



Regime Comune di Assicurazione Malattia

Indirizzo dell'Uff. Liquidatore:	☐ European Commission RCAM/JSIS Brussels 1049 Brussels
	☐ European Commission RCAM/JSIS Ispra 21027 Ispra
	☐ European Commission RCAM/JSIS Luxembourg 2920 Luxembourg
Telefono +32 2 29 11111 9:30-12:30 (lunedì a venerdì)	

Indirizzo amministrativo (o di residenza per i pensionati):

N° PERSONALE DELL'AFFILIATO:

COGNOME E NOME DELL'AFFILIATO:

Telefono:

e-mail:

DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE

da presentare regolarmente ed entro 18 mesi dalla data della prestazione

Se avete già introdotto on-line la vostra domanda di rimborso, evitate di introdurre le stesse spese utilizzando questo formulario.

Si prega di non introdurre spese effettuate con valute diverse sul medesimo formulario.

- ☐ RIMBORSO NORMALE
- ☐ RIMBORSO per funzionari/agenti che prestano servizio fuori dell'Unione Europea
- ☐ RIMBORSO per MALATTIA GRAVE riconosciuta per le RCAM rif. decisione
- ☐ MALATTIA PROFESSIONALE data della malattia professionale
- ☐ INFORTUNIO ☐ dell'affiliato ☐ di un assicurato RCAM tramite l'affiliato (unicamente se vi è la responsabilità di terzi)
data dell'infortunio

Data della prestazione	Cognome e nome del beneficiario	Data di nascita del beneficiario	Natura della spesa: visita medica, farmaco, esame, etc.	Importo delle spese in(1):		Altri rimborsi (3)	Importo ricevuto da assicurazione privata
				Paese (2)	Importo		

Importo totale :

Si prega di non effettuare un riporto del totale su di un secondo formulario, dato che ogni domanda viene trattata separatamente.

Allegate i documenti giustificativi originali e conservatene una copia.

Non utilizzate punti metallici per raggruppare i documenti giustificativi.

Compilate una riga di formulario per ciascuna fattura.

Per verificare lo stato delle vostre domande di rimborso o di autorizzazione, potete usare: <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>

- (1) Indicate l'importo nella valuta utilizzata per il pagamento. Sarà l'Ufficio Liquidatore ad applicare il tasso di cambio (EUR, BGN, CHF, CZK, DKK, GBP, HRK, HUT, JPY, LTL, LVL, PLN, SEK, RON, USD). (Indicate la valuta, qualora essa non sia ripresa in questa lista)
- (2) Indicate il codice del Paese dove è avvenuta la spesa (AT, BE, BG, CY, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GR, HR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, MT, NL, PL, PT, RO, SE, SI, SK, UK). (Indicate il Paese, qualora esso non sia ripreso in questa lista)
- (3) Rimborsi percepiti da altri sistemi sanitari.

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

.....
(Firma dell'affiliato)

Fatto a

Data

Siete affiliati in pensione e volete utilizzare MyPMO o JSIS online? Potete contattare il numero: + 32 2 29 11111