



DOMANDA D'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA O RINNOVO D'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

Da trasmettere al vostro Ufficio Liquidazione del Regime Comune di Assicurazione Malattia (RCAM) :
(vedi ultima pagina)

Cognome e nome dell'affiliato :

N° pers. /pensione:.....

Istituzione e Sede di servizio :..... **Indirizzo dell'ufficio:**.....

Tel :

Indirizzo privato per i pensionati / e-mail:
.....
.....

Data di cessazione delle funzioni/ data di fine contratto:..... (Per agenti temporanei/agenti contrattuali)

Domanda d'**autorizzazione preventiva** ¹ :

Affiliato principale coniuge o partner riconosciuto figlio persona assimilata ad un figlio a carico.
Cognome, Nome :..... Data di nascita:.....

Domanda di **rinnovo** dell' autorizzazione preventiva per ¹ :

Affiliato principale coniuge o partner riconosciuto figlio persona assimilata ad un figlio a carico.
Cognome, Nome :..... Data di nascita:.....
Riferimento decisione AP precedente: Data di fine validità:.....

Per i trattamenti che **superino** il numero massimo annuo previsto senza autorizzazione preventiva
(specificare il tipo di trattamento) ⁽⁴⁾
.....

Su prescrizione / rapporto medico dettagliato (da allegare in busta chiusa, indirizzato al Medico di Fiducia) ²
del Dr **in data**

Si tratta di una domanda correlata a :

- MALATTIA GRAVE: riferimento decisione** **Data di fine validità**
- INFORTUNIO:** Affiliato principale: **data dell'infortunio**
- di un assicurato al RCAM tramite l'affiliato (unicamente se vi è la responsabilità di terzi)
- MALATTIA PROFESSIONALE (ACC) : data**

Prendo atto delle condizioni e regolamentazioni in vigore e m'impegno a rispettarle:

Data

Firma del richiedente

Affiliato¹

Persona che rappresenta il richiedente :

Cognome, nome:.....

Treatment in conformity with Regulation (UE) 2018/1725 https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2018.295.01.0039.01.ENG&toc=OJ:L:2018:295:TOC

¹ Barrare la casella corrispondente

² Alcuni trattamenti sono soggetti a condizioni particolari per la prescrizione medica (per es. psicoterapia prescritta da uno psichiatra /neuropsichiatra/neurologo); siete pregati di consultare le condizioni relative al tipo di trattamento al Titolo II delle DGE.

AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA RICHIESTA PER ³:

TRATTAMENTI DIVERSI		Osservazione	Codice RCAM
Numero di sedute prescritte:			
<input type="checkbox"/>	Linfodrenaggio	1	401
<input type="checkbox"/>	Ergoterapia	1	402
<input type="checkbox"/>	Riabilitazione funzionale pluridisciplinare in ambiente ospedaliero	1	403
<input type="checkbox"/>	Riabilitazione "back-school" (per prevenire e curare il mal di schiena) / MDX / DBC	1	404
<input type="checkbox"/>	Chiroprassi/osteopatia per bambini di età inferiore ai 12 anni	1 + 2	405
<input type="checkbox"/>	Mesoterapia	1	407
<input type="checkbox"/>	Raggi ultravioletti	1	408
<input type="checkbox"/>	Onde d'urto (reumatologia)	1	409
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia effettuata da psicologo/psicoterapeuta : seduta individuale	1	420
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia effettuata da psicologo/psicoterapeuta : seduta di terapia familiare	1	421
<input type="checkbox"/>	Psicoterapia effettuata da psicologo/psicoterapeuta : seduta di gruppo	1	422
<input type="checkbox"/>	Bilancio neuro-psicologica pluridisciplinare	1	424
<input type="checkbox"/>	Logopedia/ortofonia per persone di età superiore ai 12 anni	1	426/427
<input type="checkbox"/>	Ortottica	1	429
<input type="checkbox"/>	Endermologie per fini non estetici	1 + 2	431
<input type="checkbox"/>	Depilazione per superfici poco estese	1 + 2	432
<input type="checkbox"/>	Depilazione per superfici estese	1 + 2	433
<input type="checkbox"/>	Laser, fototerapia (dermatologia)	1 + 2	434
<input type="checkbox"/>	Laserterapia effettuata da un medico generico	1 + 2	441
<input type="checkbox"/>	Camera Iperbarica	1	440
<input type="checkbox"/>	Trattamenti diversi: non ripresi nelle DGE – titolo II, capitolo 8, punto 2	1 + 2	441 / 950
<input type="checkbox"/>	Per i trattamenti che superino il numero massimo annuo previsto senza autorizzazione preventiva (specificare il tipo di trattamento)⁴	1 + 2	

