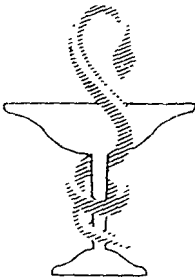


# N° 791

INTERINSTITUTIONS  
TOUS LES LIEUX D'AFFECTATION  
+ PENSIONNES



REGIME COMMUN  
D'ASSURANCE-MALADIE

BUREAU CENTRAL

## Informations utiles aux affiliés

Sommaire détaillé .....	p.2-3
DA.....	p. 4
DE.....	p. 9
EL.....	p. 14
EN.....	p. 19
ES.....	p. 24
FR.....	p. 29
IT.....	p. 34
NL.....	p. 39
PO.....	p. 44

## SOMMAIRE

### **DA**

- Forhåndstilladelse
- Godtgørelse af udgifter til lægemidler
- Fortolkningsbestemmelser gældende fra 1. januar 1993
- Ulykkesforsikring
- Klager

### **DE**

- Vorherige Genehmigung
- Erstattung von Arzneimittelkosten
- Auslegungsbestimmungen, seit 1. Januar 1993 in Kraft
- Unfallversicherung
- Beschwerde

### **EL**

- προηγούμενη έγκριση
- Επιστροφή φαρμακευτικών εξόδων
- Ερμηνευτικές διατάξεις που ισχύουν την 1η Ιανουαρίου 1993
- ασφάλιση κατά κινδύνων ατυχημάτων
- Υποβολή ένστασης

### **EN**

- Prior authorization
- Reimbursement of the cost of pharmaceutical products
- Interpretation of sickness insurance rules of 1 January 1993
- Accident insurance
- Complaints

### **ES**

- Autorización previa
- Reembolso de productos farmacéuticos
- Disposiciones de interpretación vigentes el 1 de enero de 1993
- Seguro de accidentes
- Reclamación

## FR

- Autorisation préalable
- Remboursement de produits pharmaceutiques
- Dispositions d'interprétation en vigueur au 1.1.1993
- Assurance Accidents
- Réclamation

## IT

- Autorizzazione preventiva
- Rimborso di prodotti farmaceutici
- Disposizioni d'interpretazione in vigore al 1° gennaio 1993
- Assicurazione infortuni
- Reclamo

## NL

- Voorafgaande goedkeuring
- Vergoeding van kosten voor geneesmiddelen
- Interpretatievoorschriften van toepassing vanaf 1 januari 1993
- Ongevallenverzekering
- Klacht

## PO

- Autorização prévia
- Reembolso dos produtos farmacêuticos
- disposições de interpretação em vigor em 1 de janeiro de 1993
- Seguro de acidentes
- Reclamação

## FORHÅNDSTILLADELSE

Vi skal erindre om, at der ifølge de fra den 1. Januar 1991 gældende regler ikke længere skal anmodes om forhåndstilladelse til godtgørelse i feilgende tilfælde:

Fysioterapi og kinesiterapi (under 60 behandlinger om året) bortset fra laserterapi og ultravioletbestråling (bilag 1, punkt IX 1 og bilag IV A)

Høreapparater (bilag 1, punkt X I I E)

Indlæg i sko (bilag 1, punkt X I I F 1)

Gummistrømper, korsetter og bandager (bilag 1, punkt X I I F 2)

Sygepleje (bilag 1, punkt X 1).

Det er derfor tilstrækkeligt, at anmodningen om godtgørelse vedlægges den betalte regning og lægens recept.

Hvis det viser sig nødvendigt med flere behandlinger end det antal, der er fastsat i ordningens bilag IV A, må der indgives en behørigt begrundet anmodning om forhåndstilladelse, hvoraf det fremgår, at de ekstra behandlinger er nødvendige.

## Godtgørelse af udgifter til legemidler

For at undgå, at dokumenter må sendes tilbage, og at ventetiden for godtgørelse af udgifter bliver længere, skal de tilsluttede til Den Falles SygeforsikrIngsordning hermed mindes om, at udgifter til lægemidler kun kan godtgøres, hvis følgende oplysninger er angivet på recepten eller apotekerregningen:

- patientens navn
- navnet på den læge, der har udstedt recepten
- apotekerens stempel og underskrift
- datoen for udleveringen af lægemidlerne
- prisen på de enkelte lægemidler
- navnet på det ordinerede og udleverede lægemiddel eller præparatets sammensætning, hvis der er tale om et lægemiddel, der er tilberedt på apoteket efter lægerecept (præparatets nummer er ikke nok).

Hvis et lægemiddel udleveres flere gange på samme recept, skal ovennævnte oplysninger angives på hver enkelt apotekerregning.

Afregningskontorerne tager dog om nødvendigt hensyn til forholdene i de enkelte medlemstater.

## **Fortolkningsbestemmelser gældende fra 1. Januar 1993**

Den 7. april 1993 blev der offentliggjort en ny udgave af fortolkningsbestemmelserne.

En af de vigtigste ændringer drejer sig om, hvor meget udgifterne til tandbehandling kan overskrides (Jf. bilag 1, punkt XV). Nogle af de tilsluttede har nemlig følt det som en belastning der i forbindelse med den sidste ændring af bestemmelserne er blevet indført en sats for overskridelsen på 106X. For at afbøde denne uheldige virkning er satsen for overskridelsen sat op til 150X med forbehold af bestemmelserne i bilag 1, punkt IV, stk. 1, andet afsnit, (alvorlige sygdomsti Ifalde).

Eksempel:

Af et beløb på 15 000 BF i udgifter til en krone:

godtgøres der maksimalt et beløb på 7 500 BF:

I tilfælde af godtgørelse vil der blive beregnet et beløb på 6 563 BF i henhold til artikel 72, stk. 3, i Vedtægten;

der vil ikke blive godtgjort 937 BF, der betragtes som udgifter ud over maksimumsgrænsen (i henhold til de gamle bestemmelser lå 5 062 BF uden for maksimumsgrænsen).

## ULYKKESFORSIKRING

Der gøres opmærksom på, at det i henhold til Vedtægtens artikel 73 kun er tjenestemænd og midlertidigt ansatte, der er dækket af ulykkesforsikringen. **Ægtefælle og børn er således Ikke dækket.**

Udgifter i forbindelse med en ulykke, som ægtefælle eller børn kommer ud for, godtgøres derfor kun i henhold til sygeforsikringsordningen, på linje med andre lægeudgifter.

Hvad angår godtgørelse af andre udgifter. De måtte blive påført i forbindelse med en sådan ulykke, kan der eventuelt blive tale om at rejse erstatningskrav over for modpartens forsikringsselskab.

Vi beder Dem imidlertid give Deres institution meddelelse om enhver ulykke, Deres ægtefælle eller børn måtte komme ud for, såfremt en tredjemand er ansvarlig for ulykken.

## KLAGER

I tilfælde af uenighed, f.eks. med hensyn til godtgørelse af udgifter til lægebehandling, er det tilrådeligt først at kontakte afregningskontoret, som eventuelt efter at have undersøgt sagen kan løse den tilsluttedes problem.

Hvis den tilsluttede efter at have været i kontakt med afregningskontoret er utilfreds med den måde, hvorpå kontoret anvender reglerne, kan han indgive en klage efter Vedtægtens artikel 90, stk. 2.



## VORHERIGE GENEHMIGUNG

Es sei daran erinnert, daß aufgrund der ab 1. Januar 1991 geltenden Regelung ein Antrag auf vorherige Genehmigung für die Erstattung der Kosten nicht mehr erforderlich ist bei.

- Physiotherapie und Kinesitherapie (weniger als 60 Sitzungen pro Jahr) mit Ausnahme von Laserbehandlungen und Ultraviolettbestrahlungen (Anhang I Punkt IX 1. und Anhang IV A.);
- Hörgeräten (Anhang I Punkt XII E);
- orthopädischen Einlagen (Anhang I Punkt XII F 1.);
- Krampfaderstrümpfen, Korsetts, Lendenkorsetts und Bandagen (Anhang I Punkt XII F 2.);
- Leistungen durch medizinisches Hilfspersonal (Anhang I Punkt X 1.).

Dem Antrag auf Erstattung sind die quittierte Rechnung und die ärztliche Verordnung beizufügen.

