



Spécial

INTERINSTITUTIONS
TOUS LES LIEUX D AFFECTATION

**Régime commun d'assurance-maladie
Bureaucentral
Rappels utiles
aux affiliés de l'assurance-maladie
et aux personnes assurées de leur chef**

**Régime d'assurance-maladie
commun aux institutions
des Communautés européennes
Le Comité de gestion
Communiqué aux affiliés
du régime commun d'assurance-maladie**

Den fælles sygesikringsordning
HOVEDKONTORET

**MEDDELELSE TIL PERSONER,
DER ER TILSLUTTET SYGESIKRINGSORDNINGEN,
SAMT MEDFORSIKREDE**

For at hjælpe de tilsluttede påtænker hovedkontoret for sygesikringsordningen at udgive en letforståelig "vejledning", hvori der kan findes svar på de fleste almindelige spørgsmål, der kan være tvivl om. Udarbejdelsen af denne vejledning vil imidlertid komme til at tage nogen tid. Derfor har hovedkontoret fundet det hensigtsmæssigt i mellemtiden at gøre de tilsluttede opmærksom på følgende hovedpunkter:

1. For det første: ordningen godtgør kun læge- og medicinudgifter, såfremt de pågældende ydelser er foreskrevet af en læge.
2. For det andet skal man ved enhver anmodning om godtgørelse anvende de særlige blanketter, der er lavet til dette formål.
3. Sygesikringsordningen godtgør afholdte lægeudgifter på de vilkår, der er fastsat i den gældende ordning (Jf. Meddelelser fra Administrationen, Spécial Interinstitutions af 1.9.1987)⁽¹⁾. Det bør i den forbindelse ikke glemmes, at der som i andre tilsvarende ordninger opereres med begreber som "lofter" og "urimeligt store udgifter", og at dette kan indebære en begrænsning af godtgørelsen. Det er derfor fornuftigt at forhøre sig om de honorarer, der forlanges af klinikker, læger og tandlæger, og om mulighederne for at opnå godtgørelse, inden man lader foretage tandbehandling eller kirurgiske indgreb.
4. Man bør huske, at det på dette som på andre områder gælder, at det dyreste ikke nødvendigvis er det bedste. Det er klart, at det altid vil være vanskeligt at vurdere dette spørgsmål, når det drejer sig om sundhedsområdet, men hvis man er på vagt, kan man undgå ubehagelige overraskelser senere hen.

(1) Se også fortolkningsbestemmelserne i Meddelelser fra Administrationen, Spécial Interinstitutions af 15.12.1983.

5. Afregningskontorernes personale ar altid parat til at hjælpe, når det drejer sig om tekniske beregninger, eller når det kniber med at forstå regler eller gennemførelsesbestemmelser, hvad enten der nu er tale om godtgørelseslofter eller dechifring af de modtagne afregninger.
6. I forbindelse med visse behandlinger, navnlig kInèslterapi, massage osv., kræves der en forhåndstilladelse; I forbindelse med tandproteser og tandregulering skal der forelægges et overslag. Følges denne fremgangsmåde, kan man undgå krav om yderligere udgiftsdokumentation. Såvldt det overhovedet er muligt, udstedes forhåndstilladelserne på under to uger.
7. Enhver anmodning om godtgørelse skal ledsages af gyldigt bevis for betalingen (original kvittering eller behørigt kvitteret regning, med tydelig angivelse af, om der er tale om en luge, tandluge eller en anden anerkendt medlelnålperson, girokort-kvittering afstemplet af banken osv.). Vedlægges denne dokumentation Ikke, kan der Ikke ske nogen godtgørelse.