AUSILIARI MEDICI		Osservazione	Codice RCAM
<input type="checkbox"/>	Prestazioni di assistenza malati effettuato da personale infermieristico	1	560

ASSISTENZA-MALATI		Osservazione	Codice RCAM
<input type="checkbox"/>	Assistenza malati a domicilio (massimo 60 giorni)	1 + 3	760
<input type="checkbox"/>	Assistenza malati di lunga durata a domicilio	1 + 3	761/762
<input type="checkbox"/>	Assistenza malati in ambiente ospedaliero	1	763

SOGGIORNI CONTINUATI PRESSO CENTRI PARAMEDICI		Osservazione	Codice RCAM
<input type="checkbox"/>	Soggiorni/cure in casa di riposo o di cura o centri autorizzati	1 + 3	701 a 704 / 720 / 721
<input type="checkbox"/>	Soggiorni/cure in centri diurni	1 + 3	711 a 714 / 720 / 722
<input type="checkbox"/>	Soggiorni/cure in centri di disintossicazione	1	730 a 732

OSSERVAZIONI : informazioni complementarie da fornire:

Siete pregati di compilare la vostra domanda d'autorizzazione preventiva tenendo conto delle osservazioni sotto elencate relative al tipo di trattamento:

- Osservazione 1:
Nome del prestatario / del centro medico:
Qualifica del prestatario / tipo di centro medico:.....
Indirizzo (+ n°. Tel. / Fax se possibile):
- Osservazione 2: **precisare il tipo d'intervento / trattamento / apparecchio / prodotto / altro (vedi prescrizione medica)**
.....
- Osservazione 3: **formulario di valutazione dello stato di dipendenza (scala di valutazione della dipendenza) da fare compilare al medico curante (vedi DGE, Titolo II, capitolo 3)**

³ Barrare la casella corrispondente per favore

⁴ **Numero annuo di sedute senza AP:** kinesiterapia, fisioterapia et trattamenti assimilabili(60); chiroprassi/osteopatia per persone di età inferiore ai 12 anni o più (24); agopuntura (30); aerosolterapia (30); consulto dietetico (10); psicoterapia con psichiatra (30); logopedia/ortofonia fino ai 12 anni (180 su più anni); psicomotricità/grafomotricità (60); pedicure medica (12)

	ANALISI E ESAMI	Osservazione	Codice RCAM
<input type="checkbox"/>	Analisi/esami specifici soggetti ad autorizzazione preventiva	2	545

	PRODOTTI FARMACEUTICI	Osservazione	Codice RCAM
<input type="checkbox"/>	Prodotti farmaceutici specifici soggetti ad autorizzazione preventiva	2	521 / 523/ 525
<input type="checkbox"/>	Prodotti dietetici	2	522

	RICOVERI OSPEDALIERI, INTERVENTI CHIRURGICI, TRATTAMENTI F.I.V.	Osservazione	Codice RCAM
<input type="checkbox"/>	Soggiorno ospedaliero e cure specifiche soggetti ad autorizzazione preventiva	1 + 2	221
<input type="checkbox"/>	Interventi di chirurgia plastica modificativa o ricostruttiva	1 + 2	201 a 209
<input type="checkbox"/>	Trattamento di fecondazione in vitro (F.I.V.)	2	260/261

	CURE	Osservazione	Codice RCAM
<input type="checkbox"/>	Soggiorno / cure di convalescenza	1	490 / 491
<input type="checkbox"/>	Cure termali	1 + 2	492 a 498
<input type="checkbox"/>	Cure termali in caso di malattia grave	1 + 2	499

	SPESE DI TRASPORTO	Osservazione	Codice RCAM
<input type="checkbox"/>	Spese di trasporto non urgenti soggette a AP mezzo di trasporto : Frequenza (numero di viaggi A/R): Km A/R:		291
<input type="checkbox"/>	Spese di trasporto della persona accompagnante mezzo di trasporto: Frequenza (numero di viaggi A/R): Km A/R: Nome della persona accompagnante:		291

	SPESE DI ACCOMPAGNAMENTO	Osservazione	Codice RCAM
<input type="checkbox"/>	Spese di accompagnamento giornaliero in ambiente ospedaliero Numero di giorni: Nome della persona accompagnante:	1	222
<input type="checkbox"/>	Spese di accompagnamento (durante la cura di un bambino inferiore ai 14 anni di età) Numero di giorni: Nome della persona accompagnante:	1	222

OSSERVAZIONI: informazioni complementarie da fornire:

Siete pregati di compilare la vostra domanda d'autorizzazione preventiva tenendo conto delle osservazioni sotto elencate relative al tipo di trattamento:

Osservazione 1:
Nome del prestatario / del centro medico:
Qualifica del prestatario / tipo di centro medico:
Indirizzo (+ n°. Tel. / Fax se possibile):
.....