Stellt sich heraus, daß die Anzahl der in Anhang IV A der Regelung genannten Sitzungen überschritten werden muß, so ist ein Antrag auf vorherige Genehmigung zu stellen, in dem die Notwendigkeit dieser Überschreitung ordnungsgemäß begründet wird.

## Erstattung von Arzneimittelkosten

Um eine Rücksendung von Unterlagen und eine Verlängerung der Erstattungsfristen zu vermeiden, werden die bei der Gemeinsamen Krankheitsfürsorge angeschlossenen Personen erneut darauf hingewiesen, daß Arzneimittelkosten nur dann erstattet werden, wenn auf der ärztlichen Verordnung bzw. Quittung der Apotheke folgendes vermerkt ist:

Name des Patienten

Name des verschreibenden Arztes

Stempel und Unterschrift des Apothekers

Datum der Ausgabe der Arzneimittel

der Preis des einzelnen Produkts

Bezeichnung des verschriebenen und ausgegebenen Arzneimittels bzw. Zusammensetzung der Zubereitung, wenn es sich um eine nach Angaben des Arztes zubereitete Arznei handelt (Nummer der Zubereitung genügt nicht).

Diese Angaben sind auch bei einer wiederholten Aushändigung von Medikamenten notwendig.

Erforderlichenfalls tragen die Abrechnungsstellen den auf einzelstaatlicher Ebene geltenden Besonderheiten Rechnung.

Auslegungsbestimmungen  
- seit 1. Januar 1993 in Kraft -

Die neue Fassung der Auslegungsbestimmungen wurde am 7. April 1993 veröffentlicht.

Eine wichtige Änderung betrifft den Satz unangemessen hoher Kosten bei Zahnbehandlungen (siehe Anhang I Abschnitt XV).

Bei der letzten Änderung der Regelung wurden bestimmte Höchstbeträge festgeschrieben und die Anwendung eines Satzes unangemessen hoher Kosten von 106 % beschlossen, was zu einer spürbar höheren Belastung bei einigen angeschlossenen Personen führte. Vorbehaltlich der Bestimmungen in Anhang I Abschnitt IV Nummer 1 Absatz 2 der Regelung (schwere Krankheiten) wurde der Satz unangemessen hoher Kosten nun auf 150 % angehoben.

Beispiel:

Von 15.000 BFR, die für eine Krone verauslagt werden,

werden Ihnen 7.500 BFR erstattet (erstattungsfähiger Höchstbetrag);

werden 6.563 BFR bei einer Erstattung gemäß Artikel 72 Absatz 3 des Statuts berücksichtigt;

sind 937 BFR nicht erstattungsfähig, da sie als unangemessen hohe Kosten gelten (nach den früheren Bestimmungen galten 5.062 BFR als unangemessen hohe Kosten).

## UNFALLVERSICHERUNG

Wir weisen Sie darauf *hin*, daß gemäß Artikel 73 des Statuts nur die Beamten und Bediensteten auf Zeit durch die Unfallversicherung gedeckt sind. **Diese Sicherung gilt also weder für den Ehegatten noch für die Kinder.**

Die Kosten, die Ihnen Infolge eines Unfalls Ihres Ehegatten« bzw. Ihrer Kinder entstehen, werden also nur - ebenso wie andere Krankheitskosten - gemäß der Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge übernommen.

Die zu Ihren Lasten verbleibenden Kosten können Sie gegebenenfalls bei der Versicherungsgesellschaft der Gegenpartei einfordern.

Allerdings empfehlen wir Ihnen, bei Beteiligung eines haftpflichtigen Dritten Jeden Unfall Ihres Ehegatten bzw. Ihrer Kinder Ihrem Organ anzuzeigen.

## BESCHWERDE

Wenn Sie, beispielsweise, mit der Erstattung der Krankheitskosten nicht einverstanden sind, wird Ihnen empfohlen, mit der Abrechnungsstelle Verbindung aufzunehmen. Nach einer erneuten Prüfung Ihrer Akte durch die Abrechnungsstelle kann das Problem eventuell gelöst werden.

Sollten Sie auch nach dem Kontakt mit der Abrechnungsstelle der Ansicht sein, daß die einschlägigen Vorschriften nicht korrekt angewandt werden, steht es Ihnen frei, Beschwerde gemäß Artikel 90 Absatz 2 einzulegen.

### ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΓΚΡΙΣΗ

Υπενθυμίζεται ότι, σύμφωνα με τις κανονιστικές διατάξεις που ισχύουν από 1ης Ιανουαρίου 1991, δεν χρειάζεται πλέον αίτηση προηγούμενης έγκρισης για την επιστροφή των ιατρικών εξόδων στις ακόλουθες περιπτώσεις :

- Για φυσιοθεραπεία και κινησιοθεραπεία (κάτω των 60 συνεδριών κατ'έτος) εκτός από τις θεραπείες με λέιζερ και υπεριώδεις ακτίνες (Παράρτημα Ι, σημείο ΙΧ 1. και Παράρτημα ΙV Α.).
- για τα ακουστικά βαρηκοΐας (Παράρτημα Ι, σημείο ΧΙΙ Ε).
- για τα ορθοπεδικά πέλματα (Παράρτημα Ι, σημείο ΧΙΙ ΣΤ 1.).
- για τις κάλτσες κιρσών, τους κορσέδες, τις οσφυϊκές ζώνες και τους επιδέσμους (Παράρτημα Ι, σημείο ΧΙΙ ΣΤ 2.).
- για τις παροχές νοσοκόμων (Παράρτημα Ι, σημείο Χ 1.).

Κατά συνέπεια, αρκεί να επισυνάπτεται στην αίτηση επιστροφής ιατρικών εξόδων το εξοφλημένο τιμολόγιο μαζί με την ιατρική συνταγή.

Αν αποδειχθεί αναγκαία η υπέρβαση του αριθμού συνεδριών που προβλέπεται στο Παράρτημα ΙV Α των κανονιστικών διατάξεων, πρέπει να υποβληθεί αίτηση προηγούμενης έγκρισης, δεόντως αιτιολογημένη, που να αναφέρει ότι η υπέρβαση αυτή είναι αναγκαία.

## Επιστροφή φαρμακευτικών εξόδων

Με στόχο την αποφυγή επιστροφής οποιουδήποτε αποδεικτικού στοιχείου και παράτασης του διαστήματος επιστροφής εξόδων, υπενθυμίζεται στους ασφαλισμένους του Κοινού Καθεστώτος Υγειονομικής Ασφάλισης, ότι τα φαρμακευτικά έξοδα επιστρέφονται μόνον εάν στην απόδειξη του φαρμακείου αναφέρονται :

- το όνομα του ασθενούς,
- το όνομα του ιατρού που εξέδωσε τη συνταγή,
- η σφραγίδα και η υπογραφή του φαρμακοποιού,
- η ημερομηνία παράδοσης των φαρμάκων,
- η τιμή κάθε προϊόντος
- η ονομασία των χορηγηθέντων φαρμάκων ή η σύνθεση του παρασκευάσματος σε περίπτωση που την υποδεικνύει ο ιατρός (δεν αρκεί ο αριθμός του παρασκευάσματος).

Οι πληροφορίες αυτές είναι, επίσης, απαραίτητες σε περίπτωση επαναχρησιμοποίησης της συνταγής.

Τα γραφεία εικαθαρίσεων λαμβάνουν, ωστόσο, υπόψη τους, εάν χρειασθεί, τις εθνικές ιδιαιτερότητες.

**Ερμηνευτικές Διατάξεις**  
που ισχύουν την 1η Ιανουαρίου 1993

Μια νέα έκδοση των ερμηνευτικών διατάξεων δημοσιεύθηκε στις 7.4.1993.

Μία από τις σημαντικές τροποποιήσεις αφορά το ποσοστό υπέρβασης για τα οδοντιατρικά έξοδα (βλ. παράρτημα Ι, σημείο XV).

Πράγματι, η καθιέρωση ανωτάτων ορίων καθώς και η εφαρμογή ποσοστού υπέρβασης 106% κατά την τελευταία τροποποίηση των κανονιστικών διατάξεων έγιναν δυσμενώς δεκτά από ορισμένους ασφαλιζόμενους. Για ελάφρυνση του μέτρου αυτού αυξήθηκε το ποσοστό υπέρβασης σε 150%, υπό την επιφύλαξη των προβλεπομένων στο παράρτημα Ι, σημείο IV, παράγραφος 1, δεύτερο εδάφιο των ρυθμίσεων (περίπτωση σοβαρής ασθένειας).

Παράδειγμα :

Επί ποσού πραγματοποιηθέντων εξόδων 15.000 FB για μια στεφάνη με χρυσό και θήκη από ρυτίνη :

- επιστρέφονται 7.500 FB (ανώτατο επιστρεφόμενο ποσό)·
- σε περίπτωση εφαρμογής του άρθρου 72, παράγραφος 3 του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης επιστρέφονται 6.563 FB·
- δεν επιστρέφονται 937 FB, τα οποία θεωρούνται ως υπερβολικά έξοδα (με βάση τις παλαιές διατάξεις θα θεωρούντο ως υπερβολικά έξοδα 5.062 FB).



## ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΤΑ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Σας υπενθυμίζουμε ότι, βάσει του άρθρου 73 του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης, μόνον οι μόνιμοι και έκτακτοι υπάλληλοι καλύπτονται από ασφάλιση κατά κινδύνων ατυχημάτων. Ο(η) σύζυγος και τα τέκνα δεν δικαιούνται την κάλυψη αυτή.

Τα έξοδα που προκύπτουν από ατύχημα που συμβαίνει στους τελευταίους αναλαμβάνονται, συνεπώς, μόνον βάσει των διατάξεων σχετικά με την κάλυψη κινδύνων ασθενείας, όπως τα λοιπά ιατρικά έξοδα.

Το υπόλοιπο των εξόδων που επιβαρύνει εσάς τον ίδιο θα πρέπει ενδεχομένως να το απαιτήσετε από την ασφαλιστική εταιρία του άλλου μέρους.

Θα πρέπει, ωστόσο, να δηλώσετε στο όργανο που εργάζεσθε, κάθε ατύχημα που συμβαίνει στον (στην) σύζυγο ή τα τέκνα, σε περίπτωση που ενέχεται τρίτος.

## Υποβολή ένστασης

Σε περίπτωση διαφωνίας σχετικά, π.χ., με τις επιστροφές ιατρικών εξόδων συνιστάται προηγούμενη επαφή με το γραφείο εικαθαρίσεων, το οποίο ενδεχομένως δύναται, μετά από έλεγχο του φακέλου, να επιλύσει το πρόβλημα που τίθεται από τον ασφαλισμένο.

Εάν μετά την επαφή ο ασφαλισμένος δεν ικανοποιηθεί από την εφαρμογή των ρυθμίσεων εκ μέρους του γραφείου εικαθαρίσεων, είναι θεμιτό να υποβάλει ένσταση βάσει του άρθρου 90 § 2 του κανονισμού υπηρεσιακής κατάστασης.

## PRIOR AUTHORIZATION

In accordance with the Sickness Rules in force since 1.1.1991, please note that it is no longer necessary to obtain prior authorization for the following treatments :

physiotherapy and kinesitherapy (up to 60 sessions per year), except for laser and ultraviolet ray treatment (Annex I, Section IX.1 and Annex IV.A);

hearing aids (Annex I, Section XII.E);

orthopaedic soles (Annex I, Section XII.F.1);

stockings for varicose veins, corsets, lumbar girdles and elastic bandages (Annex I, Section XII.F.2);

nursing attendance (Annex I, Section X.1).

Therefore members need only submit the normal request for reimbursement together with receipted bill and medical prescription.

If members have to exceed the maximum number of sessions laid down in Annex IV.A, they must submit an application for prior authorization, stating why a higher number of sessions is necessary.

## REIMBURSEMENT OF THE COST OF PHARMACEUTICAL PRODUCTS

To obviate the need for documents to be returned and resubmitted, which can lead to delays in reimbursement, members of the Joint Sickness Insurance Scheme should bear in mind that the cost of pharmaceutical products can be reimbursed only if the prescription or chemist's receipt shows:

- the patient's name
- the name of the doctor issuing the prescription
- the chemist's stamp and signature
- the date the products were supplied
- the price of each product
- the name of each product prescribed and supplied, or its composition if it is made up from prescription (the number of the preparation is insufficient).

These particulars must also be supplied in the case of renewal of a prescription.

