sul conto della persona. Diverse disposizioni statutarie si applicano a questa pensione.

Indennità familiari

Il pensionato delle Istituzioni può avere diritto, a seconda della sua situazione e di determinati criteri, a indennità versate dall'Istituzione, come un'indennità di famiglia, un'indennità per figli a carico o un'indennità scolastica.

In questo documento ci limiteremo all'assicurazione malattia.

2. Copertura del RCAM: chi è coperto e in che modo?

Gli ex funzionari e agenti sono coperti a titolo primario.

In linea di principio, i membri della famiglia possono essere coperti dal RCAM ma in modo diverso:

- **Coniuge o partner riconosciuto senza alcun reddito professionale** (o con reddito inferiore al 20% del [grado AST2/1](#)) e che non ha copertura nel sistema nazionale di assicurazione malattia beneficia di una copertura primaria. Lo stesso vale per l'ex coniuge o l'ex partner riconosciuto, quando quest'ultimo beneficia di una pensione di sopravvivenza.
- **Coniuge o partner riconosciuto con reddito professionale** e copertura nel sistema nazionale di assicurazione malattia beneficia di una copertura complementare a condizione che il suo reddito annuo imponibile non superi il tetto definito annualmente dal RCAM nel loro paese. I tetti per paese sono inviati ogni anno agli affiliati interessati. Il beneficio della copertura complementare è concesso sulla base della dichiarazione dei redditi del coniuge o del partner riconosciuto da inviare ogni anno entro il 30 giugno valida per un periodo di un anno rinnovabile (da luglio a luglio).
- **Figli** hanno diritto a una copertura primaria o complementare:
- Se sono coperti dal regime nazionale di assicurazione malattia del coniuge (genitore del bambino), beneficiano di una copertura complementare del RCAM purché vengano corrisposte indennità familiari per questi bambini (fino a un massimo di 26 anni);
- Quando le indennità familiari sono interrotte o cessano (fine degli studi e/o oltre 26 anni, lavoro studentesco retribuito), la copertura del RCAM cessa anch'essa;
- È possibile una richiesta di proroga della copertura per un massimo di 12 mesi per i figli senza lavoro retribuito o se sono soggetti a un periodo di prova per ottenere il regime nazionale di sicurezza sociale.

3. Rimborso

3.1. Generalità

I pensionati devono presentare una [richiesta di rimborso](#) al RCAM, tramite [MyPMO](#) o [RCAM online](#)¹, o su carta, mai entrambe contemporaneamente. Viene applicata una percentuale di rimborso del 80% o dell'85% a seconda delle prestazioni, salvo applicazione dell'eccessività (vedi punto 4.2). Una percentuale di rimborso del 100% può essere applicata per alcune spese in caso di malattia grave riconosciuta dal RCAM, sempre salvo applicazione dell'eccessività.

Sono applicati tetti di rimborso per salvaguardare l'equilibrio finanziario del regime, nonché coefficienti di parità stabiliti al più tardi ogni 2 anni per garantire un trattamento equo delle prestazioni liquidate negli Stati membri dell'UE.

Dal primo giorno di pensione, deve essere utilizzato solo il numero di pensione. Il pensionato mantiene la libertà di scelta del fornitore (medico, fisioterapista, infermiere/infermiera), come i membri della famiglia che beneficiano della copertura primaria. Al contrario, il coniuge in complementarietà non ha questa libertà di scelta del fornitore, deve prima rivolgersi al regime nazionale primario di sicurezza sociale e poi richiedere il rimborso al RCAM che interviene come regime complementare.

Attenzione: nel modulo specificare sempre il numero di pensione nella rubrica “numero di personale.”

Le richieste di rimborso “su carta” devono sempre essere accompagnate dai documenti giustificativi originali. Le copie devono essere conservate dall'affiliato per 18 mesi dalla data di ricezione del resoconto. Se le richieste sono fatte online, i documenti originali devono essere conservati per lo stesso periodo. In caso di rimborso in complementarietà, allegare la fattura originale quietanzata accompagnata dal dettaglio dei rimborsi percepiti dal regime nazionale.

Attenzione: Presentare la richiesta di rimborso al più tardi entro 18 mesi dalla data della prestazione.

¹ Entrambi sono accessibili solo tramite un accesso sicuro chiamato EU Login. I dati personali sono protetti da un'autenticazione a due fattori per una maggiore sicurezza

In Belgio, in teoria le prescrizioni per i trattamenti medici sono valide 2 anni, a condizione che il trattamento sia iniziato entro 6 mesi dalla data di emissione. Tuttavia, questa durata è diversa a seconda degli Stati membri e dipende dal luogo della prestazione medica.

In caso di incidente, i pensionati non beneficiano più della copertura di cui godevano durante la loro attività (possibilità di assicurazione “infortuni” privata, vedere punto 6).

3.2. Consultazione e visita medica

Le consultazioni e visite mediche presso un medico generico o uno specialista sono rimborsate all'85% (100% in caso di malattia grave) nel limite di un [tetto](#) (al quale si applica il coefficiente di parità). Le spese per visite d'urgenza notturne, nei fine settimana e nei giorni festivi sono anch'esse rimborsate all'85% e al 100% in caso di malattia grave. Allegare al modulo di richiesta di rimborso l'attestazione della consultazione presso lo studio medico o a domicilio, precisando sempre il nome completo del paziente, la data e l'importo degli onorari.

3.3. Teleconsulto medico

A seguito dell'epidemia di Covid e delle conseguenti misure sanitarie di confinamento, si è sviluppato il teleconsulto medico. Questa consultazione è rimborsata dal RCAM con lo stesso codice della prestazione.

3.4. Prodotti farmaceutici

I [prodotti farmaceutici](#) sono rimborsati all'85%.

Attenzione: alcuni prodotti farmaceutici sono soggetti ad autorizzazione preventiva (AP) e altri non sono rimborsabili, anche se prescritti da un medico (vedi punto 5).

Condizioni:

- Prescritti obbligatoriamente.
- Allegare la ricevuta ufficiale rilasciata dalla farmacia con:
- Nome del medico prescrittore;
- Nome completo del paziente;
- Descrizione del medicinale prescritto;
- Prezzo di ogni prodotto;
- Data di consegna dei farmaci;
- Timbro e firma del farmacista.

Per i paesi in cui non esiste tale ricevuta, è necessario allegare una copia della prescrizione medica alla fattura originale. Altrimenti, la prescrizione non è necessaria.

3.5. Acquisto di prodotti farmaceutici online

Il RCAM può rimborsare alcuni prodotti farmaceutici acquistati online se tutte le informazioni necessarie al rimborso sono riportate sulla fattura (vedi sopra “prodotti farmaceutici”). Possono essere rilasciati da un farmacista, un medico o qualsiasi altro ente o sistema autorizzato a dispensare medicinali nello Stato membro interessato. Per farmacista si intende una farmacia online riconosciuta ufficialmente nello Stato membro in questione.