Osservazione 2: precisare il tipo d'intervento / trattamento / apparecchio / prodotto / altro (vedi prescrizione medica)
.....
.....

	PROTESI, APPARECCHI ORTOPEDICI	Osservazione	Codice RCAM
Indicare il costo:			
<input type="checkbox"/>	Apparecchio acustico: casi specifici- DGE - titolo II, capitolo 11, punto 2.4 (Bambini <<< 18 anni / malattia grave della sfera auditiva)	2	821
<input type="checkbox"/>	Ausili per controllo e cura del diabete insulino-dipendente	2	842
<input type="checkbox"/>	Materiale per controllo e cura del diabete di tipo 2 non insulino-dipendente	2	843
<input type="checkbox"/>	Glucometro/diabete		875
<input type="checkbox"/>	Materiale per incontinenza		844
<input type="checkbox"/>	Scarpe ortopediche correttive su misura	2	855 / 856
<input type="checkbox"/>	Protesi capillare - parrucca		861
<input type="checkbox"/>	Arti, segmenti di arti: acquisto /riparazione	2	862
<input type="checkbox"/>	Apparecchio per apnea del sonno (CPAP): acquisto		865
<input type="checkbox"/>	Apparecchio per apnea del sonno (CPAP): affitto > 3 mesi		866
<input type="checkbox"/>	Apparecchio per apnea del sonno (CPAP):: accessori/manutenzione (che non rientra nell'anno dell'acquisto del CPAP)		867
<input type="checkbox"/>	Tensiometro		870
<input type="checkbox"/>	Aerosol : acquisto		871
<input type="checkbox"/>	Aerosol : affitto > 3 mesi		872
<input type="checkbox"/>	Pompe a vuoto per il trattamento della disfunzione erettile		876
<input type="checkbox"/>	Apparecchi per misurare il tempo di coagulazione (in caso di anti-coagulazione a vita)		877
<input type="checkbox"/>	Deambulatore: acquisto		881
<input type="checkbox"/>	Deambulatore: affitto > 3 mesi		882
<input type="checkbox"/>	Sedia da comodo, sedia per doccia : acquisto		883
<input type="checkbox"/>	Sedia da comodo, sedia per doccia: affitto > 3 mesi		884
<input type="checkbox"/>	Letto di tipo ospedaliero (a domicilio) : acquisto		885
<input type="checkbox"/>	Letto di tipo ospedaliero (a domicilio): affitto > 3 mesi		886
<input type="checkbox"/>	Materasso antidecubito: acquisto		887
<input type="checkbox"/>	Materasso antidecubito: affitto > 3 mesi		888
<input type="checkbox"/>	Sedia a rotelle: acquisto	2	890
<input type="checkbox"/>	Sedia a rotelle: affitto	2	891
<input type="checkbox"/>	Sedia a rotelle: riparazione	2	892
<input type="checkbox"/>	Altri apparecchi + materiale il cui costo è stimato a più di 2000 euro (obbligatorio fornire 2 preventivi comparativi dettagliati)	2	895
<input type="checkbox"/>	Altro materiale: affitto	2	896

OSSERVAZIONI: informazioni complementarie da fornire:

Siete pregati di compilare la vostra domanda d'autorizzazione preventiva tenendo conto delle osservazioni sotto elencate relative al tipo di trattamento:

- Osservazione 2: precisare il tipo d'intervento / trattamento / apparecchio / prodotto / altro (vedi prescrizione medica)**

.....

Indirizzi degli Uffici Liquidatori del Regime Comune di Assicurazione Malattia (RCAM)

Brussels Settlements Office European Commission	Ispra Settlements Office European Commission	Luxemburg Settlements Office European Commission
JSIS Brussels – Prior authorisation B-1049 Brussels	JSIS Ispra - Prior authorisation PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra	JSIS Luxembourg - Prior authorisation DRB - B1/073 L-2920 Luxembourg
JSIS Contact hotline +32-2-29 97777 (9:30 – 12:30)	JSIS Contact hotline +39-0332-785757(9:30-12:30)	JSIS Contact hotline +352-4301 36100 (9:30-12:30)
STAFF Contact - https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx		