



INFORMACIONES ADMINISTRATIVAS
MEDDELELSER FRA ADMINISTRATIONEN
VERWALTUNGSMITTEILUNGEN
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
ADMINISTRATIVE NOTICES
INFORMATIONS ADMINISTRATIVES
INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE
MEDEDELINGEN VAN DE ADMINISTRATIE
INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
HALLINNOLLISIA TIEDOTUKSIA
ADMINISTRATIVA MEDDELANDEN



Spécial

INTERINSTITUTIONS
TOUS LES LIEUX D'AFFECTATION

Regelung zur Sicherstellung
der Krankheitsfürsorge für die Beamten
der Europäischen Gemeinschaften

VERFAHREN

P. 3

Rules on Sickness Insurance for Officials
of the European Communities

PROCEDURES

P. 30

**Regolamentazione relativa alla copertura
dei rischi di malattia dei funzionari
delle Comunità europee**

PROCEDURE

P. 57

**Reglamentación relativa a la cobertura
de los riesgos de enfermedad
de los funcionarios**

de las Comunidades Europeas

PROCEDIMIENTOS

P. 85

La version française des "Procédures" de la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes a été publiée dans le "I.A. Spécial interinstitutions tous lieux" daté du 9.4.1986.

Les versions danoise, grecque, néerlandaise et portugaise sont publiées simultanément dans un autre fascicule des Informations administratives (Spécial interinstitutions tous lieux) daté lui aussi du 3.6.1986.

Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften VERFAHREN

Im Mai 1984 wurde eine überarbeitete Fassung der "Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften" und der "Regelung zur Sicherung der Beamten der Europäischen Gemeinschaften bei Unfällen und Berufskrankheiten" unter dem Titel "Statut: Regelung für die Beamten und sonstigen Bediensteten der Europäischen Gemeinschaften" (Bez. IX/1129/84) veröffentlicht.

Die vorliegende Überarbeitung betrifft die bei Krankheit und Unfällen zu beachtenden Verfahren und die zu verwendenden Vordrucke. Sie ersetzt den Teil "Verfahren" der Broschüre "Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften und Leitfaden für die Erstattung der Krankheitskosten" (Bez. IX/1318/78).

Die Abrechnungsstellen in Brüssel, Luxemburg und Ispra stehen den angeschlossenen Personen für weitere Auskünfte zur Verfügung.

Inhalt

A. Krankheitsfürsorge

- I) Antrag auf Erstattung der Krankheitskosten
- II) Vorherige Genehmigung
- III) 100 %ige Erstattung
- IV) Sondererstattung
- V) Direkte Zahlung, Vorschüsse, beschleunigte Erstattung
- VI) Vorsorgeuntersuchungen
- VII) Nichterstattungsfähige Leistungen
- VIII) Allgemeines

B. Sicherung bei Unfällen und Berufskrankheiten

A. Krankheitsfürsorge

Bitten denken Sie daran, daß auf allen Vordrucken und beim Schriftverkehr mit den Abrechnungsstellen stets die Personalnummer bzw. die Pensionsnummer anzugeben ist.

I. Antrag auf Erstattung der Krankheitskosten(1)

- 1) Der vorschriftsmäßig ausgefüllte Erstattungsantrag ist zusammen mit den entsprechenden Belegen bei der zuständigen Abrechnungsstelle oder der von jedem Organ zu diesem Zweck eingerichteten Stelle in einfacher Ausführung spätestens in dem Jahr einzureichen, das auf das Halbjahr folgt, in dem die Leistung erbracht wurde (außer bei höherer Gewalt - Artikel 13).

Es wird empfohlen, eine Abschrift des Erstattungsantrags aufzubewahren.

- a) Alle Kosten müssen durch quittierte Rechnungen belegt sein, aus denen der Name des Kranken und der Name des behandelnden Arztes hervorgeht. Es werden nur Rechnungsoriginale anerkannt (außer im Falle einer zusätzlichen Erstattung).
- b) Bei allen durch Scheck oder Überweisung bezahlten Leistungen, für die kein Zahlungsbeleg ausgestellt werden konnte, müssen auf den Rechnungen oder Liquidationen vermerkt werden:
 1. die Nummer des Schecks,
 2. der Name des mit der Zahlung beauftragten Kreditinstituts,
 3. das Datum, an dem die Zahlung geleistet wurde,
 4. die Unterschrift des Antragstellers, zur Bestätigung dieser Angaben.
- c) Alle ärztlichen Rechnungen müssen der Gesetzgebung des Landes entsprechen, in dem sie ausgestellt wurden; aus den Rechnungen muß für jede Konsultation und jeden Hausbesuch das Datum (bei Nachtbesuchen auch die Uhrzeit) und das auf die einzelnen Behandlungen entfallende Honorar ersichtlich sein.
- d) Bei chirurgischen Eingriffen muß die Art des Eingriffs vermerkt sein. Dies kann in der Weise erfolgen, daß in der Rechnung lediglich die entsprechende Nummer der nationalen Gebührenordnung aufgeführt wird oder daß der behandelnde Arzt eine vertrauliche

(1) Siehe Anlage 1.

Mitteilung über die Art des Eingriffs an den Vertrauensarzt der Abrechnungsstelle richtet.

- e) Für die Aufstellungen über Zahnbehandlung und Zahnersatz mit Aufgliederung der dem Zahnarzt gezahlten Gebühren sind die hierzu vorgesehenen Vordrucke zu verwenden. Für Zahnersatz ist ein Kostenvoranschlag einzureichen, wir bitten die angeschlossenen Personen im Interesse aller, bei hohen Forderungen sorgfältig zu prüfen, ob diese gerechtfertigt sind. In Zweifelsfällen können Sie sich an die Vertrauenszahnärzte der Abrechnungsstellen wenden, die zu den Forderungen Stellung nehmen.

Die angeschlossenen Personen werden außerdem auf Punkt XV/2 der Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge hingewiesen. Dort heißt es: "Die Kosten für nichtfunktionelle Behandlungen oder für Behandlungen, die nach Ansicht der Abrechnungsstelle, gegebenenfalls nach Stellungnahme ihres Vertrauensarztes, über den normalen Rahmen hinausgehen bzw. nicht notwendig sind, sind nicht erstattungsfähig".

Auch müssen angeschlossene Personen, die Anspruch auf Kosten-erstattung durch eine andere gesetzliche Krankenversicherung haben, zunächst die Erstattung bei dieser Krankenversicherung beantragen, bevor sie das gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem in Anspruch nehmen (Art. 6 der Regelung).

Die Kostenvoranschläge und Honorarforderungen müssen vom behandelnden Zahnarzt vollständig ausgefüllt werden. Insbesondere sind anzugeben: Name und Anschrift des Patienten, Einzelheiten der Behandlung und, wenn möglich, Zeitpunkt des Beginns und des Endes der Behandlung.

- f) Anträgen auf Erstattung von Arzneimittelkosten ist die ärztliche Verordnung beizufügen. Verbleibt ein ärztliches Rezept bei der Apotheke, so ist eine vom Apotheker beglaubigte Abschrift vorzulegen. Für nicht vom Arzt verordnete Arzneimittel wird keine Erstattung gewährt.

Die Kosten für wiederholt bezogene Arzneimittel werden nur dann erstattet, wenn eine Wiederholung vom Arzt ausdrücklich verordnet worden ist.

Einige Apotheken lehnen es ab, die Art der abgegebenen Arzneimittel und den dafür entrichteten Preis auf den Quittungen anzugeben. Die angeschlossenen Personen werden darauf

(1) Siehe Anlagen 2 und 3.

(2) Siehe Anlagen 5 und 6.

hingewiesen, daß sie allein Träger des ärztlichen Geheimnisses sind und deshalb eine detaillierte Quittung über die Arzneimittel verlangen können. Arzneimittelrechnungen werden nur dann anerkannt, wenn darauf die Bezeichnung des abgegebenen Arzneimittels und der tatsächlich gezahlte Preis angegeben sind; außerdem müssen sie vom Apotheker abgestempelt und unterschrieben sein.

Zur Beachtung:

Die Anträge und Belege müssen den geltenden Vorschriften entsprechen, damit die Erstattungen so rasch wie möglich bearbeitet werden können und Anträge nicht unerledigt an den Beamten zurückgesandt werden müssen. Die Anträge und Belege müssen außerdem den Vorschriften und Gesetzen des Landes entsprechen, in dem sie ausgestellt wurden.

- 2) Den angeschlossenen Personen wird ein maschinell erstellter Abrechnungsbogen mit allen die Erstattung betreffenden Einzelheiten zugesandt.

. Vorherige Genehmigung(1)

- 1) In bestimmten Fällen werden die Krankheitskosten nur nach vorheriger Genehmigung der Leistung erstattet. Diese Fälle sind in der Regelung aufgeführt. Es ist darauf zu achten, daß der Antrag auf vorherige Genehmigung sowie gegebenenfalls der Kostenvoranschlag für bestimmte ärztliche Leistungen vor Beginn der Behandlung vorgelegt werden. Die vorherigen Genehmigungen sind nicht über den ärztlichen Dienst zu leiten, sondern direkt bei der Abrechnungsstelle oder der von jedem Organ hierfür eingerichteten Stelle einzureichen.

Wurde die Genehmigung nicht vor Beginn der Behandlung eingeholt, werden die Anträge auf Erstattung nicht berücksichtigt.

- 2) Für folgende Leistungen ist eine vorherige Genehmigung zu beantragen (siehe Punkt IX bis XIII von Anlage 1 der Regelung).
 - a) Physiotherapie, Hydrotherapie, Heilmassagen, Heilgymnastik, Mechanotherapie, UV- und Infrarotbestrahlungen, Ultraschall, Fangopackungen, Logopädie, Psychotherapie,

(1) Siehe Anlage 4.

psychologische Untersuchungen, Elektrotherapie, medizinische Fußpflege, Akupunktur , Chiropraktik und vergleichbare Behandlungen;

- b) postoperative Krankenpflege und Krankenpflege zu Hause;
 - c) Genesungskuren (bei langer oder schwerer Krankheit) und postoperative Kuren, Badeskuren, Kuren für schwächliche Kinder;
 - d) orthopädische Apparate, wie Rollstühle und Hilfsmittel, Krücken, Stöcke und orthopädische Schuhe;
 - e) Reisekosten für Arztbesuche außerhalb des Orts der dienstlichen Verwendung;
 - f) Kosten für eine Begleitperson (Krankenhausaufenthalt eines Kindes);
 - g) wiederholte Besuche einer medizinischen Kapazität;
 - h) bestimmte Fälle plastischer Chirurgie.
- 3) Leistungen, die nur nach Vorlage eines Kostenvoranschlags erstattet werden(2) :
- a) Zahnersatz;
 - b) Zahnregulierung.

III. 100 % Erstattung

In Fällen, auf die Artikel 72 Absatz 1 des Statuts und Punkt A des Anhangs 1 der Regelung (100 %ige Erstattung der Krankheitskosten bei schweren Krankheiten) Anwendung findet, hat die angeschlossene Person bei der Abrechnungsstelle oder der hierfür von jedem Organ eingerichteten Stelle einen schriftlichen Antrag mit einem ausführlichen Bericht des behandelnden Arztes an den Vertrauensarzt einzureichen.

Die Anstellungsbehörde entscheidet aufgrund der Stellungnahme des Vertrauensarztes.

Diese Entscheidung **gilt** grundsätzlich für höchstens zwölf Monate. Hat sich der Gesundheitszustand des Kranken nicht gebessert, so ist der Abrechnungsstelle oder der hierfür von jedem Organ eingerichteten

- (1) Eine vorherige Genehmigung ist nicht notwendig, wenn die Akupunktur von einem Arzt ausgeführt wird.
- (2) Siehe Anlagen 5 und 6.

Stelle rechtzeitig ein Antrag auf Verlängerung zusammen mit einem neuen Bericht des behandelnden Arztes vorzulegen.

Anträge auf Erstattung der Krankheitskosten aufgrund einer schweren Krankheit, für die eine 100 %ige Erstattung genehmigt wurde, sind auf einem getrennten Vordruck einzureichen. Die 100 %ige Erstattung darf nur für Kosten im Zusammenhang mit der Krankheit beantragt werden, für die sie genehmigt wurde.

IV. Sondererstattung

- 1) Nach Artikel 72 Absatz 3 des Statuts sowie Artikel 8 Absatz 2 der Allgemeinen Bestimmungen der gemeinsamen Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge kann eine Sondererstattung der Krankheitskosten gewährt werden, wenn der nichterstattete Teil der Kosten, die von der angeschlossenen Person für sich selbst oder die mitangeschlossenen Personen aufgewendet worden sind, in einem Zeitraum von 12 Monaten ein halbes durchschnittliches monatliches Grundgehalt oder Ruhegehalt übersteigt.

Die Sondererstattung wird wie folgt festgesetzt:

- 90 % bei angeschlossenen Personen ohne mitangeschlossenen Personen;
- 100 % in allen anderen Fällen.

Nach Artikel 13 Absatz 2 der Regelung zur Sicherung der Krankheitsfürsorge sind die Anträge auf Sondererstattung gemäß Artikel 8 Absatz der Allgemeinen Bestimmungen der genannten Regelung innerhalb einer Frist von 12 Monaten[^] gerechnet vom Tage der Erstattung der Kosten der letzten Leistung, die in den betreffenden Zeitraum von 12 Monaten fällt, einzureichen.

Beispiel: Bezugszeitraum	<u>13.6.1981 bis 12.6.1982</u>
Datum der Computer-Abrechnung über die letzte Leistung	<u>23.7.1982</u>
Letzter Termin für den Antrag auf Anwendung von Artikel 72 Absatz 3:	<u>27.7.1983</u>

Bisher wurden die Anträge auf Sondererstattung bei den Abrechnungsstellen eingereicht, wenn die angeschlossenen Personen der Ansicht waren, daß ihre Eigenbelastung sehr hoch war.

Um die Einhaltung der 12-Monatsfrist zu erleichtern, wird den angeschlossenen Personen, die eine solche Sondererstattung beantragen können, künftig dreimal jährlich eine Aufstellung übermittelt.

Nach Erhalt dieser Aufstellung, die nachstehend als Faksimile abgedruckt ist, ist es allerdings nach wie vor notwendig, so bald wie möglich einen schriftlichen Antrag auf Anwendung dieser Bestimmung bei der Abrechnungsstelle einzureichen und dabei den genauen Bezugszeitraum anzugeben.

Damit soll das Verfahren für die Geäßwahrung der Sondererstattungen erleichtert und verbessert werden.

Für den Fall, daß beide Ehegatten dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossen sind, sehen die Auslegungsbestimmungen zu Artikel 8 Absatz 2 der Regelung folgendes vor:

- Sind beide Ehegatten dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossen, so können sich diese im gegenseitigen Einvernehmen für die Kumulierung der nichterstatteten Teile ihrer Krankheitskosten entscheiden, sofern
 - die Kumulierung auf den Namen des Ehegatten erfolgt, der das höhere Grundgehalt bezieht;
 - der Ehegatte, dessen nichterstatteter Teil der Kosten bei der Abrechnung der Kosten des Ehegatten mit dem höheren Grundgehalt berücksichtigt wird, auf die Einreichung eines gesonderten Antrags gemäß Artikel 72 Absatz 3 des Statuts und Artikel 8 Absatz 2 der Regelung verzichtet;
 - der betreffende Zeitraum von 12 Monaten für beide Ehegatten der gleiche ist.

Falls beide Ehegatten die oben genannten Aufstellung nach Kumulierung beider Krankheitskosten-Dossiers erhalten möchten, so ist der Antrag von beiden Ehegatten einzureichen.

Die Aufstellung wird dem angeschlossenen Ehegatten mit dem höheren Grundgehalt übermittelt.

- 2) Nach dem Urteil 115/83 des Gerichtshofs der EG zu der Sondererstattung nach Artikel 72 Absatz 3 des Statuts **gilt** folgendes: Bei der Berechnung der Sondererstattung, auf die eine angeschlossene Person Anspruch hat, wird der auf das Monatsgrundgehalt anzuwendende Berichtigungskoeffizient des Dienstortes oder der auf das Ruhegehalt oder die Vergütungen anzuwendende Berichtigungskoeffizient des Wohnsitzes berücksichtigt, wenn die angeschlossene Person dies beantragt.

V. Direkte Zahlung, Vorschüsse, beschleunigte Erstattung

- 1) Direkte Zahlung - Rechnungen von Krankenanstalten

Bei Krankenhausaufenthalten von mehr als zwei Tagen können die Kosten auf Antrag der angeschlossenen Person und mit Zustimmung der betreffenden Krankenanstalt direkt von der Krankheitsfürsorge übernommen werden. Nach Bezahlung dieser Krankenhauskosten wird der von der angeschlossenen Person selbst zu tragende und in der endgültigen Abrechnung aufgeführte Restbetrag auf dem Konto "Vorschüsse" verbucht und entweder von künftigen Erstattungen oder von den Dienstbezügen abgezogen.

Es wird darauf hingewiesen, daß die Zugehörigkeit zu einer auswärtigen Primärkrankenkasse direkte Zahlungen durch unsere Krankheitsfürsorge an die Krankenanstalten ausschließt. In Fällen, in denen die Kostenübernahme von der Krankenanstalt nicht genehmigt wird, kann die angeschlossene Person einen Vorschuß erhalten, dessen Höhe von der Abrechnungsstelle oder der hierfür von jedem Organ eingerichteten Stelle festgelegt wird.

Weitere Auskünfte erteilt die Abrechnungsstelle oder die hierfür von jedem Organ eingerichtete Stelle, die auch die Kostenübernahmeerklärung ausstellt.

- 2) Beschleunigte Erstattung

Eine beschleunigte Erstattung kann beantragt werden, wenn der angeschlossenen Person ungewöhnlich hohe Krankheitskosten entstanden sind. Die Zahlung erfolgt durch Überweisung auf das Bankkonto der angeschlossenen Person und erscheint später auf dem maschinell erstellten Abrechnungsbogen.

Dieses Verfahren kann jedoch nicht in Anspruch genommen werden, wenn sich die Ausgaben über einen langen Zeitraum erstrecken. Angesichts des damit verbundenen Verwaltungsaufwands werden die angeschlossenen Personen gebeten, beschleunigte Erstattungen und Vorschüsse nur in wirklich dringenden Fällen zu beantragen.

Für die Anträge auf beschleunigte Erstattung ist folgendes zu beachten:

- a) Die angeschlossene Person muß bei der Antragstellung erklären, daß sie sich infolge von Zahlungen für ärztliche Leistungen in einer schwierigen finanziellen Lage befindet.
- b) Ärztliche Leistungen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung länger als zwei Monate zurückliegen, können nicht berücksichtigt werden.
- c) Die entstandenen Kosten müssen mindestens folgende Höhe erreichen:
 - a) 10.000 BFR bei Beamten der Besoldungsgruppen D bis C4
 - b) 15.000 BFR bei Beamten der Besoldungsgruppen C3 bis B3 und A8
 - c) 45.000 BFR bei Beamten der Besoldungsgruppen Bs bis B1 und A7 bis A4
 - d) 70.000 BFR bei Beamten der Besoldungsgruppen A3 und darüber.

VI. Vorsorgeuntersuchungen

Nachdem Artikel 72 des Statuts entsprechend geändert wurde, werden die Berechtigten daran erinnert, daß sie regelmäßige, umfassende Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen können.

Die Untersuchungen sind in einer vom Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem zugelassenen medizinischen Einrichtung durchzuführen. Beamte im Ruhestand, Empfänger von Vergütungen wegen freiwilligen Ausscheidens aus dem Dienst und Bedienstete, die nicht in der Nähe einer vom Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem anerkannten medizinischen Einrichtung wohnen, können diese Vorsorgeuntersuchungen auch bei ihrem behandelnden Arzt oder einer entsprechenden medizinischen Einrichtung vornehmen lassen. Die Kosten der Untersuchungen werden in voller Höhe erstattet, sofern die Berechtigten sich beim Zentralbüro in Brüssel für dieses Programm angemeldet haben und sofern die Kosten den

geltenden Gebührenordnungen entsprechen. Fahrkosten werden nicht erstattet.

Die entsprechenden Aufforderungen ergehen:

- alle drei Jahre an Frauen (Programm Nr. 1) und Männer (Programm Nr. 3) unter 40 Jahren;
- alle zwei Jahre an Frauen (Programm Nr. 2) und Männer (Programm Nr. 4) zwischen 40 und 50 Jahren;
- jedes Jahr an Frauen (Programm Nr. 2) und Männer (Programm Nr. 4) über 50 Jahre.

Vom Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem werden nur die in den Programmen vorgesehenen Leistungen in voller Höhe erstattet.

Anlage: Muster der ausführlichen Programme.

Bereits angemeldete Berechtigte erhalten automatisch einen Monat vor ihrem Geburtstag eine entsprechende Aufforderung. Alle noch nicht angemeldeten Berechtigten können die Anmeldung jederzeit nachholen.

Zuständig für Auskünfte und Anmeldungen sind:

- in Luxemburg: Frl. Wolter - Europäisches Parlament - Tel. 2745
- in Ispra: Frau Combet - Tel. 5061
- in Brüssel: Frau Lopera - Tel. 57694 - und Frau Wrana - Tel. 53866

VII. Nichterstattungsfähige Leistungen

Nach den Stellungnahmen des Ärztebeirats und des Verwaltungsausschusses des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems werden die Kosten der Beratungen und die Rezepte von Heilpraktikern und Naturheilkundlern nicht erstattet, außer wenn es sich um Ärzte handelt.

Die Kosten für Schwangerschaftstest werden nur erstattet, wenn diese von einem Arzt durchgeführt worden sind.

Die Kosten für neonatologische Behandlung (eine psychotherapeutische Behandlungsmethode) werden nur **erstattet**, wenn sie von einem Neuropsychiater verschrieben worden sind.

Die Reflexologie wird von der medizinischen Wissenschaft nicht anerkannt und deshalb nicht erstattet.

Die Kosten für Oligominerale, Aromatherapie und Phytotherapie werden ebenfalls nicht erstattet.

VIII. Allgemeines

Die Vordrucke (Antrag auf Erstattung, Antrag auf vorherige Genehmigung, Kostenvoranschläge für Zahnbehandlung, usw.) sind im Sekretariat jeder Verwaltungseinheit oder der hierfür von jedem Organ eingerichteten Stelle erhältlich.

Weitere allgemeine Auskünfte erteilt die Abrechnungsstelle oder die hierfür von jedem Organ eingerichtete Stelle. Die angeschlossenen Personen, die an einem Ort ohne Abrechnungsstelle arbeiten, Ruhegehalt beziehen oder im Rahmen des Volontariats endgültig aus dem Dienst ausgeschieden sind, erhalten Auskünfte und/oder Vordrucke im Sekretariat der Abrechnungsstelle Brüssel.

B. Unfälle und Berufskrankheiten

Für ärztliche Kosten, die durch den Unfall einer angeschlossenen oder einer mitangeschlossenen Person entstanden sind, sind Erstattungsanträge einzureichen, die ausschließlich diese Kosten betreffen; auf diese Kosten finden zunächst die Regelung über die Sicherstellung der Krankheitsfürsorge und die entsprechenden Verfahren Anwendung, insbesondere hinsichtlich des Verfahrens der vorherigen Genehmigung.

Gemäß Artikel 73 des Statuts und der danach festgelegten Regelung ist für Beamte und Bedienstete auf Zeit eine zusätzliche Erstattung im Rahmen der Sicherung bei Unfällen und Berufskrankheiten vorgesehen (im letzteren Fall ist ebenfalls ein getrennter Erstattungsantrag einzureichen).

Außer bei höherer Gewalt oder eines sonstigen berechtigten Grundes ist die Anzeige innerhalb der auf den Unfalltag folgenden zehn Werktage zu machen.

Ist eine Krankheit von einem Dritten verschuldet worden, so gehen gemäß Artikel 85 a) des Statuts "die Ansprüche des Betroffenen oder der nach ihm Anspruchsberechtigten an den haftenden Dritten bis-zur Höhe der sich aus dieser Regelung für die Gemeinschaften ergebenden Verpflichtungen ipso jure auf die Gemeinschaften über".

GEBÜHRENRECHNUNG

ORGAN

AUFSTELLUNG ÜBER ZAHNBEHANDLUNG UND ZAHNERSATZ MIT AUFGLIEDERUNG DER DEM ZAHNARZT GEZÄHLTEN GEBÜHREN

Name und Vorname des Versicherten	Mitversicherte Person die behandelt worden ist	
Personalnummer		
OBERKIEFER 	<p style="text-align: center;">(NACH der Behandlung vom Zahnarzt auszufüllen) Lediglich Nummer des Zahns angeben</p> <p>Röntgenaufnahmen Anzahl Bereich</p> <p>Behandlung Normale Füllung Füllung mit Abtötung des Nervs Inlay auf</p> <p>Chirurgie Extraktion Extraktion eingeklemmter Zahne Apikotomie Zahnfleischbehandlung</p> <p>Besondere Behandlung</p>	ERHALTENE Gebühren
UNTERKIEFER OBERKIEFER 	<p>Festsitzender Zahnersatz (verschiedenes Material angeben)</p> <p>Krone auf Stiftzahn auf Krone auf Brücke auf Richmond Veneer (*) auf Inlay auf Zwischenzahne (Anzahl) Abtötung des Material</p> <p>Zahnersatz</p> <p>Oberes Gebiß { Ersatzzähne Klammern oder Befestigung (*) auf Basisplatte (Kunstharz Inox Metal Chrom Kobalt)*</p> <p>Unteres Gebiß { Ersatzzähne Klammern oder Befestigung (*) auf Basisplatte (Kunstharz Inox Metal Chrom Kobalt)*</p> <p>Instandsetzungen (detaillierte Angaben)</p> <p>Provisorischer Zahnersatz</p>	ERHALTENE Gebühren insgesamt
UNTERKIEFER	<p style="text-align: center;">(*) Nichtzutreffendes streichen</p>	

Stempel des behandelnden Zahnarztes

Ich bescheinige, daß ich die auf diesem Vordruck Zahnbehandlung bzw. Zahnersatzarbeit durchgeführt und dafür meine Gebühren in Höhe von erhalten habe

Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes

Stellungnahme des Vertrauensarztes

Datum 1 19

(Unterschrift)

Spec Interinst 3 6 1986 - 17

241 801

10036/1986 DE

AUFSTELLUNG ÜBER GEBÜHRENAHLUNG

ZAHNREGULIERUNG

Formblatt B 2

Stempel des behandelnden Zahnarztes	Ich bescheinige daß ich die vollständige Behandlung zur Regulierung der Zähne von durchgeführt und dafür meine Gebüh ren in Höhe von insgesamt erhalten habe	Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes
	Unterschrift 19	Stellungnahme des Vertrauensarztes

Vom Zahnarzt auszufüllende Quittung über erhaltene Teilbeträge

Name und Vorname des Versicherten	Erhalten von den Betrag von			
Personalnummer	für Zahnregulierung von		bis	19
Stempel des behandelnden Zahnarztes	vom	Datum		19
Bemerkungen			Unterschrift	

Vom Zahnarzt auszufüllende Quittung über erhaltene Teilbeträge

Name und Vorname des Versicherten	Erhalten von den Betrag von			
Personalnummer	für Zahnregulierung von		bis	19
Stempel des behandelnden Zahnarztes	vom	Datum		19
Bemerkungen			Unterschrift	

Vom Zahnarzt auszufüllende Quittung über erhaltene Teilbeträge

Name und Vorname des Versicherten	Erhalten von den Betrag von			
Personalnummer	für Zahnregulierung von		bis	19
Stempel des behandelnden Zahnarztes	vom	Datum		19
Bemerkungen			Unterschrift	

Vom Zahnarzt auszufüllende Quittung über erhaltene Teilbeträge

Name und Vorname des Versicherten	Erhalten von den Betrag von			
Personalnummer	für Zahnregulierung von		bis	19
Stempel des behandelnden Zahnarztes	vom	Datum		19
Bemerkungen			Unterschrift	

ANTRAG AUF VORHERIGE GENEHMIGUNG

Personalnummer

NAME und Vorname des Versicherten

Herrn/Frau/Fräulein

ANSCHRIFT an die die Antwort
zu senden ist (in Großbuchstaben)

HANDELT ES SICH UM EINEN UNFALL? JA NEIN *
WENN JA ZEITPUNKT DES UNFALLS

Teil

Ich bitte um vorherige Genehmigung für die Erstattung der Kosten für folgende Leistungen auf ärztliche Verordnung von

Dr. vom (Datum)

Name Vorname und Geburtsdatum des Kranken

Genesungskur (nach Operationen) für die Zeit vom bis

Genesungskur (nach langer oder schwerer Krankheit) für die Zeit vom bis

Badekur für die Zeit vom bis (in I)

Kur für schwächliche Kinder für die Zeit vom bis

Physiotherapie Hydrotherapie Heilmassagen Heilgymnastik Ultraschalltherapie Röntgenstrahlbestrahlungen Ultraschallbehandlungen

Schlammäder Logopädie Psychotherapie Elektrotherapie medizinische Fußpflege Akupunktur (**)

Chiropraktik (**) und ähnliche Behandlungen (*)

Psychologische Untersuchung

Orthopaedisches Material Bandagen und sonstige Prothesen (Schlag beifügen) (*) (ii)

Andere Apparate zur medizinischen Behandlung (ii)

Kosten für Begleitperson (bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes)

Reisekosten bei Behandlung außerhalb des Behandlungslandes

Kosten für Kranken- und Hauspflege

- Anlagen a) ärztliche Verordnung in allen Fällen
b) Kostenvorschlag für orthopaedisches Material Bandagen und sonstige Prothesen
c) für Badekuren muß ein ärztlicher medizinischer Bericht in verschlossenem Umschlag adressiert an den Vertrauensarzt beigefügt werden

() Nichtzutreffendes streichen

(**) Antrag auf vorherige Genehmigung nicht erforderlich wenn die Behandlungen von einem Arzt ausgeführt werden

(i) Kurort angeben

(ii) Art der Apparate angeben

Datum

Unterschrift des Versicherten

Stellungnahme des Vertrauensarztes

für Tage

(Jede Ablehnung muß begründet werden)

für Behandlungen

für

Datum

Unterschrift des
Vertrauensarztes

BEMERKUNGEN DER ABRECHNUNGSSTELLE

Genehmigt bzw. abgelehnt für

Dem Versicherten mitgeteilt am

Etwaige Bemerkungen

Unterschrift

Diese Entscheidung greift der Anwendung der Regelung der Regelung zur Sicherung bei Unfällen und Berufskrankheiten nicht vor

VORANSCHLAG

BEHANDLUNGSPLAN FÜR ZÄHNERKRANKUNGEN UND ZÄHNERSATZ MIT AUFGLIEDERUNG DER VORAUSSICHTLICHEN GEBÜHREN

NAME und Vorname des Versicherten

Herrn/Frau/Fräulein

ANSCHRIFT, an die der Voranschlag
zurückzusenden ist
(in Grossbuchstaben)

Personalnummer

ORGAN

Mitversicherte Person, die behandelt werden soll

OBERKIEFER



UNTERKIEFER

Stempel des behandelnden
Zahnarztes

(VOR der Behandlung vom Zahnarzt auszufüllen
lediglich Nummer des Zahnes angeben)

Röntgenaufnahmen : Anzahl
Bereich

Behandlung :
Normale Füllung
Füllung mit Abtotung des Nervs
Inlay auf

Chirurgie :
Extraktion
Extraktion eingeklemmter Zähne
Apikotomie
Zahnfleischbehandlung

Besondere Behandlung :

Festsitzender Zahnersatz : (Verwendetes Material angeben)

Krone auf

Stiftzahn

einfach auf

Rücken auf

Krone auf

Brücke

mit Kronen (*) auf

Implantat

Zwischenzähne (Anzahl)

Verwendetes Material

Abnehmbarer Zahnersatz :

Oberes

Ersatzzähne

Gebiss

Klammern oder Befestigung (*) auf

Basisplatte (Kunstharz - Inox-Metal - Chrom-Kobalt) (*)

Unteres

Ersatzzähne

Gebiss

Klammern oder Befestigung (*) auf

Basisplatte (Kunstharz - Inox-Metal - Chrom-Kobalt) (*)

Instandsetzungen (detaillierte Angaben)

Provisorischer Zahnersatz :

VORAUSSICHT-
LICHE
Gebühren

VERMERK DER
ABRECHNUNGS-
STELLE
Voraussichtliche
Erstattungen

MUSTER

Voraussichtliche
Gebühren
insgesamt : Andere
Devisen

Unterschrift

() Nichtzutreffendes streichen

Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes
oder des Vertrauensarztes

ERSTATTUNGSHOCHSTBETRAG ↑

Datum

19

Genehmigt
am
Abgelehnt
Sichvermerk

19

DIESER ANTRAG IST IN ZWEIFACHER AUSFERTIGUNG
 BEI DER ABRECHNUNGSSTELLE EINZUREICHEN

VORANSCHLAG

FORMBLATT B 1

NAME und Vorname des Versicherten Herrn/Frau/Fraulein

ANSCHRIFT an die der Antrag
 zurückzusenden ist
 (in Grossbuchstaben)

Personalnummer

ORGAN

BEHANDLUNGSPLAN FÜR ZAHNREGULIERUNG
 (VOR der Behandlung vom Zahnarzt auszufüllen)

Vorname des mitversicherten Kindes das behandelt werden soll geboren am	Festgestellte Anomalie gewünschte Zahlungsart Anzahlung in Höhe von Teilbeträge in Höhe von alle Monate
Voraussichtliche Dauer der Behandlung	VERMERK DER ABRECHNUNGSSTELLE Voraussichtliche Erstattungen
Voraussichtliche Zahnarztgebühren insgesamt	(Empty space for additional remarks or calculations)

MUSTER

Stempel des behandelnden Zahnarztes Unterschrift Datum 197	Stellungnahme des Vertrauenszahnarztes oder des Vertrauensarztes (Empty space for dentist's statement)	† ERSTATTUNGSHÖCHSTBETRAG Genehmigt am 197 Abgelehnt Sichtvermerk
---	--	---

GEFINSAME KRANKHEITSPFORSORGE
FÜR DIE REAKTEN DER FUGQPATSCHE GEHEINSCHAFTEN

DATEM · 22/07/85

ARRECHNUNGSSTELLE
ARIALIES-PAUSSELI

A H F S T F L I H H F A P T T K F I 7 2 / 3

STABE 22/07/85

ÜBERSICHT ÜBER DIE VON DEN GEFINSAMEN KRANKHEITSPFORSORGE NICHT ERSTATETEN
BETRÄGE FÜR DIE FOLGENDEN ZWOLFMONATSPERIODEN :

SEITE : 2

MONAT	EIGENLASTUNG	Z F T T R A I I M	KUMULIERTE ETGHEINRECHNUNG	MONTE DES HALBEN MONATLICHEN INHALTS (BFR)	INHALTS (A) I INHALTS (BFR) I
JAHR	BFR	T	BFR		
7/84	6094		7/84	9045	40171
8/84			7/84	8575	40094
9/84	1050	10/83		9484	40690
10/84	31645	11/83	10/84	60059	40849
11/84	735	12/83		61379	50301
12/84	784	1/84	12/84	61627	50333
1/85	2180	2/84	1/85	62000	50560
2/85	1460	3/84	2/85	62536	50798
3/85	040	4/84	3/85	63000	51030
4/85	2200	5/84	4/85	63471	51243
5/85		6/84	5/85	64000	40350
6/85	2340	7/84	6/85	64027	47417

FALLS SICH DIE ANFÜHRUNG VON ARTIKEL 22/3 ANSCHLIESSEN, WERDEN SIE FÜR DIESELBE ÜBER ARRECHNUNGSSTELLE
EUFÜR ENTSPRECHENDEM ANTRAG ETLERRECHEN UND DEN GEHEINSCHAFTEN BEZUGSZEITRAUM ANZUGEBEN.

ZENTRALBÜRO
Früherkennungsuntersuchungen

Name und Vorname des Berechtigten:

Name und Vorname der angeschlossenen Person:

Personalnummer:

VON DEN VORGESCHLAGENEN FAKULTATIVEN UNTERSUCHUNGEN KÖNNEN EINIGE AUSGELASSEN
WERDEN, ZUSÄTZLICHE UNTERSUCHUNGEN ABER GEHEN ZU LASTEN DES PATIENTEN.FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM - FRÜHNr. 11. Klinische Untersuchung

- + Sehschürfe
- HNO-Untersuchung

2. Röntgenaufnahme der Lungen

Wenn die Untersuchung weniger als ein Jahr zurückliegt, sind Befund und Röntgenbilder beizufügen.

3. Laboruntersuchungen

- Blutuntersuchung:

Senkungsgeschwindigkeit
Leukozyten
weisses Blutbild
Erythrozyten
Blutplättchen
Hämoglobin
Glykämie
Cholesterin HDL
Triglyzeride
Harnstoff
Harnsäure
Kreatinin
SGPT
SGOT
γGT
Test Σ VDRL durch Immunfluoreszenz
Eisenserum

- Urinuntersuchung:

Albumin, Zucker, mikroskopische Untersuchung, Vorhandensein von Blut.

4. Gynakologische Untersuchung

- Zytologie des Gebärmutterhalses - Abstrich und Kolposkopie
- Klinische Untersuchung der Brüste
- Mammographie, eventuell mit anschließender Echographie auf Anordnung des Gynakologen nach der klinischen Untersuchung der Brüste.

Es ist wünschenswert, im Alter zwischen 30 und 40 Jahren eine Mammographie als Bezugsgrundlage anfertigen zu lassen.

5. Ruhe-EKG als Muster bei der ersten Untersuchung

6. Zusammenfassender Bericht

MUSTER

ZENTRALEÜRO
Früherkennungsuntersuchungen

Name und Vorname des Berechtigten:

Name und Vorname der angeschlossenen
Person :

Personalnummer :

VON DEN VORGESCHLAGENEN FAKULTATIVEN UNTERSUCHUNGEN KÖNNEN EINIGE AUSGELASSEN
WERDEN, ZUSÄTZLICHE UNTERSUCHUNGEN ABER GEHEN ZU LASTEN DES PATIENTEN

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM - FRAUEN

Nr. 2

1. Klinische Untersuchung

2. Vollständige augenärztliche Untersuchung

- Sehscharfe oder Prüfung der Korrektur (ohne Verschreibung von Gläsern)
- Augenhintergrund
- Tonometrie

3. Vollständige HNC-Untersuchung

4. Röntgenaufnahme der Lungen

Wenn die Untersuchung weniger als ein Jahr zurückliegt, sind Befund und Röntgenbilder beizufügen.

5. Laboruntersuchungen

- Blutuntersuchung:

- Senkungsgeschwindigkeit
- Leukozyten
- weißes Blutbild
- Erythrozyten
- Blutplättchen
- Hämoglobin
- Glykämie
- Cholesterin - HDL - LDL
- Triglyzeride
- Harnstoff
- Harnsäure
- Kreatinin
- SGPT
- SGOT
- γ GT
- Test ϵ VDRL durch Immunfluoreszenz
- Eisenserum
- Alkaline Phosphatasen
- Kalzium
- Kalium
- Elektrophorese

- Urinuntersuchung:

Albumin, Zucker, mikroskopische Untersuchung, Vorhandensein von Blut

- Stuhluntersuchung auf Vorhandensein von Blut (während drei aufeinanderfolgender Tage)

6. Rektosigmoidoskopie - alle zwei Jahre

Darmbesichtigung links - alle vier Jahre

Diese Untersuchungen werden angeraten, sind jedoch fakultativ.

7. Kardiovaskuläre Untersuchung

- Ruhe-EKG

- Spezifisches Belastungs-EKG

- Oszillometrie der unteren Gliedmaße nach Einschätzung des Herzspezialisten

8. Gynäkologische Untersuchung

- Zytologie des Gebärmutterhalses - Abstrich und Kolposkopie

- Klinische Untersuchung der Brüste

- Mammographie, eventuell mit anschließender Echographie auf Anordnung des Gynäkologen nach der klinischen Untersuchung der Brüste

9. Zusammenfassender Bericht

MUSTER

ZENTRALBÜRO
Früherkennungsuntersuchungen

ANLAGE 10

Name und Vorname des Berechtigten:

Name und Vorname der angeschlossenen Person:

Personalnummer:

VON DEN VORGESCHLAGENEN FAKULTATIVEN UNTERSUCHUNGEN KÖNNEN EINIGE AUS-
GELASSEN WERDEN, ZUSÄTZLICHE UNTERSUCHUNGEN ABER GEHEN ZU LASTEN DES
PATIENTEN.

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM - MÄNNER

Nr. 3

1. Klinische Untersuchung

- + Sehschärfe
- + HNO-Untersuchung
- + Prostata-Untersuchung

2. Röntgenaufnahme der Lungen

Wenn die Untersuchung weniger als ein Jahr zurückliegt, sind Befund
und Röntgenbilder beizufügen

3. Laboruntersuchungen

- Blutuntersuchungen:

- Senkungsgeschwindigkeit
- Leukozyten
- Weißes Blutbild
- Erythrozyten
- Blutplättchen
- Hämoglobin
- Glykämie
- Cholesterin HDL
- Triglyzeride
- Harnstoff
- Harnsäure
- Kreatinin
- SGPT
- SGOT
- γ GT
- Test [VDRL durch Immunfluoreszenz

- Urinuntersuchung:

Albumin, Zucker, mikroskopische Untersuchung, Vorhandensein von Blut

4. Ruhe-EKG als Besuchsgrundlage bei der ersten Untersuchung

5. Zusammenfassender Bericht

GEMEINSAMES KRANKHEITSFÜRSORGESYSTEM
DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

IX/908/82-DE
Orig.: FR

ZENTRALBÜRO

Fruherkennungsuntersuchungen

Name und Vorname des Berechtigten:

Name und Vorname der angeschlossenen Person:

Personalnummer:

VON DEN VORGESCHLAGENEN FAKULTATIVEN UNTERSUCHUNGEN KÖNNEN EINIGE AUSGELASSEN
WERDEN, ZUSÄTZLICHE UNTERSUCHUNGEN ABER GEHEN ZU LASTEN DES PATIENTEN.

FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM - AN

Nr. 4

1. Klinische Untersuchung

+ Prostata-Untersuchung

2. Vollständige augenärztliche Untersuchung

- Sehscharfe oder Prüfung der Fernsicht (ohne Verschreibung von Gläsern)
- Augenhintergrund
- Tonometrie

3. Vollständige HNO-Untersuchung

4. Röntgenaufnahme der Prostata

Wenn die Untersuchung mehr als ein Jahr zurückliegt, sind Befund und Röntgen-
bilder beizufügen

5. Laboruntersuchungen

- Blutuntersuchungen:

- | | |
|---------------------------|--|
| - Senkungsgeschwindigkeit | - Kreatinin |
| - Leukozyten | - SGPT |
| - weißes Blutbild | - SGOT |
| - Erythrozyten | - γ GT |
| - Blutplättchen | - Test ζ VDRL durch Immunfluoreszenz |
| - Hämoglobin | - Säure und prostatistische
Gesamtphosphatase |
| - Glykämie | - Alkaline Phosphatase |
| - Cholesterin - HDL - LDL | - Kalzium |
| - Triglyzeride | - Kalium |
| - Harnstoff | - Elektrophorese |
| - Harnsaure | |

- Urinuntersuchung:

- Albumin, Zucker, mikroskopische Untersuchung, Vorhandensein von Blut
- Stuhluntersuchung auf Vorhandensein von Blut (während 3 aufeinanderfolgender
Tage)

6. Rektosigmoidoskopie - alle 2 Jahre

Darmbesichtigung links - alle 4 Jahre

Diese Untersuchungen werden angeraten, sind jedoch fakultativ.

7. Kardiovaskuläre Untersuchung

- Ruhe-EKG

- Spezifisches Belastungs-EKG

- Oszillometrie der unteren Gliedmaßen auf Anordnung des Herzspezialisten.

8. Zusammenfassender Bericht

MUSTER

Rules on Sickness Insurance for Officials of the European Communities PROCEDURES

The Rules on Sickness Insurance for Officials of the European Communities and the Rules on the Insurance of Officials of the European Communities against the Risk of Accident and of Occupational Disease were updated and published in May 1984 under the title "Staff Regulations: Regulations and Rules applicable to officials and other servants of the European Communities" (IX/1129/84).

This updating explains the procedures to be followed and the forms to be used for reimbursement and replaces the "Procedures" Section of the booklet "Rules on sickness insurance for officials of the European Communities and practical guide to the reimbursement of medical expenses" (IX/1318/78).

The claims offices at Brussels, Luxembourg and Ispra will be pleased to provide members with any further information they may require.

Contents

A. Sickness insurance

- I. Claim for reimbursement of medical expenses
- II. Prior authorizations
- III. Reimbursement at 100%
- IV. Special reimbursements
- V. Direct payments, advances and accelerated reimbursements
- VI. Preventive medicine
- VII. Non-reimbursable expenses
- VIII. General

B. Insurance against the risk of accident and of occupational disease

A. Sickness insurance

Members should always write their personnel number on any form or letter sent to your claims office.

I. Claim for reimbursement of medical expenses(1)

1. A single copy of the reimbursement claim, duly completed, must be sent with supporting documents to the relevant claims office or other office designated by the institution during the year following the calendar half-year in which treatment was administered, except in case of force majeure (Article 13).

Members are advised to keep a copy.

- (a) Valid receipted bills bearing the name of the patient and the person administering treatment must be produced in respect of all expenses claimed. Only original bills can be accepted (except in the case of complementary reimbursement).
- (b) When medical expenses have been paid by cheque and it has not been possible to obtain a receipt, members must add on to the bill:
 - (i) the number of the cheque,
 - (ii) the name of the paying bank,
 - (iii) the date of payment,
 - (iv) their signature.
- (c) All doctor's bills must be made out in accordance with the legal requirements of the country concerned and also bear the date of each consultation and home visit (with the time in the case of a visit at night) and the fees charged for each medical service.
- (d) For surgical operations the surgeon must specify the nature of the operation either on the bill (by stating the number used for the operation in the national nomenclature) or on a certificate giving details of the operation (to be enclosed in a sealed envelope addressed to the medical officer attached to the claims office).

See Annex 1.

- (e) For dental treatment and prostheses a breakdown of the payments made should be given on the special form provided. Please remember, that for prostheses an estimate must be obtained first. Members are urgently asked, in the interests of all concerned, to be extremely careful when high fees are requested without apparently being fully justified. The claims offices have dental advisers who deliver opinions.

Members are referred to point XV(2) of the Rules which states that "expenses relating to treatments considered by the office responsible for settling claims, after its medical officer has been consulted, where necessary, to be non-functional, superfluous or unnecessary shall not be reimbursed".

They are further reminded that persons entitled to claim reimbursement under any other sickness insurance scheme or to obtain free treatment must in the first instance apply to the other scheme before claiming benefit under this Scheme (Article 6 of the Rules on Sickness Insurance).

Dentists' estimates and bills must be fully itemized by the practitioner and state the name of the patient, details of the treatment and, where possible, the dates of commencement and completion of the treatment.

- (f) The doctor's prescription must be attached to claims for reimbursement of pharmaceutical costs. If the chemist needs to keep the prescription, members must obtain a certified copy from him. The cost of pharmaceutical products not prescribed by a doctor will not be reimbursed.

Costs for repeat prescriptions will be refunded only if they have been formally prescribed by the doctor.

Some chemists refuse to provide receipts giving details and the price of products supplied. Members are reminded that they have a right to insist on a detailed list of products supplied, since the treatment is confidential to them alone. Receipts for pharmaceutical products will be accepted only if

1See Annexes 2 and 3.

2See Annexes 5 and 6.

they give details of the products supplied and the price actually paid, and bear the chemist's stamp and signature.

Note

Members are asked to ensure that claim forms and supporting documents comply with these rules so that reimbursements can be made as quickly as possible. Otherwise they will have to be returned. Supporting documents must also comply with the regulations and legal requirements of the country in which they are issued.

2. A print-out itemizing the reimbursement is sent to the member.

II. Prior authorizations

1. Certain expenses can be reimbursed only after prior authorization of the treatment. These cases are specified in the Rules. Care should be taken, therefore, that the application for prior authorization and, in certain cases, an estimate of the fees for medical treatment, is submitted before the treatment begins. Requests for authorization should be sent to the claims office or other office designated by the institution and not via the Medical Service.

It should be noted that where such authorization was not requested before the medical treatment, no reimbursement will be made.

2. Treatments for which reimbursement is subject to prior authorization! (see Sections IX to XIII of Annex 1 to the rules on Sickness Insurance):

- (a) physiotherapy, hydrotherapy, medical massage, medical gymnastics, mechanotherapy, ultra-violet rays, infra-red rays, ultrasonics, mud bath, logopedics, psychotherapy, psychological examination, electrotherapy, medical chiropody, acupuncture, chiropractic and similar treatments;
- (b) nursing attendance (in hospital or at home);
- (c) convalescent cures (post-operative or after long or serious illness), cures at a health resort, cures for delicate

¹See Annex A.

²Unless the practitioner is a qualified doctor.

children;

- (d) orthopaedic appliances such as wheelchairs and auxiliary appliances, crutches, sticks and orthopaedic footwear;
 - (e) expenditure on travel outside the place of employment;
 - (f) expenditure on providing a companion for a hospitalized child;
 - (g) home calls by leading specialists after the first such call;
 - (h) certain forms of plastic surgery.
3. Treatments for which an estimate is required:¹
- (a) dental prostheses;
 - (b) orthodontic treatment.

III. Reimbursement at 100%

To qualify for the application of Article 72(1) of the Staff Regulations and of Section IV of Annex 1 to the Rules (100% reimbursement of medical expenses incurred for serious illnesses), members should submit to the claims office or other office designated by the institution a written application accompanied by a detailed report drawn up by the doctor giving the treatment, in a sealed envelope addressed to the medical officer.

The applicant will be informed of the decision taken by the appointing authority on the advice of the medical officer.

This decision is normally valid for a maximum of twelve months. If the condition does not improve, an application for renewal should be submitted to the claims office or other office designated by the institution in good time, together with a new report from the doctor giving the treatment.

Claims for reimbursement of expenses arising from a serious illness for which 100% reimbursement has been authorized must be submitted

See Annexes 5 and 6.

on a separate form stating that 100% reimbursement has been authorized. The reimbursement claimed must refer only to expenses arising from the serious illness for which 100% reimbursement was authorized.

IV. Special reimbursement

1. Article 72(3) of the Staff Regulations and Article 8(2) of the Rules on Sickness Insurance for Officials of the European Communities provide for special reimbursement of medical expenses incurred by the member himself or his dependants where the expenses to the insured person in a period of twelve months exceed half of his average basic monthly salary or pension during that period.

The special reimbursement is calculated as follows:

- 90% in the case of a member by whose insurance no other person is covered;
- 100% in other cases.

In accordance with Article 13(2) of the Rules on Sickness Insurance, requests for special reimbursement under Article 8(2) must be made within twelve months of the date on which the expenses last incurred in respect of treatment within the twelve-month period in question were reimbursed.

Example: Reference period: 13 June 1984 to 12 June 1985

Date of computer print-out giving
statement of reimbursement for last
services: 23 July 1985

Last date for application under
Article 72(3): 22 July 1986

In the past, members have applied to their claims office for special reimbursement whenever they felt that they had had to bear very considerable expenses themselves.

Henceforth, to enable the twelve-month deadline to be met, members who may be entitled to a special reimbursement will receive a special print-out three times a year.

After receiving the special print-out (see the specimen in Annex 7), members should apply in writing to your claims office as quickly as possible, stating the exact period to be taken into consideration.

It is hoped that this new procedure for granting special reimbursements will be quicker and more efficient.

In the case of spouses who are both members of the Joint Sickness Insurance Scheme, the rules for interpreting Article 8(2) specify that, where both spouses are members of the scheme, they may jointly opt for aggregation of non-reimbursed expenses provided that:

- the application is made by the spouse whose basic salary is higher;
- the spouse whose non-reimbursed expenses are included with those of the spouse whose basic salary is the higher agrees not to send in a separate application for reimbursement under Article 72(3) of the Staff Regulations and Article 8(2) of the Rules;
- the twelve-month period taken into consideration is the same for both spouses.

Both spouses must ask for the print-out to refer to their combined medical expenses.

The special print-out aggregating their medical expenses will be sent to the spouse whose basic salary is higher.

2. In accordance with the Court of Justice's ruling in Case 115/83, for the purpose of calculating the special reimbursement provided for in Article 72(3) of the Staff Regulations the following weightings will be applied if the member so requests when making his claim:

- . weighting for his place of employment in the case of basic salary; or
- . weighting for his place of residence in the case of pension or allowance.

V. Direct payments, advances and accelerated reimbursements

1. Direct payment of hospital bills.

At the request of the member, a letter can be sent requesting the hospital to send a bill direct to the claims office if the stay in hospital is to exceed two days, providing the hospital concerned agrees. After payment, the amount remaining to be paid by the member is shown in the financial statement. It is considered as an advance on future reimbursements and is deducted either from such reimbursements or from salary.

Members are reminded that, where another primary insurance scheme is involved, our scheme cannot make direct payments. However, if the hospital does not accept a direct payment letter, an advance of an amount determined by the claims office or other office designated by the institution may be paid.

For further information and in order to obtain the letter notifying the hospital to send bills direct, please contact the claims office or other office designated by the institution.

2. Accelerated reimbursement.

This procedure can be requested when a member has incurred exceptionally high medical expenses. The accelerated payment is made into the member's bank account and is shown later on the usual print-out.

It must be emphasized that this procedure cannot be used for expenses spread over a long period and because of the administrative complications involved, you are asked to request accelerated payments or advances only in cases of real urgency.

Procedure for obtaining accelerated reimbursement:

1. In their applications members must declare that they are in financial difficulties as a result of medical expenses they have incurred.
2. No accelerated reimbursement will be made in respect of medical treatment provided more than two months before the date of the application.

3. The amount involved must be at Least:
- (a) Bfrs 10 000 for officials in Grades D to C4
 - (b) Bfrs 15 000 for officials in Grades C3 to C6 and A8
 - (c) Bfrs 45 000 for officials in Grades B2 and B1 and A7 to A4
 - (d) Bfrs 70 000 for officials in Grade A3 and above.

VI. Preventive medicine

Following amendment of Article 72 of the Staff Regulations, persons insured under the Scheme are reminded that they may have regular, systematic medical examinations for the early detection of disease.

These examinations should normally take place at a screening centre approved by the Scheme. However, pensioners, former officials whose service was terminated voluntarily and non-headquarters staff living at some distance from an approved centre may still take advantage of the programmes if they go to their own doctor or a specialist centre.

The cost of the examination will be reimbursed provided that they have enrolled at the Brussels Central Office and the fee charged is in accordance with the official scales then in force. Travel expenses will not be reimbursed.

Examinations are carried out:

- every three years for men (Programme 3) and women (Programme 1) under 40;
- every two years for men (Programme 4) and women (Programme 2) between 40 and 50;
- every year for men (Programme 4) and women (Programme 2) over 50.

Only the examinations and tests listed in the programmes are paid for entirely by the Scheme.

Details of the programmes are given in Annexes 8, 9, 10 and 11.

Members who have already put their name down for screening will automatically be given an appointment, other members may still apply at any time.

For further information, or to register, call:

Luxembourg: Miss Wolter, European Parliament (ext. 2745)

Ispra: Mrs Combet (ext. 5061)

Brussels: Mrs Lopera (ext. 57694) or Mrs Wrana (ext. 53866).

VII. Non-reimbursable expenses

Following consultations with the Medical Council and the Management Committee of the Joint Sickness Insurance Scheme, members are asked to note the following:

- . naturopaths and "Heilpraktiker": the cost of visits and prescriptions will not be reimbursed unless the practitioner is a qualified doctor;
- . pregnancy tests: the cost of tests will not be reimbursed unless they are performed by a qualified doctor;
- . "neonatology" (a psychotherapy technique): fees will not be reimbursed unless the treatment is prescribed by a neuropsychiatrist;
- . reflexology: as this is not a recognized medical science, fees will not be reimbursed;
- . trace-element therapy, aromatherapy and phytotherapy: fees will not be reimbursed.

VIM. General

Forms (claim for reimbursement, application for prior authorization, dental estimates, etc.) can be obtained from the secretariat of each administrative unit or from the office designated by each institution.

General information can be obtained from the claims office or the office designated by the institution. Members working away from

the main centres of employment, pensioners and those who have opted for voluntary termination of service may obtain information and forms from the secretariat of the Brussels Claims Office.

B. Accidents and occupational diseases

Claims for reimbursement of medical expenses resulting from an accident must be made on separate claim forms; these expenses are first subject to the Rules on Sickness Insurance Scheme and to the procedures of this Scheme, notably as regards applications for prior authorization.

Pursuant to Article 73 of the Staff Regulations and the Rules referred to in that Article, an additional reimbursement is payable to the official or member of the temporary staff under the insurance against the risk of accident and occupational disease (in this case too, claims for reimbursement must be made on separate forms).

Officials and temporary staff are reminded that, except in case of force majeure or for any other lawful reason, they must submit a report on any accident in which they are involved within ten days of its occurrence.

In addition, the attention of members is drawn to Article 12 of the Rules on Sickness insurance, which reads: "Where an accident or illness is caused by a third party, the rights of action of the person concerned or of those entitled under him against the third party shall, within the limits of their obligations under these Rules, vest in the Communities".

LIST OF FEES

ORTHODONTIC TREATMENT

Form B 2

Dentist's stamp	I certify that I have carried out complete orthodontic treatment on the teeth of M	Comments of Dental Officer
	and that I have received, for these services, fees totalling	Comments of Dental Officer
	Signature	
Date	19	

Partial receipt to be completed by the practitioner

Surname and forename of member	Received from M	of	the sum	for orthodontic treatment
Personal n°	given to	from	to	19
Practitioner's stamp				Signature
Comments				

Partial receipt to be completed by the practitioner

Surname and forename of member	Received from M	of	the sum	for orthodontic treatment
Personal n°	given to	from	to	19
Practitioner's stamp	Date			Signature
Comments				

Partial receipt to be completed by the practitioner

Surname and forename of member	Received from M	of	the sum	for orthodontic treatment
Personal n°	given to	from	to	19
Practitioner's stamp	Date			Signature
Comments				

Partial receipt to be completed by the practitioner

Surname and forename of member	Received from M	of	the sum	for orthodontic treatment
Personal n°	given to	from	to	19
Practitioner's stamp	Date			Signature
Comments				

SPECIMEN

THIS FORM MUST BE SUBMITTED
IN TRIPLICATE TO THE CLAIMS OFFICE

APPLICATION FOR PRIOR AUTHORIZATION

PERSONNEL NUMBER

SURNAME and Forename(s) of member Mr/Mrs/Miss

ADDRESS to which authorization
should be sent (in block capitals)

IS AN ACCIDENT INVOLVED? YES - NO =
- IF YES, INDICATE DATE OF ACCIDENT

Tel No

I hereby request prior authorization for the reimbursement of expenses in respect of the treatment(s) indicated below prescribed by Dr _____ on _____

Surname forename and date of birth of the patient

- Convalescence (after an operation) from _____ to _____
- Convalescence (after a long or serious illness) from _____ to _____
- Course of treatment at a Spa from _____ to _____
- Treatment for delicate children from _____ to _____
- Physiotherapy hydrotherapy, medical massage, medical exercises, mechano-therapy, electrotherapy, infra-red ray treatment, ultrasonic treatment, mud baths, speech therapy psychotherapy, electrotherapy, chiropody, acupuncture (**), kineotherapy, chiropractic (**) and similar treatments (*) _____
- Number of sessions _____
- Psychological examination _____
- Orthopaedic aids, surgical supports and other prostheses (*) (to _____) _____
- Other aids for medical treatment (a) _____
- Fees for adult accompanying a child in hospital _____
- Travelling expenses, outside place of employment _____
- Cost of nursing attendance (hospital or home) _____
- Enclosures: a) medical prescription in _____
b) estimates in the case of hearing and orthopaedic aids, surgical supports, and other prostheses
c) in all cases relating to treatment, a detailed medical report must be attached, in a sealed envelope, for the Medical Officer

(*) Delete as appropriate (i) indicate the place where the cure will be taken
(**) Prior authorization not required if the treatment is carried out by a doctor (ii) indicate the type of aid or apparatus

Date _____ Signature of member _____

For Medical Officer's comments only (Reasons for refusal must be stated)	for _____	days
	for _____	sessions
	for _____	
Date _____	Signature of Medical Officer _____	

FOR CLAIMS OFFICE USE ONLY

Authorization granted or refused in respect of

Member notified on _____

Comments if any _____

Signature _____

This decision is without prejudice to the application of the rules concerning insurance against the risk of accident and of occupational disease

ESTIMATE

FORM A 1

PROPOSED DENTAL TREATMENT AND PROSTHESES AND BREAKDOWN OF PROBABLE FEES

SURNAME and forename of member

Mrs./Miss/Mr

ADDRESS to which the estimate
must be returned
(in block capitals)

Personal number

INSTITUTION

Person insured through a member who is to receive the treatment

UPPER JAW



LOWER JAW

(To be filled in by the dental surgeon BEFORE the treatment is given
Simply give the number of the tooth)

X-Rays : Number
Areas

Treatment :
Normal filling
Filling with devitalization
Inlay on

Surgery :
Extraction of
Extraction of impacted tooth
Apectomy of
Gingivectomy

Special treatments :

Fixed prosthesis (indicate the material used)

Crown on
Pivot { simple
Richmond
crown
Bridge { Resin and/Veneer (*) on
inlay
intermediate teeth

Materials used

Removable prosthesis :

Upper denture { teeth to be replaced
brace or attachments (*) on
base (resin - stainless metal - (chrome-cobalt) (*)
Lower denture { teeth to be replaced
brace or attachments (*) on
base (resin - stainless metal - (chrome-cobalt) (*)

Repairs (give details)

Temporary prosthesis :

PROBABLE
FEES

FOR SETTLEMENTS
OFFICE USE ONLY
Anticipated
reimbursements

Dental surgeon's
stamp

Signature

Date

Art 240 608

46 - Spéc Internat - 3 6 1986

Comments by Dental (or Medical) Officer

TOTAL
probable
fees

BF
One
currency

MAXIMUM REIMBURSEMENT
Authorised
on
Refused
Stamp

19

THIS CLAIM MUST BE SUBMITTED IN DUPLICATE
 TO THE SETTLEMENTS OFFICE

ESTIMATE

FORM B 1

SURNAME and forename of member

Mrs/Miss/Mr

ADDRESS to which the estimate
 must be returned (in block capitals)

Personal number

INSTITUTION

PROPOSED ORTHODONTIC TREATMENT

(To be completed by the dental surgeon BEFORE the treatment is carried out)

Forename of child insured by the member, who is to receive the treatment Date of birth	Anomaly found Desired method of payment : Deposit of Instalments of every months
Probable duration of treatment Total fees anticipated by the dental surgeon	FOR SETTLEMENTS OFFICE USE ONLY Anticipated reimbursements

SPECIMEN

Dental surgeon's stamp Signature Date 19...	Comments by Dental Officer or Medical Officer Date 19...	↑ MAXIMUM REIMBURSEMENT Authorised date .. 19... Refused Stamp
---	--	--

SICKNESS INSURANCE SCHEME
FOR OFFICIALS OF THE EUROPEAN COMMUNITIES

DATE 01/07/85

PAYMENTS OFFICE
BRUXELLES-BRUSSEL

INFORMATION NOTE UNDER ARTICLE 72 / 3
01/07/85

THE TABLE BELOW SHOWS THE AMOUNTS NOT REIMBURSED BY THE SICKNESS INSURANCE SCHEME
FOR THE FOLLOWING PERIODS OF TWELVE CONSECUTIVE MONTHS

PAGE 2

I I I I I	MONTH	EXPENSES TO	P E R I O D		TOTAL EXPENSES TO	HALF BASIC	EXCESS	I I I I I
	YEAR	INSURED PERSON (BFPS)	FROM	TO	INSURED PERSON (BFPS)	MONTHLY SALARY (BFPS)	(BFPS)	
I	7/84	2305		7/84	2463	35669		I
I	8/84	1601		8/84	4064	35669		I
I	9/84	285		9/84	4349	35669		I
I	10/84	18317	11/84	10/84	72666	35669		I
I	11/84		12/83	11/84	72666	35669		I
I	12/84	1723	1/84	12/84	24389	35669		I
I	1/85	10589	2/84	1/85	34978	35669		I
I	2/85	3119	3/84	2/85	38097	35669	2428	I
I	3/85	990	4/84	3/85	3440	35669	2720	I
I	4/85		5/84	4/85	35669	35669	12724	I
I	5/85		6/84	5/85	35669	35669	12724	I
I	6/85		7/84	6/85	35669	35669	12066	I

IF YOU WISH TO MAKE AN APPLICATION UNDER ARTICLE 72/3, PLEASE WRITE TO THE PAYMENT OFFICE
SPECIFYING THE PERIOD WHICH YOU WISH TO HAVE CONSIDERED.

SPECIMEN

JOINT SICKNESS INSURANCE SCHEME OF THE
EUROPEAN COMMUNITIES

CENTRAL OFFICE

Early detection of disease

Name and forename of patient:

Name and forename of member:

Personnel No:

THE PROPOSED TESTS AND EXAMINATIONS BEING OPTIONAL, ANY ONE OF THEM MAY BE OMITTED. ANY SUPPLEMENTARY TESTS OR EXAMINATIONS WILL BE AT THE PATIENT'S EXPENSE.

WOMENPROGRAMME 11. Clinical examination

Including visual acuity test and complete ear, nose and throat examination

2. Chest X-ray

If you have had a chest X-ray in the last twelve months, the report and plates will be asked for.

3. Laboratory tests

- Blood: - sedimentation rate
 - leucocytes
 - differential leucocyte count
 - erythrocytes
 - platelets
 - haemoglobin
 - glycaemia
 - cholesterol - high density lipoproteins
 - triglycerides
 - urea
 - uric acid
 - creatinine
 - Serum glutamic pyruvic transaminase
 - Serum glutamic oxalo-acetic acid transaminase
 - gamma-glutamyl transpeptidase
 - VDRL test E by immunofluorescence
 - serum iron

- Urine: - Sugar
 - Albumin
 - Microscope examination
 - Blood

4. Gynaecological examination

- Cytology of neck of uterus - cervical smear and colposcopy
- Clinical examination of the breasts
- Mammography followed by echography, if gynaecologist recommends it after clinical examination

5. Electrocardiogram at rest taken for reference at the first examination

6. Summary report

SPECIMEN

CENTRAL OFFICE
Early detection of disease

Name and forename of patient:
Name and forename of member:
Personnel No:

THE PROPOSED TESTS AND EXAMINATIONS BEING OPTIONAL, ANY ONE OF THEM MAY
BE OMITTED. ANY SUPPLEMENTARY TESTS OR EXAMINATIONS ARE AT THE PATIENT'S
EXPENSE.

WOMEN
PROGRAMME 2

1. Clinical examination
2. Complete ophthalmological examination
 - Visual acuity test with review of possible corrective treatment
(without prescription of lenses)
 - Fundus
 - Tonometry (ocular pressure)

3. Complete ear, nose and throat examination

4. Chest X-ray

If you have had a chest X-ray within the last twelve months, the report
and the plates will be asked for.

5. Laboratory tests

- Blood: - sedimentation rate
- leucocytes
- differential leucocyte count
- erythrocytes
- platelets
- haemoglobin
- glycaemia
- cholesterol - high density and low lipoproteins
- triglycerides
- urea
- uric acid
- creatinine

- serum glutamic pyruvic transaminase
- serum glutamic oxalo-acetic acid-transaminase
- gamma-glutamyl transpeptidase
- VDRL test ζ by immunofluorescence
- lipoproteinaemia
- serum iron
- alkaline phosphatase
- calcium
- potassium
- electrophoresis

Urine: - sugar
 - albumin
 - microscope examination

- test for blood in stools (three consecutive days)

6. Proctoscopy every two years

Left colonoscopy every four years

These examinations are advised but remain optional

7. Cardiovascular examination

- electrocardiogram at rest
- exercise electrocardiogram, if necessary
- oscillemetry of lower limbs if recommended by doctor

8. Gynaecological examination

- cytology of neck of uterus, cervical smear and colposcopy
- clinical examination of the breasts
- mammography followed by ultrasonography, if gynaecologist recommends it after clinical examination

9. Summary report

SPECIMEN

JOINT SICKNESS INSURANCE SCHEME OF THE
EUROPEAN COMMUNITIES

ANNEX 10

CENTRAL OFFICE

Early detection of disease

Name and forename of patient:

Name and forename of member:

Personnel No:

THE PROPOSED TESTS AND EXAMINATIONS BEING OPTIONAL, ANY ONE OF THEM MAY BE OMITTED. ANY SUPPLEMENTARY TESTS OR EXAMINATIONS WILL BE AT THE PATIENT'S EXPENSE.

MEN

PROGRAMME - 3

1. Clinical examination

Including visual acuity test, examination of ear, nose and throat and examination of the prostate.

2. Chest X-ray

If you have had a chest X-ray within the last twelve months, the report and plates will be asked for.

3. Laboratory tests

- Blood: - sedimentation rate
- leucocytes
- differential leucocyte count
- erythrocytes
- platelets
- haemoglobin
- glycaemia
- cholesterol - high density lipoproteins
- triglycerides
- urea
- uric acid
- creatinine
- Serum glutamic pyruvic transaminase
- Serum glutamic oxalo-acetic acid transaminase
- gamma-glutamyl transpeptidase
- VDRL test & by immunofluorescence

Urine: - sugar
- albumin
- microscope examination
- blood

4. Electrocardiogram at rest taken for reference at the first examination.
5. Summary report

SPECIMEN

JOINT SICKNESS INSURANCE SCHEME OF THE
EUROPEAN COMMUNITIES

ANNEX 11

CENTRAL OFFICE

Early detection of disease

Name and forename of patient:

Name and forename of member:

Personnel No:

THE PROPOSED TESTS AND EXAMINATIONS BEING OPTIONAL, ANY ONE OF THEM MAY BE OMITTED. ANY SUPPLEMENTARY TESTS OR EXAMINATIONS WILL BE AT THE PATIENT'S EXPENSE.

MEN
PROGRAMME 4

1. Clinical examination
Including examination of the prostate.
2. Complete ophthalmological examination
 - Visual acuity test with review of possible corrective treatment (without prescription of lenses)
 - Fundus
 - Tonometry (ocular pressure)
3. Ear, nose and throat examination
4. Chest X-ray
If you have had a chest X-ray within the last twelve months, the report and the plates will be asked for.
5. Laboratory tests

Blood: - sedimentation rate
- leucocytes
- leucocyte differential count
- red blood corpuscles
- platelets
- haemoglobin
- glycaemia
- cholesterol - high and low density lipoproteins
- triglycerides
- urea
- uric acid
- creatinine

- serum glutamic pyruvic transaminase
- serum glutamic oxalo-acetic acid transaminase
- gamma-glutamyl transpeptidase
- VDRL test & by immunofluorescence
- lipoproteinaemia
- acid phosphatase - total and prostate
- alkaline phosphatase
- calcium
- potassium
- electrophoresis

Urine: - sugar
 - albumin
 - microscope examination

Test for blood in stools (three consecutive days)

6. Proctoscopy every two years

Left colonoscopy every four years

These examinations are advised but re

7. Cardiovascular examination

- electrocardiogram at rest
- exercise electrocardiogram, necessary
- oscillometry of lower limbs if doctor recommends it.

8. Summary report

SPECIMEN

Regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari delle Comunità europee PROCEDURE

Le varie regolamentazioni relative alla copertura dei rischi di malattia, da un lato, dei rischi di infortunio e di malattie professionali, dall'altro, dei funzionari delle Comunità europee, sono state aggiornate e pubblicate nel maggio 1984 col titolo "Statuto: regolamenti e regolamentazioni applicabili ai funzionari e altri agenti delle Comunità europee" (rif. IX/1129/84).

L'attuale aggiornamento riguarda le procedure da seguire in questi settori nonché i formulari da utilizzare e sostituisce la parte "procedura" pubblicata nell'opuscolo "Regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia dei funzionari delle Comunità europee e guida pratica del rimborso delle spese mediche" (rif. IX/1318/78).

Gli uffici di liquidazione di Bruxelles, Lussemburgo e Ispra sono a disposizione degli affiliati per eventuali chiarimenti o informazioni.

Indice

A. Assicurazione malattia

- I. Domanda di rimborso di spese mediche
- II. Autorizzazioni preventive
- III. Rimborso al 100%
- IV. Rimborso speciale
- V. Pagamento diretto - anticipo - rimborso accelerato
- VI. Esami preventivi
- VII. Prestazioni non rimborsate
- VIII. Generalità

B. Assicurazione infortuni e malattie professionali

A. Assicurazione malattia

Si raccomanda agli affiliati di non dimenticare mai di indicare il numero personale sui moduli e su tutta la corrispondenza con gli uffici di liquidazione.

I. Domanda di rimborso di spese mediche(1)

1. La domanda di rimborso debitamente compilata deve essere trasmessa, in una sola copia e accompagnata dai documenti di giustificazione, all'ufficio di liquidazione competente o all'ufficio appositamente designato da ogni istituzione, entro 12 mesi successivi al semestre civile nel corso del quale sono state fornite le cure o le prestazioni, salvo nel caso di forza maggiore (art. 13).

Si raccomanda di conservare una copia del modulo di domanda.

- a) Tutte le spese devono essere provate da fatture regolamentari quietanzate indicanti il nome dell'ammalato e il nome della persona che ha fornito le cure. Si accetta solo l'originale delle fatture (salvo nel caso di rimborso complementare).
- b) Per le prestazioni pagate mediante assegno od ordine di trasferimento bancario, per le quali non sia stato possibile ottenere una prova dell'avvenuto pagamento, l'affiliato deve indicare sulle fatture e sugli onorari:
 - 1) il numero dell'assegno,
 - 2) il nome dell'organismo incaricato del pagamento,
 - 3) la data del pagamento,
 - 4) e convalidare con la propria firma tali indicazioni.
- c) Ogni fattura rilasciata dal medico deve essere conforme alla legislazione del paese in cui è stata emessa e deve inoltre riportare la data di ogni visita in ambulatorio o a domicilio (con l'ora nel caso di visite notturne), nonché l'onorario percepito per ciascun intervento medico.

(1) Cfr. allegato 1.

d) Nel caso di intervento chirurgico, il chirurgo deve precisare la natura dell'intervento (tale precisazione può essere fornita indicando sulla fattura il numero di riferimento della nomenclatura nazionale o con un certificato del chirurgo indicante la natura dell'intervento, da trasmettere in busta chiusa al medico fiduciario dell'ufficio di liquidazione.

e) Per quanto riguarda le cure e le protesi dentarie effettuate e gli importi analitici degli onorari percepiti dai medici, i funzionari sono pregati di utilizzare gli appositi moduli (1). Si ricorda che per le protesi si richiede il preventivo (2). Nell'interesse di tutti, invitiamo gli assicurati ad essere molto attenti quando vengono chieste somme importanti, che non sembrano interamente motivate. Si ricorda che gli uffici liquidatori hanno dei dentisti di fiducia che possono dare dei pareri.

Si richiama inoltre l'attenzione degli affiliati sul punto XV/2 della regolamentazione, a norma del quale "non danno luogo a rimborso le spese relative ai trattamenti considerati non funzionali, eccessivi o non necessari dall'ufficio liquidatore, previo parere eventuale del medico di fiducia".

Si ricorda pure che coloro che possono ottenere un rimborso da un'altra assicurazione pubblica o una prestazione gratuita debbono rivolgersi al sistema da cui dipendono prima di beneficiare a titolo complementare del nostro regime (art. 6 della regolamentazione).

I preventivi dentari e gli onorari debbono essere compilati integralmente dal medico, con menzione dell'identità del beneficiario, i particolari delle cure ed eventualmente la data di inizio e fine del trattamento.

f) Per le spese farmaceutiche, la prescrizione del medico deve essere allegata alle domande di rimborso. Nel caso in cui la ricetta debba essere conservata dalla farmacia, l'assicurato è tenuto a presentare una copia certificata dal farmacista. Non si concedono rimborsi spese per prodotti farmaceutici non prescritti dal medico.

Il rimborso per la ripetizione di prescrizioni mediche può essere effettuato solo se il medico lo ha formalmente ordinato.

Talune farmacie rifiutano di indicare sulle quietanze, oltre al prezzo pagato, la natura dei prodotti forniti. Si ricorda agli

(1) Cfr. allegati 2 e 3.

(2) Cfr. allegati 5 e 6.

affiliati che essi soli sono detentori del segreto medico e che possono esigere una quietanza particolareggiata dei prodotti forniti. In ogni caso le fatture delle farmacie saranno considerate valide solo se indicheranno il prodotto fornito e il prezzo effettivamente pagato, con apposti il timbro e la firma del farmacista.

Nota:

Gli affiliati sono pregati di aver cura che le domande e i documenti giustificativi siano conformi a queste disposizioni, affinché i rimborsi possano essere liquidati con sollecitudine, evitando eventuali rinvii di certificati al funzionario. I documenti giustificativi devono essere conformi ai regolamenti e alle leggi dei paesi in cui sono emessi.

2. Una distinta meccanografica che elenca le varie voci del rimborso viene inviata all'affiliato.

II. Autorizzazioni preventive

1. In taluni casi, precisati nella regolamentazione, il rimborso spese viene effettuato solo in base ad autorizzazione preventiva. E' dunque necessario presentare la domanda di autorizzazione preventiva, nonché eventualmente un preventivo di spesa per le prestazioni mediche, prima dell'inizio della cura. Tutte le autorizzazioni preventive devono essere inviate direttamente all'ufficio di liquidazione o all'ufficio appositamente designato da ogni istituzione, e non al servizio medico.

Si precisa in proposito che, qualora tale autorizzazione non sia stata richiesta prima delle prestazioni mediche, le domande di rimborso non potranno essere prese in considerazione.

2. Elenco delle prestazioni il cui rimborso necessita un'autorizzazione preventiva (1) (cfr. punti IX-XIII dell'allegato 1 della regolamentazione).
 - a) Fisioterapia, idroterapia, massaggi medici, ginnastica medica, meccanoterapia, raggi ultravioletti, infrarossi, ultrasuoni, applicazioni di fango, logopedia, psicoterapia,

(1) Cfr. allegato 4.

- esame psicologico, elettroterapia, pedicure medica, agopuntura (1), chiropratica (1) e trattamenti assimilati;
- b) Spese di assistenza malati (in ospedale o a domicilio);
 - c) Cure di convalescenza (malattie gravi o di lunga durata) o postoperatorie; cure termali, cure per bambini gracili;
 - d) Apparecchi ortopedici, sedie a rotelle e apparecchi ausiliari assimilati, stampelle, bastoni e calzature ortopediche;
 - e) Spese di viaggio fuori dalla sede di servizio;
 - f) Spese di accompagnamento (ricovero di un bambino);
 - g) Visite successive di celebrità mediche;
 - h) Taluni casi di intervento chirurgico plastico.

3. Prestazioni il cui rimborso necessita un preventivo (2):

- a) Protesi dentistiche;
- b) Cure ortodontiarie.

III. Rimborso al 100%

Per l'applicazione delle disposizioni dell'articolo 72, paragrafo 1, dello statuto e del punto IV dell'allegato 1 della regolamentazione (rimborso al 100% delle spese per malattie gravi) l'affiliato deve presentare all'ufficio di liquidazione o all'ufficio appositamente designato da ogni istituzione una domanda scritta, accompagnata da una relazione particolareggiata, in busta chiusa, redatta dal medico curante del malato e indirizzata al medico fiduciario.

L'affiliato viene informato della decisione presa, dopo aver sentito il parere del medico di fiducia, dall'autorità che ha il potere di nomina.

Questa decisione è di norma valida per un periodo massimo di 12 mesi. Se lo stato di salute del malato non è migliorato, è opportuno presentare in tempo utile, all'ufficio di liquidazione o all'ufficio appositamente designato da ogni istituzione, una domanda di rinnovo, accompagnata da una nuova relazione del medico curante.

(1) Autorizzazione preventiva non necessaria se praticata da un medico.

(2) Cfr. allegati 5 e 6.

Le domande di rimborso delle spese relative a una malattia grave per la quale è autorizzato il rimborso al 100% dovranno essere presentate su modulo a parte, in cui è indicato il riferimento all'accordo per il rimborso al 100%. Le spese per le quali si chiede il rimborso dovranno essere unicamente quelle riguardanti la malattia grave per la quale è stato accordato il rimborso al 100%.

IV. Rimborso speciale

1. L'articolo 72, paragrafo 3, dello statuto e l'articolo 8, paragrafo 2, delle disposizioni generali del regime comune di assicurazione malattia prevedono un rimborso speciale delle spese mediche quando la parte non rimborsata delle spese sostenute dall'affiliato per se stesso o per le persone tramite suo assicurate supera, in un periodo di 12 mesi, la metà dello stipendio di base mensile medio o della pensione riscossi durante detto periodo.

Il rimborso speciale viene determinato nel modo seguente:

- 90% per un affiliato senza altri assicurati a suo carico;
- 100% negli altri casi.

In conformità dell'articolo 13, paragrafo 2, della regolamentazione relativa alla copertura dei rischi di malattia, le domande di rimborso speciale di cui all'articolo 8, paragrafo 2, delle disposizioni generali di detta regolamentazione, vanno presentate entro 12 mesi a decorrere dalla data di rimborso delle spese dell'ultima prestazione che rientra nel periodo considerato di 12 mesi.

Esempio: Periodo considerato	<u>13.6.1984-12.6.1985</u>
Data del calcolo meccanografico di rimborso dell'ultima prestazione:	<u>23.7.1985</u>
Data limite della domanda di applicazione dell'articolo 72, paragrafo 3:	<u>22.7.1986</u>

Fino ad ora, le domande di rimborso speciale venivano presentate agli uffici liquidatori dagli affiliati, quando questi ritenevano che una somma considerevole era rimasta a loro carico.

D'ora in poi è distribuita, tre volte all'anno, agli affiliati che potrebbero richiedere un siffatto rimborso, una nota d'informazione per permettere di rispettare il termine di 12 mesi.

Dopo aver ricevuto tale informazione, un facsimile della quale si trova nell'allegato 7, sarà comunque necessario, per poter beneficiare di queste disposizioni, farne il più rapidamente possibile domanda scritta all'ufficio liquidatore precisando il periodo esatto da prendere in considerazione.

Questa procedura ha lo scopo di migliorare e di semplificare i rimborsi speciali che possono essere richiesti dagli affiliati.

Per i coniugi entrambi affiliati al regime comune di assicurazione malattia, le disposizioni d'interpretazione dell'articolo 8, paragrafo 2, della regolamentazione specificano quanto segue:

- due coniugi che siano entrambi affiliati al regime, hanno di comune accordo la facoltà di optare per il cumulo delle parti non rimborsate delle spese malattia, con riserva che
 - . ciò avvenga tramite il coniuge affiliato avente lo stipendio base più elevato,
 - . il coniuge - la cui parte non rimborsata di spese sarebbe presa in considerazione nel calcolo delle spese del coniuge avente lo stipendio di base più elevato - rinunci a presentare separatamente una domanda sulla base delle disposizioni degli articoli 72, paragrafo 3 dello statuto e 8, paragrafo 2, della regolamentazione,
 - . il periodo considerato di 12 mesi sia lo stesso per i due coniugi.

Se i due coniugi desiderano ottenere la nota d'informazione di cui sopra comportante il cumulo delle due pratiche di spese mediche, la domanda deve essere fatta da entrambi.

La nota d'informazione sarà inviata al coniuge affiliato avente lo stipendio base più elevato.

2. A seguito della sentenza 115/83 della Corte di giustizia delle CE, relativa al rimborso speciale delle spese di malattia a norma dell'articolo 72, paragrafo 3, dello statuto: nel calcolo del rimborso speciale cui l'affiliato può pretendere si terrà conto, ove l'interessato ne faccia richiesta, del coefficiente correttore della sede di servizio da applicare al suo stipendio base, o del coefficiente correttore del luogo di residenza per la pensione o per l'indennità.

V. Pagamento diretto, anticipo, rimborso accelerato

1. Pagamento diretto - Fatture di istituti ospedalieri

In caso di ricovero ospedaliero di durata superiore a due giorni, d'accordo con l'istituto interessato e su richiesta dell'affiliato, può essere rilasciata una lettera d'impegno. Dopo la liquidazione delle spese ospedaliere, l'importo che resta a carico dell'affiliato e che figura sulla nota-spese definitiva, sarà iscritto al conto "anticipi" dei futuri rimborsi e sarà trattenuto su di essi o sulla retribuzione.

Si ricorda che se interviene in linea principale un regime esterno, il nostro regime non può assumere un impegno diretto presso gli istituti di cura. Tuttavia, in caso di mancata accettazione della lettera d'impegno da parte dell'istituto ospedaliero, l'affiliato può chiedere un anticipo il cui importo è determinato dall'ufficio di liquidazione o dall'ufficio designato a tale scopo da ciascuna istituzione.

Per maggiori informazioni e per la compilazione di una lettera d'impegno, gli interessati dovranno rivolgersi all'ufficio di liquidazione o all'ufficio designato a tale scopo da ogni istituzione.

2. Rimborso accelerato

Un rimborso accelerato può essere richiesto se l'affiliato ha dovuto far fronte a spese mediche eccessivamente elevate, tenuto conto della sua retribuzione normale. Questo pagamento viene effettuato sul conto bancario dell'affiliato e riportato quindi sulla distinta meccanografica.

Naturalmente non si può ricorrere a questa procedura nel caso di spese ripartite su un lungo periodo. Tenuto conto delle complicazioni amministrative che ne derivano, gli affiliati sono pregati di non ricorrere ai pagamenti accelerati e agli anticipi se non in caso di effettiva urgenza.

Modalità da seguire per ottenere un rimborso accelerato:

- a) l'affiliato nel fare la domanda deve dichiarare di trovarsi in una situazione finanziaria difficile in seguito a spese sostenute per prestazioni mediche;
- b) le cure mediche prestate oltre due mesi prima della data della richiesta non possono essere prese in considerazione per beneficiare di questa agevolazione;
- c) le somme prese in considerazione devono essere almeno di
10.000 BFR per i funzionari di grado da D à C/4
15.000 BFR per i funzionari di grado da C/3 a B/3 e A/8
45.000 BFR per i funzionari di grado B/2, B/1 e da A/7 a A/4
70.000 BFR per i funzionari di grado A/3 e superiore.

VI. Esami preventivi

A seguito della modifica dell'articolo 72 dello statuto, si ricorda agli assicurati che possono beneficiare di un programma di esami preventivi periodici e sistematici.

Gli esami devono essere obbligatoriamente effettuati in un centro convenzionato con il RCAM. Tuttavia i pensionati, coloro che fruiscono del volontariato e gli agenti isolati che non risiedono nelle vicinanze di uno di tali centri possono beneficiare degli stessi vantaggi rivolgendosi al loro medico curante oppure a un centro specializzato; le spese saranno rimborsate a condizione che i beneficiari siano iscritti all'ufficio centrale di Bruxelles e che l'importo fatturato sia conforme alle tariffe pubbliche in vigore. Non vengono rimborsate le eventuali spese di trasporto.

Le convocazioni sono inviate:

- ogni tre anni alle donne (programma n. 1) e agli uomini (programma n. 3) di età inferiore ai 40 anni;

- ogni due anni alle donne (programma n. 2) e agli uomini (programma n. 4) dai 40 ai 50 anni;
- ogni anno alle donne (programma n. 2) e agli uomini (programma n. 4) di età superiore ai 50 anni.

Solo gli esami contemplati dai programmi sono totalmente a carico del RCAM.

Cfr. agli allegati 8, 9, 10 e 11 il facsimile dei programmi dettagliati.

Le persone già iscritte sono convocate automaticamente. Tutti gli assicurati non ancora iscritti possono iscriversi in qualsiasi momento.

Per maggiori informazioni e per le iscrizioni si prega di rivolgersi a:

- Lussemburgo: sig.na Wolter - Parlamento europeo - tel. 2745
- Ispra : sig.ra Combet - tel. 5061
- Bruxelles : sig.ra Lopéra - tel. 57694 e
sig.ra Wrana - tel. 53866.

VII. Prestazioni non rimborsate

A seguito dei pareri del consiglio medico e del comitato di gestione del regime comune di assicurazione malattia, le consultazioni e le prescrizioni degli "Heilpraktiker" e dei "naturopati" non sono rimborsabili a meno che questi siano dei dottori in medicina.

I test di gravidanza sono rimborsati unicamente se sono effettuati da dottori in medicina.

Le prestazioni di psicoterapia nell'ambito della neonatologia sono rimborsate unicamente quando sono prescritte da un neuropsichiatra.

La riflessologia non è medicalmente riconosciuta e non è dunque rimborsabile.

Gli oligoelementi, l'aromaterapia, la fitoterapia non sono rimborsabili.

VIII. Generalità

I moduli (domanda di rimborso, domanda di autorizzazione preventiva, preventivo per cure dentarie, ecc.) si possono ottenere presso la segreteria di ogni unità amministrativa o l'ufficio appositamente designato da ogni istituzione.

Per ogni chiarimento di ordine generale, ci si potrà rivolgere all'ufficio di liquidazione o all'ufficio appositamente designato da ogni istituzione. Gli affiliati in servizio in località isolate, i pensionati e gli affiliati volontari possono ottenere informazioni e/o moduli presso la segreteria dell'ufficio di liquidazione di Bruxelles.

B. Infortuni e malattie professionali

Per le spese mediche a seguito di infortunio occorso a un affiliato o assicurato si chiederà il rimborso su modulo a parte; queste spese sono soggette alla regolamentazione sulla copertura dei rischi di malattia, e alle relative procedure, anche per quanto riguarda le domande di autorizzazione preventiva.

In virtù delle disposizioni dell'articolo 73 dello statuto e della regolamentazione ivi contemplata un rimborso supplementare è previsto per il funzionario o agente temporaneo a titolo della copertura contro i rischi d'infortunio o di malattia professionale (in quest'ultimo caso le spese sono da presentare separatamente per il rimborso).

Si ricorda che, salvo in caso di forza maggiore o per altro motivo legittimo, il funzionario o l'agente temporaneo deve presentare una dichiarazione dell'infortunio occorsogli entro dieci giorni lavorativi dalla data dell'infortunio.

Inoltre, qualora l'infortunio o la malattia sia imputabile a un terzo, si ricorda che, a norma dell'articolo 85 bis dello statuto "le Comunità sono surrogate di diritto, nel limite degli obblighi che loro incombono ai sensi dello statuto, alla vittima o ai suoi aventi diritto nelle azioni contro il terzo responsabile".

SPECIFICA DEGLI ONORARI

CURA ORTODONTICA

Modulo B 2

Timbro del dentista curante	Certifico di aver prestato le cure ortodontiche complete della dentatura del sig	Parera del Dentista di Fiducia
	e di aver percepito, per il complesso delle mie prestazioni, onorari per un importo globale di	Parere del Medico di Fiducia
	Firma	
	196	
Ricevuta parziale riservata al dentista		
Cognome e nome dell'iscritto	Ricevuta dal sig di praticate dal	, la somma per cure ortodontiche
N° di matricola	al	196
Timbro del dentista curante		196
Osservazioni:		Firma
Ricevuta parziale riservata al dentista		
Cognome e nome dell'iscritto	Ricevuta dal sig di praticate a dal	, la somma per cure ortodontiche
N° di matricola	al	196
Timbro del dentista curante		196
Osservazioni:		Firma
Ricevuta parziale riservata al dentista		
Cognome e nome dell'iscritto	Ricevuta dal sig di praticate a dal	, la somma per cure ortodontiche
N° di matricola	al	196
Timbro del dentista curante		196
Osservazioni:		Firma
Ricevuta parziale riservata al dentista		
Cognome e nome dell'iscritto	Ricevuta dal sig di praticate a dal	, la somma per cure ortodontiche
N° di matricola	al	196
Timbro del dentista curante		196
Osservazioni:		Firma

Fac-Simile

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

N° di matricola

COGNOME e nome dell'affiliato(a)
INDIRIZZO al quale la risposta dovrà
essere restituita (in caratteri stampatello)

Signora/Signorina/Signor _____

TRATTASI D'INFORTUNIO ? SI - NO
IN CASO AFFERMATIVO, INDICARE LA DATA _____

N° di telefono _____

Chiedo autorizzazione preventiva per ottenere il rimborso delle spese relative alle prestazioni qui di seguito specificate e prescritte dal

Dott. _____ in data _____

Cognome, nome e data di nascita dell'ammalato _____

Cura di convalescenza (postoperatoria), per il periodo dal _____

Cura di convalescenza (lunga o grave malattia), per il periodo dal _____ al _____

Cura termale, per il periodo dal _____ (1) _____

Cura per bambini gracili, per il periodo dal _____ al _____

Fisioterapia, idroterapia, massaggi terapeutici, ginnastica medica, meccanoterapia, ultravioletti, infrarossi, ultrasuoni, bagni fango,
logopedia, psicoterapia, elettroterapia, pedicura medica, agopuntura (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160) (161) (162) (163) (164) (165) (166) (167) (168) (169) (170) (171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190) (191) (192) (193) (194) (195) (196) (197) (198) (199) (200) (201) (202) (203) (204) (205) (206) (207) (208) (209) (210) (211) (212) (213) (214) (215) (216) (217) (218) (219) (220) (221) (222) (223) (224) (225) (226) (227) (228) (229) (230) (231) (232) (233) (234) (235) (236) (237) (238) (239) (240) (241) (242) (243) (244) (245) (246) (247) (248) (249) (250) (251) (252) (253) (254) (255) (256) (257) (258) (259) (260) (261) (262) (263) (264) (265) (266) (267) (268) (269) (270) (271) (272) (273) (274) (275) (276) (277) (278) (279) (280) (281) (282) (283) (284) (285) (286) (287) (288) (289) (290) (291) (292) (293) (294) (295) (296) (297) (298) (299) (300) (301) (302) (303) (304) (305) (306) (307) (308) (309) (310) (311) (312) (313) (314) (315) (316) (317) (318) (319) (320) (321) (322) (323) (324) (325) (326) (327) (328) (329) (330) (331) (332) (333) (334) (335) (336) (337) (338) (339) (340) (341) (342) (343) (344) (345) (346) (347) (348) (349) (350) (351) (352) (353) (354) (355) (356) (357) (358) (359) (360) (361) (362) (363) (364) (365) (366) (367) (368) (369) (370) (371) (372) (373) (374) (375) (376) (377) (378) (379) (380) (381) (382) (383) (384) (385) (386) (387) (388) (389) (390) (391) (392) (393) (394) (395) (396) (397) (398) (399) (400) (401) (402) (403) (404) (405) (406) (407) (408) (409) (410) (411) (412) (413) (414) (415) (416) (417) (418) (419) (420) (421) (422) (423) (424) (425) (426) (427) (428) (429) (430) (431) (432) (433) (434) (435) (436) (437) (438) (439) (440) (441) (442) (443) (444) (445) (446) (447) (448) (449) (450) (451) (452) (453) (454) (455) (456) (457) (458) (459) (460) (461) (462) (463) (464) (465) (466) (467) (468) (469) (470) (471) (472) (473) (474) (475) (476) (477) (478) (479) (480) (481) (482) (483) (484) (485) (486) (487) (488) (489) (490) (491) (492) (493) (494) (495) (496) (497) (498) (499) (500) (501) (502) (503) (504) (505) (506) (507) (508) (509) (510) (511) (512) (513) (514) (515) (516) (517) (518) (519) (520) (521) (522) (523) (524) (525) (526) (527) (528) (529) (530) (531) (532) (533) (534) (535) (536) (537) (538) (539) (540) (541) (542) (543) (544) (545) (546) (547) (548) (549) (550) (551) (552) (553) (554) (555) (556) (557) (558) (559) (560) (561) (562) (563) (564) (565) (566) (567) (568) (569) (570) (571) (572) (573) (574) (575) (576) (577) (578) (579) (580) (581) (582) (583) (584) (585) (586) (587) (588) (589) (590) (591) (592) (593) (594) (595) (596) (597) (598) (599) (600) (601) (602) (603) (604) (605) (606) (607) (608) (609) (610) (611) (612) (613) (614) (615) (616) (617) (618) (619) (620) (621) (622) (623) (624) (625) (626) (627) (628) (629) (630) (631) (632) (633) (634) (635) (636) (637) (638) (639) (640) (641) (642) (643) (644) (645) (646) (647) (648) (649) (650) (651) (652) (653) (654) (655) (656) (657) (658) (659) (660) (661) (662) (663) (664) (665) (666) (667) (668) (669) (670) (671) (672) (673) (674) (675) (676) (677) (678) (679) (680) (681) (682) (683) (684) (685) (686) (687) (688) (689) (690) (691) (692) (693) (694) (695) (696) (697) (698) (699) (700) (701) (702) (703) (704) (705) (706) (707) (708) (709) (710) (711) (712) (713) (714) (715) (716) (717) (718) (719) (720) (721) (722) (723) (724) (725) (726) (727) (728) (729) (730) (731) (732) (733) (734) (735) (736) (737) (738) (739) (740) (741) (742) (743) (744) (745) (746) (747) (748) (749) (750) (751) (752) (753) (754) (755) (756) (757) (758) (759) (760) (761) (762) (763) (764) (765) (766) (767) (768) (769) (770) (771) (772) (773) (774) (775) (776) (777) (778) (779) (780) (781) (782) (783) (784) (785) (786) (787) (788) (789) (790) (791) (792) (793) (794) (795) (796) (797) (798) (799) (800) (801) (802) (803) (804) (805) (806) (807) (808) (809) (810) (811) (812) (813) (814) (815) (816) (817) (818) (819) (820) (821) (822) (823) (824) (825) (826) (827) (828) (829) (830) (831) (832) (833) (834) (835) (836) (837) (838) (839) (840) (841) (842) (843) (844) (845) (846) (847) (848) (849) (850) (851) (852) (853) (854) (855) (856) (857) (858) (859) (860) (861) (862) (863) (864) (865) (866) (867) (868) (869) (870) (871) (872) (873) (874) (875) (876) (877) (878) (879) (880) (881) (882) (883) (884) (885) (886) (887) (888) (889) (890) (891) (892) (893) (894) (895) (896) (897) (898) (899) (900) (901) (902) (903) (904) (905) (906) (907) (908) (909) (910) (911) (912) (913) (914) (915) (916) (917) (918) (919) (920) (921) (922) (923) (924) (925) (926) (927) (928) (929) (930) (931) (932) (933) (934) (935) (936) (937) (938) (939) (940) (941) (942) (943) (944) (945) (946) (947) (948) (949) (950) (951) (952) (953) (954) (955) (956) (957) (958) (959) (960) (961) (962) (963) (964) (965) (966) (967) (968) (969) (970) (971) (972) (973) (974) (975) (976) (977) (978) (979) (980) (981) (982) (983) (984) (985) (986) (987) (988) (989) (990) (991) (992) (993) (994) (995) (996) (997) (998) (999) (1000) (1001) (1002) (1003) (1004) (1005) (1006) (1007) (1008) (1009) (1010) (1011) (1012) (1013) (1014) (1015) (1016) (1017) (1018) (1019) (1020) (1021) (1022) (1023) (1024) (1025) (1026) (1027) (1028) (1029) (1030) (1031) (1032) (1033) (1034) (1035) (1036) (1037) (1038) (1039) (1040) (1041) (1042) (1043) (1044) (1045) (1046) (1047) (1048) (1049) (1050) (1051) (1052) (1053) (1054) (1055) (1056) (1057) (1058) (1059) (1060) (1061) (1062) (1063) (1064) (1065) (1066) (1067) (1068) (1069) (1070) (1071) (1072) (1073) (1074) (1075) (1076) (1077) (1078) (1079) (1080) (1081) (1082) (1083) (1084) (1085) (1086) (1087) (1088) (1089) (1090) (1091) (1092) (1093) (1094) (1095) (1096) (1097) (1098) (1099) (1100) (1101) (1102) (1103) (1104) (1105) (1106) (1107) (1108) (1109) (1110) (1111) (1112) (1113) (1114) (1115) (1116) (1117) (1118) (1119) (1120) (1121) (1122) (1123) (1124) (1125) (1126) (1127) (1128) (1129) (1130) (1131) (1132) (1133) (1134) (1135) (1136) (1137) (1138) (1139) (1140) (1141) (1142) (1143) (1144) (1145) (1146) (1147) (1148) (1149) (1150) (1151) (1152) (1153) (1154) (1155) (1156) (1157) (1158) (1159) (1160) (1161) (1162) (1163) (1164) (1165) (1166) (1167) (1168) (1169) (1170) (1171) (1172) (1173) (1174) (1175) (1176) (1177) (1178) (1179) (1180) (1181) (1182) (1183) (1184) (1185) (1186) (1187) (1188) (1189) (1190) (1191) (1192) (1193) (1194) (1195) (1196) (1197) (1198) (1199) (1200) (1201) (1202) (1203) (1204) (1205) (1206) (1207) (1208) (1209) (1210) (1211) (1212) (1213) (1214) (1215) (1216) (1217) (1218) (1219) (1220) (1221) (1222) (1223) (1224) (1225) (1226) (1227) (1228) (1229) (1230) (1231) (1232) (1233) (1234) (1235) (1236) (1237) (1238) (1239) (1240) (1241) (1242) (1243) (1244) (1245) (1246) (1247) (1248) (1249) (1250) (1251) (1252) (1253) (1254) (1255) (1256) (1257) (1258) (1259) (1260) (1261) (1262) (1263) (1264) (1265) (1266) (1267) (1268) (1269) (1270) (1271) (1272) (1273) (1274) (1275) (1276) (1277) (1278) (1279) (1280) (1281) (1282) (1283) (1284) (1285) (1286) (1287) (1288) (1289) (1290) (1291) (1292) (1293) (1294) (1295) (1296) (1297) (1298) (1299) (1300) (1301) (1302) (1303) (1304) (1305) (1306) (1307) (1308) (1309) (1310) (1311) (1312) (1313) (1314) (1315) (1316) (1317) (1318) (1319) (1320) (1321) (1322) (1323) (1324) (1325) (1326) (1327) (1328) (1329) (1330) (1331) (1332) (1333) (1334) (1335) (1336) (1337) (1338) (1339) (1340) (1341) (1342) (1343) (1344) (1345) (1346) (1347) (1348) (1349) (1350) (1351) (1352) (1353) (1354) (1355) (1356) (1357) (1358) (1359) (1360) (1361) (1362) (1363) (1364) (1365) (1366) (1367) (1368) (1369) (1370) (1371) (1372) (1373) (1374) (1375) (1376) (1377) (1378) (1379) (1380) (1381) (1382) (1383) (1384) (1385) (1386) (1387) (1388) (1389) (1390) (1391) (1392) (1393) (1394) (1395) (1396) (1397) (1398) (1399) (1400) (1401) (1402) (1403) (1404) (1405) (1406) (1407) (1408) (1409) (1410) (1411) (1412) (1413) (1414) (1415) (1416) (1417) (1418) (1419) (1420) (1421) (1422) (1423) (1424) (1425) (1426) (1427) (1428) (1429) (1430) (1431) (1432) (1433) (1434) (1435) (1436) (1437) (1438) (1439) (1440) (1441) (1442) (1443) (1444) (1445) (1446) (1447) (1448) (1449) (1450) (1451) (1452) (1453) (1454) (1455) (1456) (1457) (1458) (1459) (1460) (1461) (1462) (1463) (1464) (1465) (1466) (1467) (1468) (1469) (1470) (1471) (1472) (1473) (1474) (1475) (1476) (1477) (1478) (1479) (1480) (1481) (1482) (1483) (1484) (1485) (1486) (1487) (1488) (1489) (1490) (1491) (1492) (1493) (1494) (1495) (1496) (1497) (1498) (1499) (1500) (1501) (1502) (1503) (1504) (1505) (1506) (1507) (1508) (1509) (1510) (1511) (1512) (1513) (1514) (1515) (1516) (1517) (1518) (1519) (1520) (1521) (1522) (1523) (1524) (1525) (1526) (1527) (1528) (1529) (1530) (1531) (1532) (1533) (1534) (1535) (1536) (1537) (1538) (1539) (1540) (1541) (1542) (1543) (1544) (1545) (1546) (1547) (1548) (1549) (1550) (1551) (1552) (1553) (1554) (1555) (1556) (1557) (1558) (1559) (1560) (1561) (1562) (1563) (1564) (1565) (1566) (1567) (1568) (1569) (1570) (1571) (1572) (1573) (1574) (1575) (1576) (1577) (1578) (1579) (1580) (1581) (1582) (1583) (1584) (1585) (1586) (1587) (1588) (1589) (1590) (1591) (1592) (1593) (1594) (1595) (1596) (1597) (1598) (1599) (1600) (1601) (1602) (1603) (1604) (1605) (1606) (1607) (1608) (1609) (1610) (1611) (1612) (1613) (1614) (1615) (1616) (1617) (1618) (1619) (1620) (1621) (1622) (1623) (1624) (1625) (1626) (1627) (1628) (1629) (1630) (1631) (1632) (1633) (1634) (1635) (1636) (1637) (1638) (1639) (1640) (1641) (1642) (1643) (1644) (1645) (1646) (1647) (1648) (1649) (1650) (1651) (1652) (1653) (1654) (1655) (1656) (1657) (1658) (1659) (1660) (1661) (1662) (1663) (1664) (1665) (1666) (1667) (1668) (1669) (1670) (1671) (1672) (1673) (1674) (1675) (1676) (1677) (1678) (1679) (1680) (1681) (1682) (1683) (1684) (1685) (1686) (1687) (1688) (1689) (1690) (1691) (1692) (1693) (1694) (1695) (1696) (1697) (1698) (1699) (1700) (1701) (1702) (1703) (1704) (1705) (1706) (1707) (1708) (1709) (1710) (1711) (1712) (1713) (1714) (1715) (1716) (1717) (1718) (1719) (1720) (1721) (1722) (1723) (1724) (1725) (1726) (1727) (1728) (1729) (1730) (1731) (1732) (1733) (1734) (1735) (1736) (1737) (1738) (1739) (1740) (1741) (1742) (1743) (1744) (1745) (1746) (1747) (1748) (1749) (1750) (1751) (1752) (1753) (1754) (1755) (1756) (1757) (1758) (1759) (1760) (1761) (1762) (1763) (1764) (1765) (1766) (1767) (1768) (1769) (1770) (1771) (1772) (1773) (1774) (1775) (1776) (1777) (1778) (1779) (1780) (1781) (1782) (1783) (1784) (1785) (1786) (1787) (1788) (1789) (1790) (1791) (1792) (1793) (1794) (1795) (1796) (1797) (1798) (1799) (1800) (1801) (1802) (1803) (1804) (1805) (1806) (1807) (1808) (1809) (1810) (1811) (1812) (1813) (1814) (1815) (1816) (1817) (1818) (1819) (1820) (1821) (1822) (1823) (1824) (1825) (1826) (1827) (1828) (1829) (1830) (1831) (1832) (1833) (1834) (1835) (1836) (1837) (1838) (1839) (1840) (1841) (1842) (1843) (1844) (1845) (1846) (1847) (1848) (1849) (1850) (1851) (1852) (1853) (1854) (1855) (1856) (1857) (1858) (1859) (1860) (1861) (1862) (1863) (1864) (1865) (1866) (1867) (1868) (1869) (1870) (1871) (1872) (1873) (1874) (1875) (1876) (1877) (1878) (1879) (1880) (1881) (1882) (1883) (1884) (1885) (1886) (1887) (1888) (1889) (1890) (1891) (1892) (1893) (1894) (1895) (1896) (1897) (1898) (1899) (1900) (1901) (1902) (1903) (1904) (1905) (1906) (1907) (1908) (1909) (1910) (1911) (1912) (1913) (1914) (1915) (1916) (1917) (1918) (1919) (1920) (1921) (1922) (1923) (1924) (1925) (1926) (1927) (1928) (1929) (1930) (1931) (1932) (1933) (1934) (1935) (1936) (1937) (1938) (1939) (1940) (1941) (1942) (1943) (1944) (1945) (1946) (1947) (1948) (1949) (1950) (1951) (1952) (1953) (1954) (1955) (1956) (1957) (1958) (1959) (1960) (1961) (1962) (1963) (1964) (1965) (1966) (1967) (1968) (1969) (1970) (1971) (1972) (1973) (1974) (1975) (1976) (1977) (1978) (1979) (1980) (1981) (1982) (1983) (1984) (1985) (1986) (1987) (1988) (1989) (1990) (1991) (1992) (1993) (1994) (1995) (1996) (1997) (1998) (1999) (2000) (2001) (2002) (2003) (2004) (2005) (2006) (2007) (2008) (2009) (2010) (2011) (2012) (2013) (2014) (2015) (2016) (2017) (2018) (2019) (2020) (2021) (2022) (2023) (2024) (2025) (2026) (2027) (2028) (2029) (2030) (2031) (2032) (2033) (2034) (2035) (2036) (2037) (2038) (2039) (2040) (2041) (2042) (2043) (2044) (2045) (2046) (2047) (2048) (2049) (2050) (2051) (2052) (2053) (2054) (2055) (2056) (2057) (2058) (2059) (2060) (2061) (2062) (2063) (2064) (2065) (2066) (2067) (2068) (2069) (2070) (2071) (2072) (2073) (2074) (2075) (2076) (2077) (2078) (2079) (2080) (2081) (2082) (2083) (2084) (2085) (2086) (2087) (2088) (2089) (2090) (2091) (2092) (2093) (2094) (2095) (2096) (2097) (2098) (2099) (2

COMUNITA' EUROPEE

REGIME COMUNE
D'ASSICURAZIONE MALATTIA

ALLEGATO 5

DOMANDA DA PRESENTARE IN DOPPIA COPIA
ALL'UFFICIO DI LIQUIDAZIONE

PREVENTIVO

MODULO A 1

PROGETTO DI CURE E DI PROTESI DENTARIE E ANALISI DELL'IMPORTO DEGLI ONORARI PROBABILI

COGNOME e nome dell'affiliato(a)

Signora/Signorina/Signor _____

INDIRIZZO al quale il preventivo
dovrà essere restituito
(in caratteri stampatello)

N° di matricola _____

ISTITUZIONE _____

Persona coperta dall'assicurazione dell'iscritto, cui saranno somministrate le cure _____



ALTO

BASSO

(Spazio riservato al dentista che è pregato di compilare il modulo PRIMA
di iniziare la cura - indicare soltanto il numero del dente)

Onorari
PROBABILI

SPAZIO RISERVATO
AL UFFICIO DI
LIQUIDAZIONE
Rimborsi
previsti

Radiografie : Numero _____
Regioni _____

Cure :

Otturazione normale di _____
Otturazione con devitalizzazione di _____
Inlay su _____

Chirurgia :

Estrazione di _____
Estrazione dente incluso di _____
Apicectomia di _____
Gengivectomia _____

Cure particolari :

Protesi fissa : (Indicare la protesi adottata)

Corona su _____

Dente a perno { semplice su _____
 richiesto su _____

Ponte { cromo-veneri (*) su _____
 intermedi _____

Matene impiegate _____

Protesi mobile :

Dentiera superiore { denti da sostituire _____
 ganci o attacco (*) su _____
 supporto (resina - metallo inox - cromo-cobalto) (*) _____

Dentiera inferiore { denti da sostituire _____
 ganci o attacco (*) su _____
 supporto (resina - metallo inox - cromo-cobalto) (*) _____

Riparazioni (da specificare) _____

Protesi provvisorie : _____

TOTALE degli onorari probabili : BF _____
 Altra valuta _____

(*) Cancellare le menzioni inutili

Parere del dentista fiduciario
o del medico fiduciario

RIMBORSO MASSIMO

Autorizzato _____

il _____

Rifiutato _____

Firma _____

Data _____ 19____
Art. 241 209

REGIME COMUNE DI ASSICURAZIONE MALATTIA
DELLE COMUNITA' EUROPEE

UFFICIO CENTRALE
Esami preventivi

Cognome e nome del beneficiario :
Cognome e nome dell'affiliato :
Numero di matricola :

ESSENDO GLI ESAMI PROPOSTI FACOLTATIVI, SI PUO' RINUNCIARE AL PRIMO O ALL'ALTRO
DI ESSI. QUALSIASI ESAME COMPLEMENTARE E' TUTTAVIA A CARICO DEL PAZIENTE.

PROGRAMMA PREVENTIVO DONNA

N° 1

1. Esame clinico

- + Acuità visiva
- + Esame ORL

2. Radiografia del torace

Se l'esame risale a meno di un anno si richiedono le lastre e il relativo referto.

3. Analisi di laboratorio

- Analisi del sangue:
 - velocità di sedimentazione
 - globuli bianchi
 - formula leucocitaria
 - globuli rossi
 - piastrine
 - emoglobina
 - glicemia
 - colesterolo HDL
 - trigliceridi
 - urea
 - acido urico
 - creatinina
 - SGPT
 - SGOT
 - γ GT
 - prova ϵ VDRL per immunofluorescenza
 - ferro serico
- Analisi delle urine:
Albumina, zucchero, esame microscopico, ricerca dell'eventuale presenza di sangue

4. Esame ginecologico

- Citologia del collo dell'utero - striscio + colposcopia
- Esame clinico dei seni
- Mammografia seguita eventualmente da ecografia su parere del ginecologo dopo esame clinico dei seni.

E' auspicabile procedere tra i 30 e i 40 anni a una mammografia che servirà di riferimento.

5. Elettrocardiogramma in stato di riposo in occasione del primo esame, che servirà in futuro di riferimento.

6. Referto generale

Fac-Simile

REGIME COMUNE DI ASSICURAZIONE MALATTIA
DELLE COMUNITA' EUROPEE

UFFICIO CENTRALE

Esami preventivi

Cognome e nome del beneficiario :

Cognome e nome dell'affiliato :

Numero di matricola :

ESSENDO GLI ESAMI PROPOSTI FACOLTATIVI, SI PUO' RINUNCIARE A TUTTI O ALL'ALTRO
DI ESSI. QUALSIASI ESAME COMPLEMENTARE E' TUTTAVIA A CARICO DEL PAZIENTE.

PROGRAMMA PREVENTIVO DI MALATTIA

N° 2

1. Esame clinico

2. Esame oftalmologico completo

- Acuità visiva o studio della cornea (senza prescrizione di lenti)
- Fondo dell'occhio
- Tonometria

3. Esame ORL completo

4. Radiografia del torace

Se l'esame risale a più di un anno, si richiedono le lastre e il relativo referto.

5. Analisi di laboratorio

- Analisi del sangue:
 - velocità di sedimentazione
 - globuli bianchi
 - formula leucocitaria
 - globuli rossi
 - piastrine
 - emoglobina
 - glicemia
 - colesterolo - HDL - LDL
 - trigliceridi
 - urea
 - acido urico
 - creatinina
 - SGPT
 - SGOT
 - γ GT
 - prova \bar{E} VDRL per immunofluorescenza
 - ferro serico
 - fosfatasi alcaline
 - calcio
 - potassio
 - elettroforesi
- Analisi delle urine:

Albumina, zucchero, esame microscopico, ricerca dell'eventuale presenza di sangue

- Ricerca dell'eventuale presenza di sangue nelle feci (per 3 giorni di seguito).

6. Rettosigmoidoscopia (ogni due anni)

Colonoscopia sinistra (ogni quattro anni)

Esami consigliati ma facoltativi.

7. Esame cardiovascolare

- elettrocardiogramma in stato di riposo
- eventualmente, elettrocardiogramma dopo sforzo
- oscillometria degli arti inferiori (a discrezione del cardiologo)

8. Esame ginecologico

- citologia del collo dell'utero - striscio
- esame clinico dei seni
- mammografia eventualmente seguita da ecografia s.p.p. nel ginecologo dopo esame clinico dei seni.

9. Referto generale

Fac-Simile

REGIME COMUNE DI ASSICURAZIONE MALATTIA
DELLE COMUNITA' EUROPEE

UFFICIO CENTRALE
Esami preventivi

Cognome e nome del beneficiario :
Cognome e nome dell'affiliato :
Numero di matricola :

ESSENDO GLI ESAMI PROPOSTI FACOLTATIVI, SI PUO' RINUNCIARE A UNO O ALL'ALTRO
DI ESSI. QUALSIASI ESAME COMPLEMENTARE E' TUTTAVIA A CARICO DEL PAZIENTE.

PROGRAMMA PREVENTIVO UOM

N° 3

1. Esame clinico

- + Acuita visiva
- + Esame ORL
- + Esame della prostata

2. Radiografia del torace

Se l'esame risale a meno di un anno, si richiedono le lastre e il relativo referto.

3. Analisi di laboratorio

- Analisi del sangue:
 - velocita di sedimentazione
 - globuli bianchi
 - formula leucocitaria
 - globuli rossi
 - piastrine
 - emoglobina
 - glicemia
 - colesterolo HDL
 - trigliceridi
 - urea
 - acido urico
 - creatinina
 - SGPT
 - SGOT
 - γ GT
 - prova Σ VDRL per immunofluorescenza
- Analisi delle urine:
 - Albumina, zucchero, esame microscopico, ricerca dell'eventuale presenza di sangue

4. Elettrocardiogramma in stato di riposo in occasione del primo esame, che servirà in futuro di riferimento.

5. Referto generale

Fac-Simile

REGIME COMUNE DI ASSICURAZIONE MALATTIA
DELLE COMUNITA' EUROPEE

UFFICIO CENTRALE
Esami preventivi

Cognome e nome del beneficiario :
Cognome e nome dell'affiliato :
Numero di matricola :

ESSENDO GLI ESAMI PROPOSTI FACOLTATIVI, SI PUO' RINUNCIARE AD UNO O ALL'ALTRO
DI ESSI. QUALSIASI ESAME COMPLEMENTARE E' TUTTAVIA A CARICO DEL PAZIENTE.

PROGRAMMA PREVENTIVO

N° 4

1. Esame clinico

+ Esame della prostata

2. Esame oftalmologico completo

- Acuita visiva o studio della refrazione (senza prescrizione di lenti)
- Fondo dell'occhio
- Tonometria

3. Esame ORL completo

4. Radiografia del t

Se l'esame risale a meno di un anno, si richiedono le lastre e il relativo referto.

5. Analisi di laboratorio

- Analisi del sangue:

- velocità di sedimentazione
- globuli bianchi
- formula leucocitaria
- globuli rossi
- piastrine
- emoglobina
- glicemia
- colesterolo - HDL - LDL
- trigliceridi
- urea
- acido urico

- creatinina
- SGPT
- SGOT
- γ GT
- prova E VDRL per immunofluorescenza
- fosfatasi acide totali e prostatiche
- fosfatasi alcaline
- calcio
- potassio
- elettroforesi

- Analisi delle urine:

Albumina, zucchero, esame microscopico, ricerca dell'eventuale presenza di sangue

- Ricerca dell'eventuale presenza di sangue nelle feci (per 3 giorni di seguito).
6. Rettosigmoidoscopia (ogni due anni)
Colonoscopia sinistra (ogni quattro anni)
Esami consigliati ma facoltativi.
7. Esame cardiovascolare
- elettrocardiogramma in stato di riposo
 - eventualmente, elettrocardiogramma dopo sforzo
 - oscillometria degli arti inferiori (a discrezione del cardiologo)
8. Referto generale

Fac-Simile

Reglamentación relativa a la cobertura de los riesgos de enfermedad de los funcionarios de las Comunidades Europeas PROCEDIMIENTOS

Las reglamentaciones relativas a la cobertura de los riesgos de enfermedad por una parte y, por otra, de los riesgos de accidente y de enfermedad profesional de los funcionarios de las Comunidades Europeas, se pusieron al día y se publicaron en mayo de 1984 bajo el título "Estatuto reglamentos y reglamentaciones aplicables a los funcionarios y a otros agentes de las Comunidades Europeas" (ref. IX/1129/84).

La presente actualización se refiere a los procedimientos que deben seguirse en dichos ámbitos, así como a los impresos que deben utilizarse. Sustituye a la parte "Procedimiento" publicada en el fascículo "Reglamentación relativa a la cobertura de los riesgos de enfermedad de los funcionarios de las Comunidades Europeas y guía práctica para el reembolso de los gastos de asistencia médica" (ref. IX/1318/78).

Las oficinas de liquidación de Bruselas, Luxemburgo e Ispra están a disposición de los afiliados para toda información útil o complementaria.

Indice

A/ Seguro de enfermedad

- I) Solicitud de reembolso de los gastos de asistencia médica
- II) Autorizaciones previas
- III) Reembolso al 100%
- IV) Reembolso especial
- V) Pagos directos, anticipos, pagos acelerados
- VI) Medicina preventiva
- VII) Prestaciones no reembolsadas
- VIII) Puntos generales

B/ Seguro de accidentes y de enfermedad profesional

A/ Seguro de enfermedad

Se recomienda a los afiliados que nunca olviden indicar su número de personal o de pensión en los formularios y en cualquier correspondencia con las oficinas de liquidación.

I. Solicitud de reembolso de los gastos de asistencia médica(1)

- 1) La solicitud de reembolso debidamente rellena, junto con los documentos justificativos, en un solo ejemplar, debe transmitirse a la oficina de liquidación competente o a la oficina designada a tal fin por cada Institución, a más tardar en el período de los doce meses siguientes al semestre civil durante el que se efectuaron las prestaciones, salvo en caso de fuerza mayor (art. 13).

Se recomienda conservar una copia del impreso de solicitud.