Gemeinsames Krankheitsfürsorgesystem
ZENTRALBÜRO

**HINWEISE FÜR DIE DER KRANKHEITSFÜRSORGE
ANGESCHLOSSENEN
UND DIE MITANGESCHLOSSENEN PERSONEN**

Um den Krankheitsfürsorge-Berechtigten das Verständnis o

büro des gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems die Herausgabe eines Leitfadens, In dem die wichtigsten Fragen behandelt sein werden. Da die Veröffentlichung dieses Leitfadens Jedoch einige Zeit In Anspruch nehmen wird, hält das Zentralbüro es für zweckdienlich, den angeschlossenen Personen einige wichtige Punkte In Erinnerung zu rufen:

1. Insbesondere wird erneut darauf hingewiesen, daß Krankheitskosten oder Arzneimittel nur dann erstattungsfähig sind, wenn sie vom Arzt attestiert bzw. verordnet wurden.
2. Ole Anträge auf Erstattung der Krankheitskosten bzw. Arzneimittel sind auf den dafür vorgesehenen Vordrucken zu stellen.
3. Ole Erstattung der Krankheitskosten erfolgt zu den In der geltenden Regelung festgelegten Bedingungen (siehe Verwaltungsmittellungen "special Interinstitutions" vom 1.9.1987)1). Es sel erneut darauf hingewiesen, daß die Regelung - ähnlich wie andere Krankheitsfürsorgesysteme auch - Höchstsätze sowie Einschränkungen für über den normalen Rahinen hinausgehende Leistungen enthält. Dem Berechtigten wird angeraten, sich vor Unterziehung einer Zahnbehandlung oder einem chirurgischen Eingriff nach den Behandlungskosten der Kliniken, Ärzte und Zahnärzte sowie der Höhe einer möglichen Erstattung zu erkundigen.
4. Hier gilt wie auch In anderen Lebensbereichen: das Teuerste Ist nicht Immer das Beste. Daß es gerade Im Gesundheitsbereich besonders schwierig Ist, sich ein Urteil zu bilden, versteht sich von selbst. Wer Jedoch gut Informiert Ist, dem bleiben Überraschungen erspart.

(1) s i e h e a u c h Auslegungsvorschriften In den
Verwaltungsmittellungen "spécial Interinstitutions" vom
15.12.1983.

5. Die In den Abrechnungsstellen tätigen Bediensteten sind Ihnen bei den oft schwierigen Berechnungen Jederzeit gern behilflich und stehen Ihnen für Informationen über Durchführungsbestimmungen - Insbesondere für die erstattungsfähigen Höchstsätze bzw. Höchstbeträge - oder über Abrechnungsbogen zur Verfügung.
6. Für bestimmte Behandlungen - Insbesondere Kinésithérapie, Massagen o. ä. - Ist eine vorherige Genehmigung erforderlich; für Zahnersatz und Zahnregulierungen Ist ein Kostenvoranschlag einzuholen. Durch ein Einhalten dieser Verfahren wird vermieden, daß Belege und Unterlagen unerledigt zurückgesandt werden müssen. Die Abrechnungsstelle Ist bemüht, die Anträge auf vorherige Genehmigung Innerhalb von vierzehn Tagen zu bearbeiten.
7. Die Erstattung kann nur erfolgen, wenn Jedem Erstattungsantrag ein gültiger Zahlungsbeleg beigelegt Ist (Original der Quittung oder der ordnungsgemäß quittierten Rechnung, auf der die gesetzlich anerkannte Berufsbezeichnung des Leistungserbringers gut leserlich vermerkt Ist, vom Geldinstitut abgestempelte Überweisungsdurchschriften, usw.)

**Κοινό σύστημα υγειονομικής ασφάλισης
ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ**

**ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΥΠΟΜΝΗΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΜΕΣΑ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑ
ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΟΥΣ**

Το Κεντρικό γραφείο του κοινού συστήματος υγειονομικής ασφάλισης σκοπεύει να δημοσιεύσει απλό "οδηγό" που θα καλύπτει τα περισσότερα από τα ερωτήματα που απασχολούν συνήθως τους ασφαλισμένους. Για να ετοιμαστεί ο οδηγός αυτός απαιτείται κάποιο χρονικό διάστημα. Στο μεταξύ το Κεντρικό γραφείο έκρινε σκόπιμο να υπενθυμίσει στους ασφαλισμένους ορισμένα σημαντικά σημεία:

1. Υπενθυμίζεται, ότι το σύστημα καλύπτει τα ιατροφαρμακευτικά έξοδα μόνο εφόσον υπάρχει σχετική ιατρική συνταγή.
2. Δεύτερον για την υποβολή όλων των αιτήσεων απόδοσης πρέπει να χρησιμοποιείται το προβλεπόμενο για το σκοπό αυτό έντυπο.
3. Στα πλαίσια του κοινού συστήματος η απόδοση των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης γίνεται βάσει των κανονιστικών διατάξεων που ισχύουν (βλ. Δ.Π. spécial interinstitutions της 1.9.1987) (1). Δεν πρέπει να παραβλέπεται ότι, όπως και σε όλα τα ανάλογα συστήματα, στις διατάξεις αυτές προβλέπονται οι έννοιες του ανώτατου ορίου και του υπερβολικού ποσού που περιορίζουν τις αποδόσεις. Κατά συνέπεια πρέπει να ενημερώνεται κανείς για τις τιμές που ισχύουν τόσο σε κλινικές όσο και σε ιατρούς και οδοντίατρους καθώς και για τις δυνατές αποδόσεις, πριν ξεκινήσει κάποια οδοντιατρική θεραπεία ή πριν πραγματοποιήσει χειρουργική επέμβαση.
4. Πρέπει ακόμη να υπενθυμιστεί ότι, όπως ισχύει και στους άλλους τομείς, το ακριβότερο δεν είναι απαραίτητα και το καλύτερο. Είναι προφανές ότι στον τομέα της υγείας είναι πάντα δύσκολο να κρίνει κανείς, εάν όμως είναι ενημερωμένος μπορεί να αποφύγει δυσάρεστες εκπλήξεις στη συνέχεια.

(1) βλέπε επίσης ερμηνευτικές διατάξεις Δ.Π. spécial interinstitutions της 15.12.1983.

5. Οι υπάλληλοι των γραφείων εκκαθάρισης εξόδων είναι πάντα πρόθυμοι να βοηθήσουν σε υπολογισμούς τεχνικής φύσεως ή στην κατανόηση των κανονιστικών διατάξεων ή των διατάξεων εφαρμογής κυρίως όσον αφορά τα ανώτατα όρια απόδοσης ή τον τρόπο που γίνεται η εκκαθάριση.
6. Για ορισμένες θεραπείες και κυρίως για την κινησιοθεραπεία, το μασάζ, κλπ... απαιτείται εκ των προτέρων έγκριση για τις ορθοδοντικές προθέσεις και την ορθοδοντική περίθαλψη απαιτείται ανάλυση των προβλεπομένων εξόδων από τον οδοντίατρο. Η τήρηση των διαδικασιών αυτών συμβάλλει στο να αποφεύγεται η επιστροφή των δικαιολογητικών. Οι εκ των προτέρων εγκρίσεις εξετάζονται στο μέτρο του δυνατού, εντός 15 ημερών.
7. Με κάθε αίτηση απόδοσης πρέπει απαραίτητως να υποβάλλεται έγκυρη απόδειξη πληρωμής (το πρωτότυπο της απόδειξης ή του εξοφληθέντος λογαριασμού στο οποίο αναφέρονται ευδιάκριτα οι αναγνωρισμένοι τίτλοι του παρέχοντος τις υπηρεσίες, το δελτίο πληρωμής θεωρημένο από τον χρηματοδοτικό οργανισμό, κλπ.). Χωρίς απόδειξη δεν είναι δυνατή η απόδοση.

Joint Sickness Insurance Scheme
CENTRAL OFFICE

**NOTE TO MEMBERS
OF THE SICKNESS INSURANCE SCHEME
AND TO PERSONS COVERED BY THEIR INSURANCE**

As a service to members, the Central Office intends to produce a simple guide answering the questions most frequently put by them. Since it will be some time before the guide comes out, here are a few reminders concerning some of the more important points:

1. Medical or pharmaceutical expenses are not reimbursed without a prescription.
2. The standard form must be used for making claims.
3. Reimbursement is based on the current sickness insurance rules (Administrative Notices, Special InterInstitutions, 1 September 1987).¹ As with other such schemes, claims are not necessarily met in full if they are above a certain ceiling or are considered excessive. A sensible precaution is to ascertain before receiving treatment, what the doctor, dentist or clinic is likely to charge and what level of reimbursement can be expected.
4. Bear in mind that dearest does not necessarily mean best. Obviously, health decisions are never straightforward, but a bit of forethought can help avoid a nasty surprise.

1 See also the rules for interpreting the sickness insurance rules (Administrative Notices, Special InterInstitutions, 18 December 1983).

5. The Staff in the claims offices are always on hand. to help with calculations, explain the rules of Implementing provisions on, say, reimbursement, or Interpret statements.
6. For some treatment (mainly physiotherapy, kinesitherapy, massage and. the like) you need prior authorization. For dental prostheses and orthodontic treatment you need to submit an estimate. In both cases, failure to comply will result in claims being returned. Bequests for prior authorization are usually processed within a fortnight.
7. Claims must be accompanied by proof of payment (e.g. original receipted bill clearly showing the official qualifications of 'the person administering treatment, transfer slip stamped by the bank).

**Régimen común del seguro de enfermedad
OFICINA CENTRAL**

**ADVERTENCIAS A LOS AFILIADOS
DEL SEGURO DE ENFERMEDAD
Y A LAS PERSONAS ASEGURADAS POR SU EMPLEADOR**

Para ayudar a sus afiliados. La Oficina Central del régimen del seguro de enfermedad se propone publicar una "guía" simple que abarque la mayor parte de las dudas corrientes que puedan plantearse los afiliados. La preparación de esta guía llevará un cierto tiempo. Entretanto, la Oficina Central ha considerado con veniente recordar a los afiliados una serie de puntos importantes

1. En primer lugar, se recuerda que el régimen sólo se hace cargo de los gastos médicos o farmacéuticos que hayan sido objeto de una prescripción médica'.
2. En segundo lugar, toda solicitud de reembolso debe presentar se mediante el formulario previsto al efecto.
3. El régimen común reembolsa en las condiciones de la normativa vigente (cf. I.A. especial interinstituciones de 1.9.1987(1)) los gastos médicos asumidos. No hay que olvidar que la normativa, como todos los regímenes análogos, contiene las nociones de techo y exceso, que pueden limitar los reembolsos. Consiguientemente, es prudente informarse sobre las tarifas aplicadas tanto por las clínicas como por los médicos y dentistas, y sobre las posibilidades de reembolso, antes de someterse a un tratamiento dental o a una intervención quirúrgica.
4. Hay que recordar que, como ocurre en otros ámbitos, lo más caro no es necesariamente lo mejor. Es evidente que en materia de salud siempre es difícil juzgar, pero una advertencia puede evitar posteriores sorpresas desagradables.

(1) Véanse también Disposiciones de interpretación I.A. especial interinstituciones de 15.12.1983.

5. Los agentes de Las oficinas Liquidadoras están permanentemente dispuestos a ayudar en Los cálculos técnicos o en La comprensión de La normativa o de Las disposiciones de aplicación, principalmente en Lo que se refiere a Los Límites de reembolso o a La interpretación de Las deducciones.
6. Determinados tratamientos, sobre todo de Kinesiterapia, masajes, etc. requieren una autorización previa, para Las prótesis dentales y Los tratamientos de ortodoncia se precisa un presupuesto. EL cumplimiento de estos procedimientos puede evitar el rechazo de justificantes. En La medida de Lo posible, Las autorizaciones previas se tramitan en 15 días. —
7. Acompañando a toda solicitud de reembolso, es necesario presentar un justificante de pago válido (original del recibo' o de La factura debidamente pagada, con indicación Clara de Las cualificaciones Legalmente reconocidas del prestatario, orden de transferencia sellada por el organismo financiero, etc). A falta del mismo, no podrá procederse al reembolso.

**Régime commun d'assurance-maladie
BUREAU CENTRAL**

**RAPPELS UTILES
AUX AFFILIÉS DE L'ASSURANCE-MALADIE
ET AUX PERSONNES ASSURÉES DE LEUR CHEF**

Pour aider les affiliés, le Bureau Central du Régime Assurance-Maladie compte publier un "guide" simple recouvrant la plupart des questions courantes que les affiliés peuvent se poser. La préparation de ce guide demandera un certain laps de temps. Dans cette attente le Bureau Central a Jugé utile de rappeler aux affiliés un certain nombre de points Importants :

1. Il est rappelé en premier lieu, que le Régime n'Intervient pour des frais médicaux ou pharmaceutiques que si ceux-ci ont fait l'objet d'une prescription médicale.
2. En second lieu, toute demande de remboursement doit être Introduite au moyen du formulaire prévu à cet effet.
3. Le Régime commun rembourse dans les conditions de la réglementation en vigueur (cf. l.A. spécial InterInstitutions du 1.9.1987)(1) les frais médicaux exposés. Il ne faut pas oublier qu'il y a, comme dans tous les régimes analogues, des notions de plafonds et d'excessivité dans les réglementations qui peuvent limiter les remboursements. Par conséquent, Il est prudent de se renseigner sur les tarifs pratiqués tant par les cliniques que par les médecins et dentistes, et sur les remboursements possibles avant d'entreprendre un traitement dentaire ou de subir une Intervention chirurgicale.
4. Il faut rappeler que, comme dans d'autres domaines, le plus cher n'est pas nécessairement le meilleur. Il est évident que les Jugements dans le domaine de la santé sont toujours difficiles, mais être averti peut éviter des surprises désagréables ultérieures.

(1) voir aussi Dispositions d'Interprétation l.A. spécial Interinstitutions du 15.12.1983.

5. Les agents des bureaux liquidateurs sont toujours disponibles pour aider dans les calculs techniques ou dans la compréhension de la réglementation ou des dispositions d'application, surtout en ce qui concerne les plafonds de remboursement ou l'interprétation des décomptes.
6. Certains traitements, surtout de la néo thérapie, massages, etc., requièrent une autorisation préalable: pour les prothèses dentaires et les traitements orthodontiques il faut un devis. Le respect de ces procédures peut éviter des renvois de Justificatifs. Dans toute la mesure du possible les autorisations préalables sont traitées dans les 15 Jours.
7. Avec toute demande de remboursement. Il est nécessaire de produire une preuve de paiement valable (original du reçu ou de la note d'honoraires dûment acquittée, indiquant clairement les qualifications légalement reconnues du prestataire, bordereau de virement oblitéré par l'organisme financier, etc.). Sans celle-ci. Il ne peut être procédé au remboursement.

**Regime comune di assicurazione-malattia
UFFICIO CENTRALE**

**RICHIAMI DELLA REGOLAMENTAZIONE
AGLI AFFILIATI DEL REGIME
DI ASSICURAZIONE-MALATTIA
E ALLE PERSONE ASSICURATE LORO TRAMITE**

Per venire incontro alle necessità degli affiliati, l'Ufficio centrale del Regime assicurazione-malattia conta di pubblicare una "guida" di agevole consultazione destinata a rispondere alla maggior parte delle domande correnti che questi ultimi possono porsi. Dato però che la preparazione di questa guida richiederà un certo lasso di tempo, l'Ufficio centrale ha considerato utile ricordare nel frattempo agli affiliati un certo numero di punti importanti:

1. Si ricorda in primo luogo che il Regime interviene per le spese mediche o farmaceutiche unicamente quando queste hanno formato oggetto di una prescrizione medica.
2. Si ricorda in secondo luogo che qualunque domanda di rimborso dev'essere presentata mediante il formulario previsto all'uopo.
3. Le spese mediche sostenute dall'affiliato sono rimborsate dal Regime comune alle condizioni previste dalla regolamentazione in vigore (cfr. I.A. "Speciale Inter-Istituzioni" del 1.9.1987)⁽¹⁾. Si ricorda che, come in qualunque altro regime analogo, la regolamentazione prevede dei massimali che possono limitare i rimborsi. Conseguentemente, si consiglia di informarsi in via preliminare sulle tariffe praticate sia dalle cliniche che dai medici e dentisti, nonché sui rimborsi che è possibile ottenere, prima di sottoporsi ad un trattamento dentistico o di subire un intervento chirurgico.
4. Si ricorda altresì che, come in molti altri campi, la soluzione più cara non è necessariamente la migliore. È ovvio che le valutazioni nel campo della salute sono sempre estremamente difficili ma sicuramente il fatto di essere avvertiti può evitare spiacevoli sorprese in un secondo tempo.

(1) Cfr. anche le Disposizioni di Interpretazione, I.A. "Speciale Inter-Istituzioni" del 15.12.1983.

5. Gli agenti degli uffici liquidatori sono comunque sempre disponibili per aiutare gli Interessati a effettuare i calcoli tecnici e per spiegare loro la regolamentazione o le disposizioni di applicazione, soprattutto per quanto riguarda i massimali di rimborso o l'interpretazione degli estratti contabili.
6. Alcuni trattamenti medici. In particolare nel campo della chinesiologia, del massaggio, ecc. richiedono una autorizzazione preventiva mentre per le protesi dentarie e i trattamenti ortodontici si deve presentare un preventivo. Il rispetto di queste procedure può evitare agli Interessati di vedersi rinviare le richieste di rimborso. In tutta la misura del possibile, le richieste di autorizzazione preventiva vengono trattate nel giro di 15 giorni dalla data di presentazione.
7. Prima di presentare una domanda di rimborso, si deve produrre una prova di pagamento valida (originale della ricevuta o della parcella debitamente saldata che indichi chiaramente le qualifiche legalmente riconosciute del prestatore di cure, certificato di versamento timbrato dall'organismo finanziario, ecc.). In assenza di tale prova, è impossibile procedere a qualsiasi rimborso.

**Gemeenschappelijk stelsel van ziektekostenverzekering
CENTRAAL BUREAU**

**NUTTIGE WENKEN VOOR DE AANGESLOTENEN
VAN DE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
VAN HUN MEDEVERZEKERDEN**

Het Centraal Bureau is voornemens binnenkort een eenvoudige handleiding te publiceren waarin de aangeslotenen het antwoord zullen vinden op de vragen die het meest worden gesteld. Het is wellicht nuttig om de aangeslotenen ondertussen nog eens op enkele belangrijke punten te wijzen :

1. Geneesmiddelen, analyses, behandelingen, enz. worden alleen vergoed als zij door een arts zijn voorgeschreven.
2. Verzoeken om terugbetaling van ziektekosten moeten op het daarvoor bestemde formulier worden ingediend.
3. Ziektekosten worden vergoed overeenkomstig de geldende Regeling (Mededelingen van de Administratie "Speciaal nummer alle instellingen" van 1 september 1987) (1). Daarbij worden echter, net als in alle soortgelijke stelsels, bepaalde maxima in acht genomen. Het is dan ook voorzichtig naar de tarieven van ziekenhuizen, artsen en tandartsen en naar de vergoedingspercentages te informeren alvorens een tandheelkundige behandeling of een heelkundige ingreep te ondergaan.
4. Ook op dit gebied is "duur" niet noodzakelijk gelijk aan "goed". Het is uiteraard moeilijk om prijs en kwaliteit te beoordelen wanneer het gaat om gezondheidszorg, maar door enige voorzichtigheid kunnen latere onaangename verrassingen worden voorkomen.

(1) Zie ook Bepalingen betreffende de interpretatie van de Regeling, Mededelingen van de Administratie "Speciaal nummer alle instellingen" van 15.12.1983.

5. Het personeel van de afwikkelingsbureaus staat altijd ter beschikking om te helpen bij berekeningen of bij vragen over de Regeling of de uitvoeringsbepalingen, vooral waar het gaat om vergoedingspercentages of om de interpretatie van de afrekeningen.
6. Voor bepaalde behandelingen, met name kinesitherapie, massage en dergelijke, is een voorafgaande goedkeuring vereist; voor tandprothesen en orthodontische behandelingen moet een kostenraming worden ingediend. Door deze procedures te volgen voorkomt u dat de bewijsstukken worden teruggezonden. Voor zover mogelijk worden de verzoeken om voorafgaande goedkeuring binnen 14 dagen na indiening behandeld.
7. Verzoeken om terugbetaling moeten vergezeld gaan van geldige betalingsbewijzen (het originele ontvangstbewijs of de originele en naar behoren gekwiteerde nota waarop duidelijk de wettelijk erkende kwalificaties van de verstrekker zijn vermeld; een door de financiële instelling afgestempeld overschrijvingsformulier, enz.). Indien deze bewijsstukken ontbreken, kunnen de kosten niet worden vergoed.

**Regime comum de assistência na doença
SERVIÇO CENTRAL**

**RECOMENDAÇÕES AOS BENEFICIÁRIOS
DO REGIME DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA
E AOS SEGURADOS EM SEU NOME**

A fim de melhor servir os segurados, o Serviço Central do Regime de Assistência na Doença tenciona publicar um "guia" de consulta fácil destinado a dar resposta à maioria das questões habitualmente colocadas pelos beneficiários. A preparação deste guia exigirá um certo tempo. Até este se encontrar concluído, o Serviço Central achou conveniente chamar a atenção dos beneficiários para determinados pontos importantes:

1. Recorda-se, em primeiro lugar, que o regime só se aplica às despesas médicas ou de farmácia que sejam objecto de receita médica.
2. Em segundo lugar, qualquer pedido de reembolso deverá ser apresentado utilizando o formulário previsto para o efeito.
3. O Regime Comum reembolsa, nos termos da regulamentação em vigor (cf. "I.A. - especial interinstituições" de 1.9.1987)(1), as despesas médicas declaradas. É necessário não esquecer que a referida regulamentação inclui, tal como em todos os regimes análogos, as noções de limite máximo e de excesso que podem limitar os reembolsos. Será prudente, por conseguinte, antes de iniciar um tratamento dentário ou de se submeter a uma intervenção cirúrgica, informar-se sobre as tarifas praticadas, quer pelas clínicas, quer pelos médicos e dentistas, bem como sobre os reembolsos possíveis.
4. Convém recordar que, tal como noutros domínios, o mais dispendioso não é necessariamente o melhor. É evidente que as estimativas no domínio da saúde são sempre difíceis, mas o facto de estar prevenido poderá evitar posteriores surpresas desagradáveis.

(1) Ver também "I. A. - Especial interinstituições - Disposições de interpretação" de 15.12.1983.

5. Os funcionários dos serviços de liquidação estão sempre disponíveis para qualquer informação referente aos cálculos técnicos ou à compreensão da regulamentação ou das disposições de aplicação, sobretudo no que diz respeito aos limites de reembolso ou à interpretação das deduções efectuadas.
6. Para certos tratamentos, sobretudo de cinesioterapia, massagens, etc, é necessária uma autorização prévia; para as próteses dentárias e tratamentos ortodônticos é necessário um orçamento prévio. A observância destes procedimentos poderá evitar devoluções de documentos comprovativos. Os requerentes de uma autorização prévia obterão uma resposta, na medida do possível, nos 15 dias seguintes à apresentação do pedido.
7. Todos os pedidos de reembolso devem ser acompanhados de uma prova de pagamento válida (original do recibo ou da nota de honorários devidamente Liquidada com a indicação clara das qualificações legalmente reconhecidas da pessoa que prestou os cuidados médicos, nota da transferência bancária visada pelo organismo financeiro, etc). Na ausência da referida prova de pagamento, não poderá proceder-se ao respectivo reembolso.

**Régime d'assurance-maladie
commun aux institutions des Communautés européennes
LE COMITE DE GESTION**

**COMMUNIQUE AUX AFFILIES
DU REGIME COMMUN D'ASSURANCE-MALADIE**

Au cours de sa 163ème réunion, tenue à Bruxelles, les 19 et 20 mars 1990, le Comité de Gestion a procédé à l'élection de son Président et de son Vice-Président.

Ont été élus avec entrée en fonction le 1er avril 1990 et Jusqu'à la fin de la période biennale 1989/1990 :

Président M. Gero FRIEDEL, Chef de la division "Budgets" au Parlement Européen.

Vice-Président M. Klaus BORCHERS, Juriste-Linguiste au Secrétariat général du Conseil.