3.6. Cure dentarie preventive

Sono rimborsate all’80% con un [tetto](#) stabilito per anno solare e per beneficiario. Le cure relative agli impianti e alle corone sono incluse nelle cure preventive. Se le cure non sono preventive, sono soggette ad AP (vedi punto 5).

Attenzione: Allegare al [modulo](#) una fattura ufficiale dettagliata rilasciata dal dentista.

3.7. Occhiali

Sono rimborsati all’85% fino al [tetto](#) applicabile. Massimo 2 paia ogni 2 anni, salvo cambiamento di diottria o di asse almeno pari a 0,50 attestato medicalmente rispetto all’ultimo rimborso. Le lenti a contatto e i prodotti di manutenzione sono rimborsati all’85% con un [tetto](#) applicabile su un periodo di 2 anni. Il [modulo](#) deve essere compilato dall’ottico e allegato alla fattura.

È disponibile un [documento](#) che spiega come ottenere un rapido rimborso degli occhiali.

Per avere diritto al rimborso, è richiesta una fattura corretta che specifichi:

- Il nome completo del cliente;
- Il tipo di visione e il dettaglio delle diottrie;
- Per gli occhiali: i prezzi della montatura e delle lenti devono essere distinti;
- La data di acquisto;
- Il nome completo del fornitore (timbro e firma).

3.8. Apparecchi acustici

Sono rimborsati all'85% con un [tetto](#) per apparecchio senza autorizzazione preventiva. Per avere diritto al rimborso è necessaria una prescrizione medica da un medico otorinolaringoiatra (ORL) o da un audioprotesista, accompagnata dai risultati audiometrici con e senza apparecchio.

Rinnovo possibile dopo 5 anni; la manutenzione e le batterie non sono rimborsabili.

3.9. Pedicure medica

È rimborsato all'80% con un [tetto](#) se:

- Prescrizione medica;
- La pedicure è effettuata da un fornitore legalmente riconosciuto dal ministero della salute pubblica del paese in cui la prestazione medica è effettuata;
- Ricevuta ufficiale conforme alla legislazione del paese in cui il trattamento è stato erogato.

3.10. Osteopatia-chinesiterapia

- **Osteopatia:** una prescrizione medica è sufficiente con un limite di 24 sedute all'anno rimborsate all'80% con un [tetto](#). Un numero superiore di sedute può essere concesso solo su AP (vedi punto 5).
- **Chinesiterapia:** una prescrizione medica è sufficiente con un limite di 60 sedute all'anno rimborsate all'80% con un [tetto](#). Se sono necessarie ulteriori sedute, richiedere un AP con il rapporto del medico che giustifica la prosecuzione delle cure (vedi punto 5).

3.11. Plantari e calzature ortopediche

- **Plantari:** nessuna AP (vedi punto 5), è sufficiente una prescrizione medica. Rimborso all'85% per un massimo di 4 plantari all'anno fino a un [tetto](#) per plantare.
- **Calzature ortopediche:** AP (vedi punto 5) oltre alla prescrizione medica (rivolgersi a negozi specializzati tipo bandagisti). Rimborso all'85% per massimo 2 paia all'anno fino a un [tetto](#) per paio.

3.12. Drenaggio linfatico

AP (vedi punto 5) oltre alla prescrizione medica. Il numero di sedute è limitato a 20 all'anno. Rimborso all'80% con un [tetto](#). Nessuna limitazione di sedute né di tetto in caso di malattia grave.

3.13. Agopuntura

Nessuna AP. Allegare una prescrizione medica dettagliata alla richiesta di rimborso, che specifichi:

- Nome e referenze ufficiali del medico prescrittore;
- Nome completo del paziente;
- Data di emissione;
- Tipo di trattamento;
- Motivazione medica (ragione del trattamento, contesto patologico);
- Numero di sedute prescritte.

Il numero di sedute rimborsabili è limitato a 30 all'anno. Rimborso all'80% con un [tetto](#). Il trattamento deve essere effettuato da un fornitore legalmente autorizzato a fornire questo tipo di servizio nel paese interessato.

3.14. Disturbi della vista

Le [regole di rimborso](#) variano a seconda del tipo di trattamento oftalmologico. In alcuni casi è necessaria un'autorizzazione preventiva o una documentazione di supporto.

Nota bene: per l'intervento di cataratta è necessaria un'autorizzazione preventiva se si hanno meno di 55 anni.

4. Rapporti con il RCAM

4.1. Uffici liquidatori

Gli Uffici liquidatori che trattano le richieste di rimborso e le autorizzazioni preventive dipendono dal luogo di residenza dell'affiliato e sono distribuiti su 3 sedi: Bruxelles, Ispra, Lussemburgo. Gli indirizzi sono riportati al punto 12.

4.2. Spese mediche eccessive

Quando non è fissato alcun tetto di rimborso e anche in caso di rimborso al 100%, la parte delle spese che supera sensibilmente i prezzi medi praticati nel paese in cui le prestazioni sono state effettuate può essere esclusa dal rimborso. Questa parte è determinata caso per caso da un team specializzato dopo il parere del medico consulente.

4.2b Coefficiente di base rimborsabile

Per le spese mediche sostenute in paesi considerati "a medicina costosa" al di fuori dell'UE (in particolare USA, Norvegia, Svizzera), l'importo a carico dell'affiliato può talvolta essere molto elevato nonostante l'applicazione del coefficiente di base rimborsabile (vedi punto 6.5).

4.3. Rimborso speciale

L'affiliato può avere diritto a un [rimborso speciale](#) (ex articolo 72.3 dello Statuto) se le spese a suo carico - che non sono escluse dal campo di applicazione di detto articolo (ad esempio a causa dell'applicazione dell'eccessività) e che non sono state rimborsate da un'altra assicurazione - superano, nel corso di un periodo di 12 mesi, la metà della sua pensione annuale di base.

4.4. Anticipo sulle spese mediche elevate

L'anticipo è possibile solo per gli affiliati a titolo primario. È concesso a titolo eccezionale e in linea di principio è legato all'importo della pensione dell'affiliato. Il tipo di spese mediche potenzialmente coperte dall'anticipo è riportato nel [modulo](#) ad hoc.

È richiesta una stima dei costi delle cure e della loro data prevista. L'affiliato deve pagare le fatture e richiedere il rimborso; il RCAM dedurrà quindi l'importo dell'anticipo dovuto dai rimborsi successivi. Per l'anticipo in caso di ospedalizzazione, vedi punto 6.4.

4.5. Rimborso prioritario per spese elevate

Per motivi di sollecitudine, può essere concesso un rimborso prioritario quando l'affiliato ha pagato personalmente le proprie spese sanitarie. È concesso agli affiliati a titolo primario del RCAM che hanno sostenuto spese mediche superiori a 600 euro. Termine massimo di 15 giorni dopo il pagamento delle spese per inviare la richiesta di rimborso. Compilare il [modulo](#) e allegarlo alla richiesta di rimborso.

5. Autorizzazione preventiva al rimborso

5.1. Principi di base

Per essere rimborsate, alcune prestazioni mediche sono soggette ad autorizzazione preventiva (AP). Per consentire il rimborso (AP medica o dentaria) o per adattarne la percentuale in caso di malattia grave (vedi punto 7), la richiesta di autorizzazione preventiva (o il suo rinnovo) deve essere presentata prima dell'inizio di un trattamento o di un intervento. In caso di urgenza, le cure necessarie possono essere iniziate prima dell'accordo sul rimborso.

Il modulo di AP deve essere accompagnato da una prescrizione dettagliata del medico e da un rapporto medico completo che giustifichi le cure. È il medico consulente o il dentista consulente dell'Ufficio liquidatore (Bruxelles, Lussemburgo, Ispra) che analizza il fascicolo e fornisce il suo parere sul carattere funzionale delle cure previste.

5.2. In quali casi è necessaria l'autorizzazione preventiva:

Questo [modulo](#) dettaglia le prestazioni soggette a un'AP.

5.3. Come compilare correttamente il modulo:

- È importante indicare per chi è richiesta l'AP: affiliato principale, coniuge o partner riconosciuto, figlio, persona assimilata a un figlio a carico;
- Verificare che la prescrizione e il rapporto medico siano completi e leggibili (ad es. problema medico da trattare, numero di sedute, tipo di trattamento, durata, data). Se il rapporto medico è redatto in una lingua diversa dal francese o dall'inglese, si consiglia di allegare una traduzione libera per accelerare la gestione del fascicolo;
- Una volta completati tutti i documenti, inviarli all'Ufficio liquidatore competente;
- Trasmissione dei documenti: in formato cartaceo o online, non entrambi.

5.4. L'autorizzazione preventiva e il regime sanitario nazionale

- Per il beneficiario della complementarità, è necessario dimostrare che il sistema pubblico nazionale a cui è affiliato presenta delle carenze (tempi di attesa, mancanza di attrezzature per effettuare la diagnosi, ecc.). In questo caso, l'AP deve essere presentata prima dell'inizio delle cure;

- Per un beneficiario a titolo primario o un figlio in complementarietà, questa obbligazione non esiste.

5.5. L'autorizzazione preventiva per il rimborso delle spese dentarie

È richiesta un'AP dentaria se l'atto non è un trattamento preventivo (vedi punto 3.6). I casi sono i seguenti:

- Protesi dentarie (corona, ponte, inlay, protesi completa...). Il rimborso delle corone è soggetto a un [tetto](#);
- Impianti: il rimborso è limitato a 4 impianti per arcata, ovvero un massimo di 8 impianti per beneficiario per tutta la vita;
- Parodontologia (trattamento della gengiva nell'adulto);
- Occlusodonzia (bite occlusale);
- Ortodonzia (apparecchio dentale per bambini).

Per le richieste in versione cartacea, i seguenti documenti devono essere allegati al modulo di AP: la parte "preventivo" del modulo, le radiografie e il piano dettagliato del trattamento. Questi documenti devono essere inviati in busta chiusa con la dicitura "segreto medico" all'Ufficio liquidatore competente.

Attenzione: Per il rimborso, deve essere allegata una fattura ufficiale dettagliata rilasciata dal dentista alla parte "onorari" del [modulo](#) ad hoc.

5.6. L'autorizzazione preventiva per il rimborso dei prodotti farmaceutici

Il rimborso di [alcuni farmaci](#) richiede anche un'AP su presentazione di un rapporto medico:

- Se si accede a RCAM online, nella schermata principale cliccare sulla scheda "ricerca" quindi "lista dei prodotti farmaceutici" per verificare se il medicinale è rimborsabile e se è soggetto a un'AP o meno.

5.7. L'autorizzazione preventiva per il rimborso delle spese di trasporto

Dipende se il trasporto è urgente o meno.

- **Trasporto urgente:** l'AP non è richiesta, basterà motivare l'urgenza. Il ritorno richiede un'AP.
- **Trasporto non urgente:** alla richiesta di AP deve essere allegato un certificato medico che indichi il motivo medico, il numero di viaggi, il percorso effettuato, la modalità di trasporto necessaria. È possibile richiedere un'AP per una serie di viaggi.

In tal caso, dovrà essere allegata alla prescrizione del medico la distanza e il numero di viaggi (ad es. sedute di fisioterapia, chemioterapia).

Il rimborso è previsto solo in casi specifici:

- Dal centro ospedaliero più vicino al domicilio;
- Andata e ritorno per sedute di radioterapia o chemioterapia;
- Trasferimento da un centro ospedaliero che non dispone dell'attrezzatura necessaria al centro più vicino che ne dispone.

Non sono rimborsati:

- Le spese di rimpatrio in caso di malattia o incidente;
- Le spese di trasporto per una cura termale o di convalescenza;
- Le spese di trasporto per la consultazione di un medico generico;
- Le spese di trasporto in veicolo privato all'interno dell'area urbana, salvo trattamenti ripetitivi gravosi.

5.8. L'autorizzazione preventiva per il rimborso di una cura termale

Il soggiorno in un centro termale è di 10-21 giorni.

- Una cura deve prevedere almeno due trattamenti appropriati al giorno e non può essere interrotta.
- L'autorizzazione per la cura è limitata a una all'anno, con un massimo di 8 nel corso della vita del beneficiario per ciascuna delle patologie dettagliate nelle DGE. Tuttavia, una cura all'anno è possibile a condizione che sia effettuata nel contesto del trattamento di una malattia grave riconosciuta o nel caso di una psoriasi grave che non risponde ai trattamenti classici.
- Almeno 6 settimane prima della cura, inviare il modulo di AP accompagnato dalla prescrizione medica del medico curante indipendente dal centro termale e da un rapporto medico dettagliato redatto da meno di 3 mesi. Questo rapporto deve indicare gli antecedenti del paziente, la durata della cura, la natura dei trattamenti da seguire e il tipo di centro termale accreditato in relazione alla patologia interessata.
- Il rapporto medico deve anche specificare il dettaglio dei trattamenti seguiti durante l'anno per la patologia che richiede la cura.

5.9. La richiesta di rimborso

La [richiesta di rimborso](#) deve essere presentata solo dopo la notifica all'affiliato dell'autorizzazione al rimborso del trattamento richiesto. Questa notifica includerà:

- Il riferimento dell'autorizzazione;
- Il numero di prestazioni rimborsabili eventualmente accordate;

- Un eventuale commento del medico consulente;
- Il periodo di validità dell'autorizzazione.

Attenzione: il periodo di validità è importante poiché le cure devono essere effettuate entro questo periodo e determina un'eventuale richiesta di rinnovo.

6. Ospedalizzazione

Le spese di ospedalizzazione sono rimborsate dal RCAM in genere al tasso dell'80-85%. Le prestazioni ospedaliere sono soggette a tetti. Sono stati stipulati [accordi](#) con cliniche e ospedali in Belgio, Germania e Lussemburgo per fissare gli onorari massimi dei praticanti, nonché le spese di soggiorno in questi stabilimenti.