- a) Todos los gastos deben figurar recogidos en facturas legales pagadas que indiquen el nombre del enfermo y el nombre del prestatario de las curas. Sólo se aceptará el original de las facturas (excepto en el caso de reembolso complementario).
- b) Para las prestaciones cuyos pagos se hayan satisfecho por cheque o giro sin que haya sido posible obtener un recibo, los afiliados deberán indicar en las facturas y en las notas de honorarios:
 - 1º) el número del cheque
 - 2º) el nombre del organismo encargado del pago
 - 3º) la fecha del pago
 - 4º) dichas indicaciones deberán ir firmadas por el afiliado.
- c) Toda factura expedida por un médico deberá ajustarse a la legislación del país donde se haya emitido y deberá, además, llevar la fecha de cada consulta y de cada visita a domicilio (con mención de la hora para las visitas de noche) y los honorarios percibidos por cada acto médico.
- d) En el caso de intervención quirúrgica, el cirujano deberá precisar la naturaleza de la intervención (esta precisión podrá realizarse mediante indicación en la factura del número del acto quirúrgico en la nomenclatura nacional o mediante un certificado del cirujano haciendo constar la intervención y que deberá enviarse en sobre cerrado a la atención del médico asesor agregado a la oficina de liquidación).

(1) Ver Anexo 1 de la versión francesa de este documento.

- e) Por lo que se refiere a la relación detallada de las curas y prótesis dentales efectuadas y a las cuantías analíticas de los honorarios percibidos por los odontólogos, se ruega a los funcionarios que utilicen los impresos previstos a tal efecto (1). Se recuerda que se exige la presentación de presupuestos previos para las prótesis (2). Se ruega encarecidamente a los asegurados que, en aras del interés común, estén muy atentos cuando se les pidan sumas importantes que no parezcan estar completamente justificadas. Les recordamos que las oficinas de liquidación tienen dentistas asesores para aconsejarles.

Por otra parte, se llama la atención de los afiliados sobre el punto XV/2 de la reglamentación que estipula que "no darán lugar al reembolso los gastos relativos a los tratamientos que se consideren, según la opinión de su médico asesor, como no funcionales, excesivos o no necesarios por la oficina de liquidación".

Se recuerda también que las personas que pueden obtener un reembolso de otro seguro público o una prestación gratuita deberán dirigirse en primer lugar al sistema del que dependen antes de beneficiarse a título complementario en nuestro régimen (art. 6 de la reglamentación).

Los presupuestos dentales y las notas de honorarios deberán rellenarse íntegramente por el odontólogo, mencionando la identidad del beneficiario, el detalle de las curas y, si fuera posible, la fecha del principio y del final del tratamiento.

- f) Para los gastos farmacéuticos, deberá adjuntarse la receta médica a las solicitudes de reembolso. En el caso en que la receta debe conservarse por la farmacia, el asegurado deberá presentar una copia certificada por el farmacéutico. No se procederá al reembolso de los gastos farmacéuticos no prescritos por el médico.

El reembolso de las repeticiones de prescripciones médicas solamente podrá efectuarse cuando el médico las haya recetado formalmente.

(1) Ver Anexos 2 y 3 de la versión francesa de este documento.

(2) Ver Anexos 5 y 6 de la versión francesa de este documento.

Algunos establecimientos farmacéuticos se niegan a mencionar en los recibos la naturaleza de los productos suministrados y el precio abonado. Se recuerda a los afiliados que son los únicos titulares del secreto médico y que pueden exigir un recibo detallado de los productos entregados. En cualquier caso, sólo tendrán validez las facturas farmacéuticas que incluyan la designación de la naturaleza del producto entregado, el precio efectivamente pagado, el sello y la firma del farmacéutico.

Nota:

Se ruega a los afiliados que procuren que las solicitudes y los documentos justificativos se ajusten a estas disposiciones, para que los reembolsos puedan liquidarse lo antes posible y para evitar toda devolución de documentos al funcionario. Los documentos justificativos deben ajustarse a los reglamentos y leyes de los países donde se hayan emitido.

- 2) Se enviará al afiliado un albarán mecanizado donde constará el detalle del reembolso.

II. Autorizaciones previas

- 1) En determinados casos, el reembolso de los gastos se efectuará únicamente después de la autorización previa de la prestación. Dichos casos figuran recogidos en la reglamentación. Por consiguiente, es conveniente procurar que la solicitud de autorización previa así como, en su caso, un presupuesto para ciertas prestaciones médicas se presenten antes del principio del tratamiento. Todas las autorizaciones previas deberán enviarse directamente a la oficina de liquidación o a la oficina nombrada a tal fin por cada Institución sin necesidad de que pasen por el servicio médico.

En este sentido, se hace constar que las solicitudes de reembolso no podrán tomarse en consideración cuando no se haya solicitado la autorización previamente a las prestaciones médicas.

- 2) Lista de las prestaciones cuyo reembolso requiere autorización previa (1) (véanse los puntos IX a XIII del Anexo 1 de la reglamentación).

(1) Ver Anexo 4 de la versión francesa de este documento

- a) Fisioterapia, hidroterapia, masajes médicos, gimnasia médica, mecanoterapia, rayos ultravioletas, infrarrojos, ultrasonidos, baños fango, logopedia, psicoterapia, examen psicológico, eletroterapia, pedicura médica, acupuntura (1), quiropráctica (1) y tratamientos asimilados;
 - b) Gastos de enfermedad (establecimiento hospitalario o domicilio);
 - c) Cura de convalecencia (enfermedad grave o larga) o postoperatoria; cura termal, cura para niños enfermizos;
 - d) Aparatos ortopédicos, como sillones de ruedas y aparatos auxiliares, muletas, bastones y calzado ortopédico;
 - e) Gastos de desplazamiento fuera del lugar de destino;
 - f) Gastos de acompañamiento (hospitalización de un niño);
 - g) Visitas sucesivas de eminencias médicas;
 - h) Determinados casos de intervención de cirugía plástica.
- 3) Prestaciones para cuyo reembolso se requiere un presupuesto (2):
- a) Prótesis dentales;
 - b) Tratamiento ortodóncico.

III. Reembolso al 100%

Para la aplicación de las disposiciones del apartado 1 del artículo 72 del Estatuto y del punto IV del Anexo 1 de la reglamentación (reembolso al 100 % de los gastos de enfermedades graves), se ruega al afiliado afectado que presente en la oficina de liquidación o en la oficina designada a tal efecto por cada Institución, una solicitud escrita junto con un informe detallado, en sobre cerrado a la atención del médico asesor, elaborado por el médico que atiende al enfermo.

(1) La autorización previa no es necesaria si se efectúa por un médico

(2) Ver Anexos 5 y 6 de la versión francesa de este documento

Se informará después al afiliado sobre la decisión adoptada por la autoridad facultada para proceder a los nombramientos previa consulta al médico asesor.

En principio dicha decisión tendrá validez por un período máximo de doce meses. Si el estado de salud del enfermo no hubiere mejorado, deberá presentarse a su debido tiempo en la oficina de liquidación o en la oficina designada a tal efecto por cada Institución, una solicitud de renovación junto con un nuevo informe del médico que le atiende.

Las solicitudes de reembolso de los gastos correspondientes a una enfermedad grave para la que se haya autorizado el reembolso al 100 % deberán presentarse mediante un impreso separado en el que figure la referencia de la autorización al 100 %. La petición de reembolso de los gastos deberá referirse únicamente a aquéllos relativos a la enfermedad grave para la que se haya autorizado el reembolso al 100 %.

IV. Reembolso especial

- 1) El apartado 3 del artículo 72 del Estatuto así como el apartado 2 del artículo 8 de las disposiciones generales de la reglamentación del régimen común del seguro de enfermedad prevén un reembolso especial de los gastos de asistencia médica cuando la parte no reembolsada de los gastos desembolsados por el afiliado para sí mismo o para las personas aseguradas a su cargo supere, durante un período de 12 meses, la mitad de la media del salario base mensual o de la pensión percibidos durante dicho período.

El reembolso especial se determinará de la manera siguiente:

- al 90 % cuando se trate de un afiliado sin nadie asegurado a su cargo;
- al 100 % en los otros casos.

En virtud del apartado 2 del artículo 13 de la reglamentación relativa a la cobertura de los riesgos de enfermedad, las solicitudes de reembolso especial previsto en el apartado 2 del artículo 8 de las disposiciones generales de dicha reglamentación, deberán presentarse en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de reembolso de los gastos de la última prestación incluida en el período de

doce meses contemplado.

Ejemplo: Período contemplado: de 13.6.1984 a 12.6.1985

Fecha del detalle
mecanizado del
reembolso de la
última prestación: 23.7.1985

Fecha límite de la
solicitud de
aplicación del
apartado 3 del
artículo 72: 22.7.1986

Hasta ahora, los afiliados presentaban las solicitudes de reembolso especial ante las oficinas de liquidación cuando estimaban que una suma importante quedaba a su carga.

En adelante, y con el fin de permitir el respeto del plazo de 12 meses, se transmitirá una nota informativa, a razón de tres veces al año, a los afiliados que puedan aspirar a dicho reembolso.

Tras haber recibido dicha información, de la que encontrará un facsímil en el Anexo 7 de la versión francesa de este documento, seguirá siendo necesario, para poder beneficiarse de dicha disposición, realizar una solicitud escrita lo antes posible ante la oficina de liquidación precisando el período exacto que debe considerarse.

Esto se realiza con vistas a mejorar y facilitar los reembolsos especiales de los afiliados presuntos beneficiarios.

Por lo que respecta a los cónyuges afiliados ambos al régimen general del seguro de enfermedad, las disposiciones de interpretación del apartado 2 del artículo 8 de la reglamentación especifican que:

- Cuando los cónyuges están afiliados ambos al régimen, éstos tienen la facultad de optar de común acuerdo por el total acumulado de las partes no reembolsadas de sus gastos de enfermedad siempre que:
 - éste se realice a cargo del cónyuge afiliado que tiene

el sueldo base más elevado;

- el cónyuge - cuya parte no reembolsada de los gastos se tomaría en consideración en el momento del descuento de los gastos del cónyuge que tiene el sueldo base más elevado - renuncie a la presentación separada de una solicitud, con arreglo a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 72 del Estatuto y en el apartado 2 del artículo 8 de la reglamentación;
- el período de 12 meses tomado en consideración sea el mismo para ambos cónyuges.

Si ambos cónyuges desean obtener la nota informativa arriba mencionada, con inclusión del total acumulado de los dos expedientes relativos a los gastos de asistencia médica, la solicitud deberá realizarse por ambos cónyuges.

Dicha nota informativa se transmitirá al cónyuge afiliado que tenga el sueldo base más elevado.

- 2) Como consecuencia de la sentencia 115/83 del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas que trata del reembolso especial de los gastos de enfermedad con arreglo al apartado 3 del artículo 72 del Estatuto: en el cálculo del reembolso especial al que pueda aspirar un afiliado, se tendrá en cuenta el coeficiente corrector del lugar de destino que debe aplicarse a su sueldo base o el coeficiente corrector del lugar de residencia de su pensión o de su indemnización, si el afiliado realiza la petición en el momento de su solicitud.

V. Pagos directos, anticipos, pagos acelerados

- 1) Pago directo ~ facturas de establecimientos hospitalarios

En el caso de hospitalización por más de dos días, podrá expedirse a petición del afiliado, una carta de asunción de gastos previo acuerdo del establecimiento hospitalario de que se trate. Después de la liquidación de dichos gastos hospitalarios, el importe que quede a cargo del afiliado y que figure en el estado de cuentas definitivo se inscribirá en la cuenta "anticipos" de los futuros reembolsos y se retendrá en éstos o en la remuneración.

Se recuerda que sólo podrá haber asunciones directas de gastos ante establecimientos hospitalarios por parte de nuestro régimen cuando no haya intervención de un régimen exterior primario. No obstante, se podrá conceder al afiliado un anticipo cuyo importe se fijará por la oficina de liquidación o por la oficina nombrada a tal fin por cada Institución cuando la carta de asunción de cargos no sea aceptada por el establecimiento hospitalario.

Para obtener más información y el establecimiento de una carta de asunción de gastos, deberán dirigirse a la oficina de liquidación o a la oficina nombrada a este fin por cada Institución.

2) Reembolso acelerado

Podrá solicitarse un reembolso si el afiliado, teniendo en cuenta su sueldo normal, ha tenido que satisfacer gastos de asistencia médica excepcionalmente elevados. Dicho pago se efectuará en la cuenta corriente del afiliado y se mencionará más tarde en el detalle mecanizado.

Solamente podrá recurrirse a dicho procedimiento cuando se trate de gastos escalonados en un largo período. Teniendo en cuenta las complicaciones administrativas que esto implica, se ruega a los afiliados que únicamente recurran a los pagos acelerados y a los anticipos en caso de urgencia real.

Modalidades que deben seguirse para obtener un reembolso acelerado:

- a) Al hacer la solicitud el afiliado deberá declarar que se encuentra en una situación financiera difícil a consecuencia de los pagos que efectuó para prestaciones médicas;
- b) No podrán tomarse en consideración para beneficiarse de esta ventaja, los tratamientos médicos que tuvieron lugar más de dos meses antes de la fecha de la solicitud;
- c) Las sumas tomadas en consideración deberán ser por lo menos de:

10 000 FB para los funcionarios del grado D hasta C4
15 000 FB para los funcionarios del grado C3 a B3 y A8
45 000 FB para los funcionarios del grado B2 a B1 y A7 a A4

70 000 FB para los funcionarios del grado A3 y por encima de dicho grado.

VI. Medicina preventiva

Con motivo de la modificación del artículo 72 del Estatuto, se recuerda a los asegurados que pueden beneficiarse de chequeos preventivos periódicos y sistemáticos.

Los chequeos deberán practicarse obligatoriamente en un centro admitido por el R.C.A.M. No obstante, por lo que respecta a los jubilados, voluntarios y agentes aislados que no residan cerca de uno de dichos centros, podrán beneficiarse de las mismas ventajas dirigiéndose a su médico de cabecera o a un centro especializado; los gastos correspondientes se reembolsarán siempre que los beneficiarios estén inscritos en la Oficina central de Bruselas y que dichos gastos correspondan a los baremos públicos en vigor. No se asumirán los gastos de desplazamiento.

Las convocatorias se enviarán:

- cada tres años para las mujeres (programa nº 1) y los hombres (programa nº 3) de menos de 40 años;
- cada dos años para las mujeres (programa nº 2) y los hombres (programa nº 4) de 40 a 50 años;
- cada año para las mujeres (programa nº 2) y los hombres (programa nº 4) de más de 50 años.

Sólo correrán totalmente a cargo del R.C.A.M. las prestaciones contenidas en los programas.

Véanse en los Anexos 8, 9, 10 y 11 de la versión francesa de este documento, los facsímiles de los programas detallados.

Las personas ya inscritas serán convocadas automáticamente. Los asegurados no inscritos podrán hacerlo en cualquier momento.

Para mayor información y para las inscripciones, dirigirse a:

- Luxemburgo: Srta. Wolter - Parlamento Europeo - tel. 2745
- Ispra: Sra. Combet - tel. 5061
- Bruselas: Sra. Lópera - tel. 57694 y
Sra. Wrana - tel. 53866

VII. Prestaciones no reembolsadas

De acuerdo con los dictámenes del médico asesor y del Comité de gestión del régimen general del seguro de enfermedad no serán reembolsables las consultas y las recetas de los "Heilpraktiker" y de los naturópatas, salvo que sean efectivamente médicos.

Únicamente se procederá al reembolso de los tests de embarazo cuando hayan sido practicados por un médico.

La neonatología, técnica de psicoterapia, sólo será reembolsable cuando haya sido prescrita por un neuropsiquiatra.

La reflexología no está reconocida desde el punto de vista médico y, por lo tanto, no será reembolsable.

No darán lugar al reembolso, los oligoelementos, la aromaterapia y la fitoterapia.

VIII. Puntos generales

Podrán obtenerse los formularios (solicitud de reembolso, solicitud de autorización previa, presupuesto dental, etc.) en la secretaría de cada unidad administrativa, o en la oficina nombrada a este fin por cada Institución.

Para toda información de carácter general, deberá dirigirse a la oficina de liquidación o a la oficina nombrada a este fin por cada Institución. Los afiliados destinados a un lugar aislado, los jubilados y los voluntarios, podrán obtener información y/o formularios en la secretaría de la oficina de liquidación de Bruselas.

B/ Accidente y enfermedad profesional

Los gastos de asistencia médica ocasionados en un accidente de un afiliado o de un asegurado deberán figurar en una solicitud de

reembolso que incluya sólo estos gastos: dichos gastos se someterán a la aplicación de la reglamentación relativa a la cobertura de los riesgos de enfermedad y a los procedimientos derivados de la misma, sobre todo, en lo relativo a las solicitudes de autorización previa.

En virtud de las disposiciones del artículo 73 del Estatuto y de la reglamentación prevista en este artículo, está previsto un reembolso suplementario para el funcionario y el agente temporal a título de cobertura contra los riesgos de accidente y de enfermedad profesional (en este último caso, deberán presentarse por separado los gastos para el reembolso).

Se recuerda que, salvo en caso de fuerza mayor o cualquier otro motivo legítimo, el funcionario o el agente temporal deberá presentar una declaración del accidente del que ha sido víctima dentro de los diez días laborables siguientes a la fecha en la que se produjo el accidente.

Por otra parte, cuando la causa del accidente o de la enfermedad sea imputable a un tercero, se recuerda que, a tenor del artículo 85 bis del Estatuto "Las Comunidades, dentro de las obligaciones estatutarias que les incumban como consecuencia del acontecimiento perjudicial, se subrogarán de pleno derecho a la víctima o a sus derechohabientes en sus derechos y acciones contra el tercero responsable".