Attenzione: è importante essere consapevoli che l'importo che resta a carico degli affiliati può essere elevato (oltre il 15% abituale). Pertanto, è vivamente consigliato informarsi in anticipo sulle tariffe che verranno applicate prima dell'intervento o delle cure previste. Si raccomanda di richiedere una stima dei costi presso i fornitori o l'ospedale (vedi punto 6.3).

È utile inviare il rapporto di ospedalizzazione redatto dal medico o dal chirurgo per facilitare la gestione del fascicolo di rimborso delle spese legate all'ospedalizzazione.

6.1. La presa in carico

Se l'affiliato deve affrontare spese importanti, può essere richiesta una presa in carico che gli permetta di non dover anticipare le spese.

Tuttavia, non si tratta di un diritto, ma di una possibilità offerta dal RCAM ai suoi affiliati e beneficiari.

- **In un contesto di emergenza:** in questo caso, una lettera di presa in carico è sempre concessa dal RCAM all'interno dell'Unione Europea, anche a posteriori.
- **Emergenza =** ammissione (ospedalizzazione) tramite il servizio di emergenza dell'ospedale.

6.2. Quali sono i criteri di eleggibilità?

La presa in carico può essere concessa secondo i seguenti criteri:

- In caso di ospedalizzazione, anche per un solo giorno, se questa riguarda:
- Trattamento di affezioni mediche o di interventi chirurgici;
- Riabilitazione o rieducazione funzionale a seguito di un'affezione medica o un intervento chirurgico invalidante;
- Trattamento di disturbi psichiatrici;
- Cure palliative;
- In caso di trattamenti ambulatoriali pesanti nel contesto di una malattia

6.3. Come compilare correttamente il [modulo](#)

Leggere attentamente il modulo e rispondere precisamente a tutte le domande.

Attenzione: non dimenticare di indicare una stima del costo complessivo per gli stabilimenti di salute (ospedali, cliniche, centri di riabilitazione) con cui non è stato concluso alcun accordo, nonché in caso di esami costosi affinché il RCAM possa determinare se tale costo supera il 20% della pensione dell'affiliato.

Gli onorari del chirurgo e dell'anestesista devono essere separati dal costo dell'intervento. Il paziente sarà avvisato in anticipo dal servizio di presa in carico se vi è un superamento del 15% a suo carico, in modo che possa eventualmente negoziare con lo stabilimento di salute o cambiarlo.

6.4. Quando la presa in carico non è possibile: l'anticipo

In alcuni Stati membri, alcuni ospedali e cliniche non accettano la presa in carico della Commissione. Un anticipo può essere concesso (vedi punto 4.4). Inviare al servizio di prese in carico il [modulo](#) di richiesta di anticipo per spese mediche elevate accompagnato da una stima dei costi. Questo servizio invierà una scheda finanziaria da compilare per accreditare il conto dell'affiliato.

6.5. La presa in carico nei paesi dell'UE a medicina costosa

Un numero crescente di ospedali nel Regno Unito o in Portogallo addebita costi molto elevati.

Il RCAM propone due alternative:

- L'affiliato paga le fatture e richiede immediatamente il rimborso utilizzando la possibilità di un [rimborso prioritario per spese elevate](#) (vedi punto 4.5).
- L'affiliato richiede un [anticipo](#) e paga successivamente le fatture (vedi punto 4.4).

6.6. L'ospedalizzazione fuori dall'UE

Nel caso di ospedalizzazione fuori dall'Unione Europea (in particolare USA, Svizzera, Norvegia), la procedura è piuttosto lunga e complessa, in particolare per la gestione dei fascicoli e la verifica finanziaria. Per questo motivo, il RCAM generalmente non concede la presa in carico, salvo in caso di circostanze eccezionali, in particolare l'ammissione d'urgenza. L'affiliato avrà la stessa scelta che per i paesi dell'UE a medicina costosa (vedi punto 6.5). È fortemente consigliato, in caso di viaggio in questi paesi, stipulare un'assicurazione specifica tipo assistenza che preveda, tra l'altro, le spese di trasporto e rimpatrio non previste dal RCAM.

7. Assicurazioni complementari CIGNA

7.1. Generalità

L'AIACE ha concluso, tramite il broker di assicurazioni belga CIGNA, un contratto di assicurazione "infortuni" simile a quella garantita agli attivi ai sensi dello Statuto, nonché un contratto di assicurazione complementare "ospedalizzazione".

7.2. Assicurazione "infortuni"

Questa assicurazione offre una copertura mondiale e può essere sottoscritta fino al giorno prima dell'80° compleanno. Indennizza in complemento al rimborso RCAM le spese mediche al 100%, indipendentemente dai tetti applicabili al titolo del RCAM. Tuttavia, il medico consulente di CIGNA può ridurre o rifiutare il rimborso di alcune spese ritenute non indispensabili o eccessive. Prevede anche il versamento di un capitale in caso di decesso o invalidità a seguito di un infortunio. Il premio relativo a questa assicurazione è trattenuto ogni mese dalla Commissione sull'importo della pensione. Il premio è espresso in percentuale della pensione e quindi il suo importo è legato a quello della pensione.

Inviare la [dichiarazione d'infortunio](#) e il certificato medico compilati dal medico al più tardi entro 15 giorni dall'infortunio a:

CIGNA Eurprivilèges
PO Box 69
2140 ANVERS – Belgio

oppure all'email: benefits@cigna.com

Attenzione: considerati i rischi di perdita della corrispondenza, si consiglia l'invio raccomandato se si sceglie di trasmettere i documenti per posta.

Esiste un documento che descrive la storia di questa assicurazione, le sue caratteristiche e le sue diverse opzioni. Per la richiesta di rimborso delle spese sostenute, inviare il resoconto RCAM e una copia delle fatture all'indirizzo postale sopra menzionato (invio raccomandato consigliato) o a benefits@cigna.com.

7.3. Assicurazione “ospedalizzazione”

L'AIACE ha concluso con lo stesso broker CIGNA un contratto che consente di coprire le spese mediche dovute a un'ospedalizzazione o a un intervento che restano a carico dopo il rimborso del RCAM. Il termine per sottoscrivere è il giorno prima del 69° compleanno. L'importo del premio annuale è fisso ma soggetto a indicizzazione annuale. Una eventuale revisione di questo premio può essere applicata in accordo con l'AIACE.

Per la richiesta di rimborso delle spese sostenute, inviare il resoconto RCAM e una copia delle fatture allo stesso indirizzo postale dell'assicurazione “infortuni” o a: claims082@eurprivileges.com.

Esiste un [documento](#) che descrive le diverse opzioni di questa assicurazione.

7.4. Contatti CIGNA

CIGNA organizza incontri su appuntamento in presenza negli uffici dell'AIACE a Bruxelles o in videochiamata. I punti di contatto sono i seguenti:

- **Email:** info@eurprivileges.com
- **Telefono:** + 32 3 217 65 76.

7.5. Gruppo “assicurazioni”

L'AIACE dispone di un gruppo “assicurazioni” che controlla il funzionamento di queste polizze, compresi i premi. Questo gruppo fornisce anche consulenza sulle assicurazioni e assiste gli affiliati in caso di difficoltà nei rapporti con il broker CIGNA. Per qualsiasi domanda, il gruppo è raggiungibile all'indirizzo:

- **Email:** aiace.assurances@gmail.com

8. Screening

8.1. Generalità

La Commissione offre ai pensionati, ogni 2 anni, [programmi di screening](#) i cui contenuti si basano sulle migliori pratiche scientificamente riconosciute e approvate dalle autorità mediche ufficiali delle istituzioni (Consiglio medico del RCAM).

Il contenuto e la periodicità del programma dipendono dall'età e dal sesso del beneficiario. Lo screening può essere effettuato in un centro "accreditato" con cui il PMO ha stipulato un contratto o in un centro di propria scelta. Gli esami previsti nel programma sono rimborsati al 100% nei centri accreditati che fatturano direttamente alla Commissione (fatturazione diretta) o fino al tetto applicabile in altri centri.

8.2. A chi si rivolgono i programmi di screening?

Lo screening è rivolto a tutte le persone di età superiore ai 18 anni coperte dal RCAM a titolo primario o complementare. I coniugi beneficiari di una copertura primaria hanno gli stessi diritti. Tuttavia, per i coniugi in complementarietà, il diritto alla fatturazione diretta (fattura inviata direttamente dal centro "accreditato" alla Commissione) dal RCAM presso un centro accreditato si applica solo alle persone residenti nei paesi in cui il sistema sanitario nazionale non copre i costi dello screening: Danimarca, Finlandia, Italia, Spagna, Portogallo, Grecia, Irlanda, Svezia e Slovacchia. Negli altri paesi dell'UE, un coniuge in complementarietà non può beneficiare di una fatturazione diretta ma dovrà pagare le fatture e poi richiedere il rimborso al proprio regime nazionale di sicurezza sociale prima di essere rimborsato dal RCAM.

8.3. Come è organizzato lo screening?

Esistono due tipi di screening per i pensionati:

- Per le donne a partire dai 60 anni: programma 3 ogni due anni;
- Per gli uomini a partire dai 60 anni: programma 6 ogni due anni.

8.4. Le opzioni possibili

- Il programma può essere eseguito in un centro “accreditato” (con cui il PMO ha stipulato un accordo), soluzione più semplice ed economica poiché in tal caso si beneficia della fatturazione diretta;
- Oppure presso medici o centri non accreditati, a scelta dell’affiliato o perché non è disponibile un centro “accreditato” nel proprio paese di residenza (canale libero). In questo caso, si pagano gli esami e si richiede successivamente il rimborso.

8.5. La procedura da seguire

Prima di iniziare gli esami, [richiedere un invito](#) tramite RCAM online, aprendo un [ticket tramite Staff Contact](#) o telefonando al +32 2 291 11 11 (dal lunedì al venerdì dalle 9:30 alle 12:30, selezionando 1, poi 4) oppure per posta all’indirizzo:

Commissione europea RCAM-Medicina preventiva
1049 Bruxelles
Belgio

Questo invito, una volta validato, contiene diversi documenti:

-
- La lettera d’invito: sarà “con fatturazione diretta” se avete scelto un centro “accreditato” o “senza fatturazione diretta” se avete scelto un centro di vostra scelta ma non accreditato;
- Una nota esplicativa per il medico;
- Il dettaglio del programma da firmare e far firmare e completare dal medico durante la consultazione iniziale (vedi più avanti);
- Una dichiarazione relativa alla vostra partecipazione al programma di screening che dovete firmare e datare.

La lettera d’invito ha una validità massima di 18 mesi e specifica se si tratta di fatturazione diretta o meno.

Attenzione: è la data dell’ultimo esame a determinare la periodicità per il programma successivo.

8.6. Le fasi del programma

- Prenotare un appuntamento presso il centro accreditato specificando che si tratta di un programma di screening e quale oppure prenotare un appuntamento dal vostro medico se si tratta di un invito libero (diverso da un centro accreditato).
- Il medico del centro o il vostro medico generico (in base al tipo di invito) prescriverà gli esami raccomandati tra gli “esami standard” del programma. Se vengono proposti dal medico esami non previsti dal programma o per i quali non soddisfatte le condizioni di età o periodicità, richiedere un’autorizzazione preventiva (vedi punto 5).
- Eseguire i vostri esami presso un centro “accreditato” o dal medico (il vostro medico generico o medico del centro medico di vostra scelta).
- Nel caso di un invito libero: richiedere una consultazione di chiusura dallo stesso medico che ha effettuato la consultazione iniziale. Questa consultazione può essere sostituita da un rapporto medico nel caso di un invito con un centro non accreditato.

8.7. Le regole di rimborso

- Il rimborso è al 100% nei limiti dei tetti. Attenzione, tuttavia, al limite di eccessività.
- In caso di lettera d’invito con fatturazione diretta e degli esami in un centro “accreditato”: non avete nulla da pagare, tutti i costi sono fatturati al RCAM. Tuttavia, pagate le consultazioni iniziali e di chiusura dal medico di vostra scelta e richiedete il rimborso al RCAM.
- In caso di lettera d’invito senza fatturazione diretta in un centro non accreditato: dovete pagare tutti i costi e poi richiedere il rimborso al RCAM.
- In caso di esami “aggiunti” (vedi precedentemente), pagate gli esami. Se l’autorizzazione preventiva è accettata, richiedete il rimborso; se non lo è, effettuate una richiesta di rimborso normale.

Attenzione: se vengono prescritti dal medico esami non previsti dal programma o per i quali non sono soddisfatte le condizioni di età o periodicità (es. mammografia a partire dai 50 anni o colonscopia una volta ogni 10 anni), possono essere aggiunti al programma con o senza autorizzazione preventiva. Per questo è necessario seguire la procedura abituale di richiesta di AP (vedi punto 5) allegando una copia del programma completato dal medico e un giustificativo medico fornito dal medico. Questi aggiunti dovranno essere pagati e potranno essere rimborsati al 100% se l’AP è concessa o di un rimborso standard se l’AP è rifiutata.

Attenzione: esiste un [modulo speciale di rimborso](#) “programma di screening del RCAM.” Effettuare una richiesta unica per programma.

Documenti obbligatori da allegare a questa richiesta di rimborso:

- Le attestazioni di cura del medico;
- Le fatture degli esami;
- Le eventuali autorizzazioni preventive;
- Nel caso in cui si applichi la complementarità: le attestazioni delle somme ricevute dal regime nazionale.

9. Riconoscimento di malattia grave

9.1. Criteri di riconoscimento

È possibile richiedere un riconoscimento di malattia grave su parere del medico consulente se la malattia associa i seguenti quattro criteri:

- Prognosi vitale sfavorevole;
- Evoluzione cronica;
- Necessità di misure diagnostiche e/o terapeutiche pesanti;
- Presenza o rischio di grave disabilità.

Al [modulo di richiesta](#) deve essere allegato un rapporto medico che indichi:

- La data della diagnosi e la diagnosi precisa;
- Lo stadio di evoluzione;
- Le eventuali complicazioni;
- Il trattamento necessario.

Inviare questi due documenti in busta chiusa al medico consulente del Centro di gestione competente.

9.2. Durata di validità del riconoscimento

La validità è limitata a 5 anni. Prima della data di scadenza, si può richiedere una proroga con un rapporto medico che specifichi:

- L'evoluzione della malattia;
- Il trattamento e/o la sorveglianza ancora necessari.

In caso di evoluzione della situazione, la decisione potrà essere rivista a seguito di una nuova richiesta. In caso di remissione, è importante notare che le visite di follow-up possono anche essere rimborsate utilizzando il modulo "malattia grave".

9.3. Malattie considerate gravi

Ai sensi dello Statuto, le malattie come la tubercolosi, la poliomielite, il cancro, le malattie mentali e altre malattie riconosciute di gravità comparabile sono considerate gravi. Altre affezioni (ad esempio la degenerazione maculare legata all'età, DMLA) possono essere riconosciute come gravi in base a determinate condizioni, in particolare tenendo conto delle conseguenze mediche della patologia che il rapporto medico deve chiaramente dettagliare.

9.4. Rimborso

Il tasso di rimborso per le spese sostenute in caso di malattia grave riconosciuta, e solo per queste, è del 100% senza tetto, salvo in alcuni casi debitamente specificati nelle Disposizioni Generali di Esecuzione (DGE), come ad esempio per la prestazione di assistenza infermieristica o spese dentarie. Tuttavia, il rimborso di queste spese può essere limitato nel caso in cui i prezzi praticati siano eccessivi (vedi punto 4.2). Non dimenticare di indicare nel modulo di rimborso il numero di riferimento della decisione relativa al riconoscimento.

10. Dipendenza

Case di riposo e di cura e assistenza domiciliare

10.1. Riconoscimento della dipendenza: i documenti da fornire

- Valutazione dell'autonomia funzionale (aspetti fisici);
- Valutazione spaziotemporale (aspetti cognitivi);
- Dichiarazione di assistenza finanziaria complementare, indicando se si dispone di un altro sistema di assicurazione;
- Rapporto medico o prescrizione medica che spiega le ragioni per cui l'affiliato deve soggiornare in una casa di riposo o di cura o deve ricorrere al servizio di assistenza domiciliare.

Un [modulo di valutazione dell'autonomia](#) e una [dichiarazione di eventuale assistenza](#) finanziaria, così come un rapporto, devono essere rispettivamente compilati e redatti dal medico curante.

Una [richiesta di autorizzazione preventiva](#) (AP) deve essere inviata (vedi punto 5). Questo modulo è identico sia per un soggiorno in casa di riposo e di cura che per l'assistenza domiciliare. Lo stesso modulo dovrà essere redatto per le spese di trasporto non urgenti, ad esempio dalla casa di cura al domicilio.

Per le case di riposo e di cura devono essere forniti documenti aggiuntivi: un piano di cura dettagliato e una fattura proforma.

Tutti questi documenti devono essere inviati al medico consulente che stabilisce il grado di dipendenza dell'affiliato.

[La presa in carico delle spese relative alle cure in casa di riposo e di cura](#) può essere richiesta, ma potrà essere trasmessa solo quando saranno note le informazioni relative alla casa di cura e alla durata del soggiorno.

10.2. Case di riposo e di cura

Le spese di cura sono rimborsate all'85% o al 100% se correlate a una malattia grave (attenzione sempre all'eccessività).

Per le spese di soggiorno residenziale: tetto massimo di 36 euro al giorno (in Belgio).

Per quelle non residenziali (in centro diurno): tetto massimo di 18 euro al giorno (in Belgio).

Attenzione: spiegare bene a questi stabilimenti che i pensionati non sono affiliati al sistema di sicurezza sociale nazionale e che in linea di principio non possono beneficiare dell'assistenza nazionale o locale. In queste condizioni, le fatture saranno preferibilmente redatte in due parti: una per le spese di soggiorno (x giorni a y euro, per esempio) e l'altra per le spese di cura collettiva. Altre spese come le visite mediche, le analisi, i farmaci, le spese di trasporto in ambulanza sono trattate nelle richieste di rimborso abituali.

Da notare che molto spesso, per garantire la solvibilità delle persone che desiderano entrare in una casa di riposo, sarà richiesto loro l'importo dei loro redditi. È uno dei rari casi in cui deve essere fornito il bollettino di pensione con l'importo.

In caso di fattura forfettaria, questa separazione delle spese è effettuata in base al grado di dipendenza:

- Grado 1 (il più elevato): 70% cura - 30% soggiorno;
- Grado 2: 60% cura - 40% soggiorno;
- Grado 3: 50% cura - 50% soggiorno;
- Grado 4: 30% cura - 70% soggiorno;
- Il grado 5 non dà diritto al rimborso.

10.3. Assistenza domiciliare

1. Se l'assistenza domiciliare dipende da un organismo ufficiale (ad es. Croce Rossa) o da un organismo non ufficiale (cooperativa/società/servizio privato), allegare:

- Una copia dello Statuto che dimostri che l'organismo è riconosciuto per fornire servizi di assistenza domiciliare;
- Una copia del contratto firmato tra questo servizio e l'affiliato;
- Il contratto in regola tra l'organismo e la/le persona/e che forniscono le prestazioni di assistenza domiciliare secondo la legge nazionale del paese in cui le prestazioni sono fornite.

Il contratto deve specificare:

- La natura delle prestazioni di assistenza domiciliare da effettuare (senza compiti domestici);
- Il numero di ore da effettuare;
- Il nome dell'assistente domiciliare;

- Il prezzo orario applicabile.

2. Se l'assistente domiciliare lavora in un contesto libero ufficiale, allegare:

- La prova che l'assistente sia ufficialmente riconosciuto per fornire servizi di assistenza domiciliare, ove previsto dalla legislazione nazionale, e/o la copia della registrazione dell'attività libero-professionale di assistente domiciliare presso i servizi nazionali competenti;
- La copia del contratto firmato tra l'assistente domiciliare e l'affiliato secondo la legge nazionale del paese in cui le prestazioni di assistenza domiciliare sono fornite.

Il contratto deve specificare gli stessi elementi del punto 1.

3. Se l'assistente domiciliare è assunto dall'affiliato, allegare:

- Il contratto di lavoro in regola e/o il contratto di assicurazione specifico per l'impiego di assistente domiciliare (secondo le disposizioni della legislazione nazionale del paese in cui le prestazioni di assistenza domiciliare sono fornite). Il contratto deve chiaramente indicare che si tratta di prestazioni di assistenza domiciliare e non di compiti domestici;
- La prescrizione medica del medico curante del beneficiario che indica il nome dell'assistente domiciliare, certificando che ha le competenze richieste e che può erogare le prestazioni;
- La copia di un documento di identità dell'assistente domiciliare;
- La copia del permesso di soggiorno (nel caso di cittadini non UE);
- La prova di iscrizione alla sicurezza sociale conforme alla legislazione nazionale del paese in cui le prestazioni di assistenza domiciliare sono fornite (i contributi sociali relativi ai contratti di lavoro e/o i premi di assicurazione inclusi nelle spese di assistenza domiciliare sono rimborsabili a questo titolo sulla base della prova di pagamento dei contributi);
- Il prezzo orario applicabile.

Per beneficiare del rimborso delle prestazioni di assistenza domiciliare, deve essere presentato un modulo di richiesta di rimborso: deve essere datato, firmato e deve indicare solo gli importi della fattura per le spese di assistenza domiciliare relative al mese precedente (e mai per due settimane o più mesi). Deve essere accompagnato da:

- **Per i casi previsti ai punti 1 e 2:** la fattura (conforme alla legislazione del paese in cui le prestazioni sono fornite) dove devono essere indicate le seguenti informazioni:
 - Numero della fattura;
 - Numero di riconoscimento dell'azienda/numero IVA;
 - Data della fattura;

- Nome del beneficiario;
 - Nome dell'assistente domiciliare;
 - Descrizione esatta delle "prestazioni di assistenza domiciliare";
 - Numero di ore prestate e prezzo unitario e totale.
- **Per i casi previsti al punto 3:**
 - Copia del cedolino mensile e dei pagamenti dei contributi sociali.

Se la fattura riguarda un assistente domiciliare il cui nome non figura nel contratto, il rimborso potrà essere effettuato solo a condizione che sia stato redatto un emendamento al contratto e che sia stata concessa una nuova AP (Autorizzazione Preventiva) prima della fatturazione.

In assenza dei documenti richiesti, l'AP non potrà essere concessa e le prestazioni corrispondenti non saranno rimborsate.

[L'importo](#) del rimborso delle prestazioni di assistenza domiciliare dipende dalla durata (meno di 60 giorni o più di 60 giorni). È previsto un tetto massimo. Nel caso di prestazioni di assistenza domiciliare superiori a 60 giorni, il tetto massimo dipende dal grado di dipendenza e dal livello della pensione.

Apparecchi ortopedici, altro materiale medico e assistenza domestica

Il rimborso delle spese relative a questi apparecchi, nonché all'assistenza domestica, è soggetto a un [tetto massimo](#).

10.4. Letto medicalizzato

Condizioni da soddisfare:

Il bisogno deve essere riconosciuto e il letto prescritto da un medico.

Procedure da seguire:

Allegare alla prescrizione medica una richiesta di autorizzazione preventiva (AP) (vedi punto 5).

Moduli da compilare:

Richiesta di AP non rinnovabile per l'acquisto.

Condizioni di rimborso:

85% con un tetto massimo per l'acquisto. La riparazione o l'uso in istituzioni medicalizzate non sono rimborsabili.

Noleggior inferiore a 3 mesi: prescrizione medica. Tasso di rimborso all'85%.

Noleggior superiore a 3 mesi: prescrizione medica e richiesta di AP. Tasso di rimborso all'85%.

10.5. Sedia a rotelle a semplice propulsione personale

Condizioni da soddisfare:

Il bisogno deve essere riconosciuto e l'apparecchio prescritto da un medico.

Procedure da seguire:

Allegare alla prescrizione medica una richiesta di autorizzazione preventiva (vedi punto 5).

Moduli da compilare:

Richiesta di AP (valida 5 anni).

Noleggior inferiore a 3 mesi: prescrizione medica. Tasso di rimborso all'85%.

Noleggior superiore o uguale a 3 mesi: prescrizione medica e richiesta di AP (valida 5 anni). Tasso di rimborso: 85%.

Condizioni di rimborso:

L'importo massimo rimborsabile è limitato sia per l'acquisto che per il noleggio. In caso di necessità per un lungo periodo, preferire l'acquisto.

Il noleggio può essere trasformato in acquisto durante la durata del noleggio, l'importo rimborsabile rimane limitato.

Le spese di manutenzione, compresi gli pneumatici, non sono rimborsabili. Le spese di riparazione sono rimborsabili previa autorizzazione preventiva.

10.6. Materiale per incontinenza

È necessaria una prescrizione medica, nonché una richiesta di AP (vedi punto 5). Questo materiale è rimborsato al tasso dell'85% con un tetto massimo.

10.7. Sedia comoda e sedia da doccia (a domicilio)

Acquisto: prescrizione medica e richiesta di autorizzazione preventiva non rinnovabile. Tasso di rimborso: 85% con un tetto massimo.

Noleggio inferiore a 3 mesi: prescrizione medica. Tasso di rimborso: 85%.

Noleggio superiore o uguale a 3 mesi: prescrizione medica e richiesta di AP. Tasso di rimborso: 85%.

La riparazione non è rimborsabile.

10.8. Girello a 2 ruote con sedile

Acquisto: prescrizione medica e richiesta di autorizzazione preventiva non rinnovabile. Tasso di rimborso: 85% con un tetto massimo.

Noleggio inferiore a 3 mesi: solo prescrizione medica. Tasso di rimborso: 85%.

Noleggio superiore o uguale a 3 mesi: prescrizione medica e richiesta di AP. Tasso di rimborso: 85%.

Le riparazioni non sono rimborsabili.

10.9. Apparecchio per apnee notturne

Il rimborso è previsto per l'acquisto o il noleggio di un apparecchio per la ventilazione a pressione positiva continua (CCAP - Continuous Positive Airway Pressure), utile per trattare alcuni disturbi respiratori, in particolare il sindrome da apnee notturne (SAS). Sono rimborsabili anche gli accessori e la manutenzione.

Condizioni da soddisfare:

Il bisogno di materiale deve essere riconosciuto e l'apparecchio deve essere prescritto da un pneumologo, con prescrizione accompagnata da un test del sonno senza apparecchiatura e con apparecchiatura.

Procedure da seguire:

Allegare alla prescrizione medica una richiesta di AP per l'acquisto (vedi punto 5), salvo per un noleggio inferiore a 3 mesi o superiore a 3 mesi. Nel caso di acquisto, l'AP è valida per 5 anni.

Attenzione:

Dal decreto della Corte di Giustizia del 16 dicembre 2020, il tetto di rimborso di 1700 euro per l'acquisto è mantenuto, ma lo stesso tetto utilizzato finora per il noleggio a lungo termine è stato abolito. Il tasso di rimborso è dell'85% sia per l'acquisto che per il noleggio. È consigliabile optare prima per il noleggio di 3 mesi e poi passare all'acquisto o al noleggio a lungo termine. La richiesta di autorizzazione preventiva per il noleggio a lungo termine può essere trasformata in acquisto. In questo caso, gli accessori e la manutenzione sono rimborsabili all'85% a partire da un anno dopo l'acquisto, con un tetto massimo di 350 euro all'anno, senza prescrizione medica.

10.10. Aiuto domestico

L'assegnazione di un aiuto finanziario per il pagamento dei lavori domestici è legata a uno stato di dipendenza riconosciuto (vedi punto 10.1). In questo caso, l'organismo competente non è il RCAM ma la DG Risorse Umane (HR).

Condizioni da soddisfare:

L'aiuto è soggetto a un tetto massimo di reddito.

Procedure da seguire:

Ottenere un certificato del medico che dichiara lo stato di dipendenza e rivolgersi ai servizi sociali della Commissione in base al proprio luogo di residenza (vedi punto 13).

11. Cosa fare in caso di decesso

Si prega di consultare il documento della Commissione: [Disposizioni in caso di decesso di un pensionato](#).

Oltre alle altre formalità indicate in questa brochure, due punti aggiuntivi meritano attenzione:

11.1. Cosa fare delle ricevute delle spese mediche del defunto o dei suoi aventi diritto?

La richiesta di rimborso deve essere presentata senza indugio tramite posta al Ufficio liquidatore, compilando il modulo cartaceo e allegando le spese mediche sostenute. La richiesta può essere firmata da un erede che specificherà la propria identità sotto la firma.

11.2. Conto bancario su cui sarà versata la pensione di sopravvivenza

In alcuni Stati membri, il conto bancario del defunto viene bloccato al momento del decesso.

In questo caso, è necessario inviare al servizio “pensioni” la [scheda finanziaria](#) che specifica i dati del conto bancario su cui saranno versati i tre mesi di pensione completa e la pensione di sopravvivenza agli aventi diritto del defunto. È anche utile indicare al servizio “pensioni” il nome e l’indirizzo postale del notaio che liquiderà la successione del defunto.

12. A quale Ufficio liquidatore inviare i documenti?

Gli Uffici liquidatori trattano le richieste di rimborso e le autorizzazioni preventive in base al luogo di residenza dell'affiliato. Gli indirizzi sono i seguenti:

Bruxelles (Belgio):

- **Commissione europea - RCAM**
Ufficio liquidatore BRU
MERO 02/237
1049 Bruxelles - Belgio
Email: PMO-RCAM-BRU@ec.europa.eu

Ispra (Italia):

- **Commissione europea - RCAM**
Ufficio liquidatore ISP
Via E. Fermi 2749
21027 Ispra (VA) - Italia
Email: PMO-RCAM-ISP@ec.europa.eu

Lussemburgo:

- **Commissione europea - RCAM**
Ufficio liquidatore LUX
DRB B2/061
L-2920 Lussemburgo
Email: PMO-RCAM-LUX@ec.europa.eu

Inviare i documenti al competente Ufficio liquidatore in base al proprio paese di residenza o all'ufficio presso cui si è stati iscritti durante la carriera professionale. In caso di dubbi, contattare direttamente il RCAM tramite i dettagli di contatto forniti sopra.

13. Dove trovare le informazioni? Dove trovare aiuto?

Siti web ufficiali:

- [AIACE Internazionale](#);
- [RCAM online](#)

Per accedere a tutte le informazioni personali, presentare richieste di rimborso, richiedere anticipi e altre funzioni, utilizzare il portale RCAM online accessibile tramite l'autenticazione EU Login.

- Gli “[ambasciatori](#)” delle sezioni nazionali AIACE: questi ambasciatori fungono da tramite tra i pensionati e l'amministrazione della Commissione nel campo dell'assicurazione sanitaria e delle pensioni.
- I [coordinatori del volontariato sociale delle sezioni nazionali](#) dell'AIACE
- [MyPMO](#):

La piattaforma offre una panoramica delle tue richieste di rimborso e documenti relativi alla tua assicurazione malattia.

Contatti utili:

- **Per problemi tecnici o difficoltà d'accesso:**

Contattare il supporto tecnico del portale EU Login o i servizi di assistenza dell'ufficio liquidatore di riferimento, attraverso il [numero unico](#).

- **Assistenza per i pensionati:**

In caso di domande specifiche riguardanti la propria situazione, è possibile contattare i rappresentanti del RCAM o i gruppi di supporto dei pensionati dell'AIACE.

- **Documentazione:**

Tutti i documenti ufficiali, moduli e regolamenti sono disponibili sul sito dell'AIACE Internazionale. Gli utenti possono accedervi senza login o password.

Servizi sociali della Commissione:

- **Assistenza Sociale:**

La DG Risorse Umane offre un servizio di assistenza sociale per i pensionati. Contattare i servizi sociali della Commissione in base alla propria residenza per informazioni su aiuti economici, assistenza domestica, o qualsiasi supporto necessario.

Commissione	Bruxelles (+ CCR Siviglia)	HR-BXL-AIDE-PENSIONNES@ec.europa.eu	+ 32 2 295 90 98
	Lussemburgo	HR-LUX-ASSISTANTS-SOCIAUX@ec.europa.eu	+ 352 4301 33948
	Ispra (+ CCR)	HR-PENSIONERS-ISPRA-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu	+ 39 0332 78 59 10
	CCR Geel	JRC-GEE-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu	+ 32-14-57165
	CCR Karlsruhe	JRC-KRU-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu	+ 49-7247-951-876
	CCR Petten	JRC-PTT-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu	+ 31-224-56-53-21
Consiglio		social.assistants@consilium.europa.eu	+ 32 2 281 52 46 / + 32 2 281 24 27
Parlamento	Bruxelles	PERS-SocialServiceBrussels@europarl.europa.eu	+ 32 2 283 13 00
	Lussemburgo	PERS-SocialServiceLuxembourg@europarl.europa.eu	+ 352-4300-22878
Comitato Economico e Sociale		svmedicosocialcese@eesc.europa.eu	+32 2 546 94 50
Comitato delle Regioni		Social-Service-CoR@cor.europa.eu	+ 32 2 282 23 63
Corte dei Conti		ECA-Medical-Service@eca.europa.eu	+ 352-4398-47390
Corte di Giustizia		celine.Watrinet@curia.europa.eu	+ 352-43-03-4584
EEAS		PSYCHOSOCIAL-SUPPORT@eeas.europa.eu	+ 32-460-84-22-77
BEI		pensions@eib.org	+ 352-4379-85421
CEDEFOP	Grecia	cedefop-pensions@cedefop.europa	+ 30-2310-49-02-64

Informazioni aggiornate:

Verificare periodicamente le informazioni aggiornate sul sito ufficiale del RCAM o contattare direttamente il proprio Ufficio liquidatore per assicurarsi di avere le informazioni più recenti sulle coperture, tetti di rimborso e procedure amministrative.