Where necessary, the Claims Office will take account of national circumstances.

INTERPRETATION OF SICKNESS INSURANCE RULES  
1 JANUARY 1993

New rules for the interpretation of the Sickness Insurance Rules came into effect on 1 January 1993.

One of the changes (Section XV of Annex I) will significantly affect the reimbursement of dental expenses.

The introduction of ceilings in the most recent amendments to the Sickness Insurance Rules combined with the provision that expenses exceeding 106% of the ceiling be regarded as excessive has caused certain members considerable hardship. To counteract this, the above rate has been raised to 150%, subject to the second subparagraph of section IV(1) of Annex I to the Sickness Insurance Rules (serious illness).

For example:

In the case of a crown costing BFR 15 000 :

BFR 7 500 will be reimbursed (maximum reimbursement);

BFR 6 563 will be taken into account in the case of members qualifying for special reimbursement under Article 72(3) of the Staff Regulations;

BFR 937 will not be reimbursed, being considered excessive (under the former rules BFR 5 062 would have been considered excessive).

## ACCIDENT INSURANCE

You are reminded that under Article 73 of the Staff Regulations, only officials and temporary staff are covered by the accident insurance scheme. This coverage does not extend to spouses and children.

Expenses resulting from accidents to spouses or children are covered by the same provisions and reimbursed on the same basis as medical expenses incurred in the case of sickness.

The expenses not reimbursed should be claimed back from the insurance company of the other party.

The institution should, however, be informed of any accident sustained by spouses or children in cases where a third party may be liable.

## COMPLAINTS

If you disagree with, say, the amount received as reimbursement for a medical expenses claim, you should, as a first step, contact the Claims Office, which, after checking the file, may be able to solve the problem.

If after such contact you are not satisfied with the application of the rules by the Claims Office, you may then lodge a complaint under Article 90(2) of the Staff Regulations.

## AUTORIZACIÓN PREVIA

Con arreglo a la documentación vigente desde el 1 de enero de 1991, recordamos que ya no resultará necesario solicitar autorización previa al reembolso en los siguientes casos:

Tratamientos de fisioterapia y kInésiterapia (menos de 60 sesiones anuales), salvo los tratamientos con láser y ultravioletas (Anexo I, punto IX 1. y Anexo IV A).

Aparatos auditivos (Anexo I, punto X I I E).

Plantillas ortopédicas (Anexo I, punto X I I , F1).

Medias para varices, corsés, fajas lumbares y vendas (Anexo I, punto X I I F2).

Prestaciones de enfermeros (Anexo I, punto X 1).

Bastará, por tanto, adjuntar a la solicitud de reembolso la factura pagada acompañada de la prescripción médica.

Si resultara necesario superar el número de sesiones previstas en el Anexo IV A de la normativa, deberá presentarse una solicitud de autorización previa debidamente Justificada que Indique la necesidad de dicha superación.



## **Reembolso de productos farmacéuticos**

Con el fin de evitar la devolución de documentos y la prolongación de los plazos de reembolso, se recuerda a los afiliados del R.C.S.E. que para el reembolso de los gastos farmacéuticos es necesario que en las prescripciones o recibos de la farmacia conste:

- el nombre del paciente
- el nombre del médico que haya prescrito el medicamento
- el sello y la firma del farmacéutico
- la fecha de entrega de los medicamentos
- el precio de cada producto
- la denominación del medicamento prescrito y entregado o la composición del preparado en caso de fórmula magistral (no basta con el correspondiente número).

Tales indicaciones son asimismo indispensables en caso de renovación de la recèta.

Cuando ello sea necesario, no obstante, la oficina liquidadora tendrá en cuenta las peculiaridades nacionales.

## Disposiciones de Interpretación vigentes el 1 de enero de 1993

El 7 de abril de 1993 se publicó una nueva edición de las disposiciones de interpretación.

Una de las modificaciones importantes se refiere a los porcentajes de exceso de los gastos de dentista (véase el anexo I, punto XV).

En efecto, la introducción de límites máximos y la aplicación de un porcentaje de exceso del 106% en la última modificación de la reglamentación han resultado muy gravosas para ciertos afiliados. A fin de compensar esta medida, se ha aumentado el porcentaje hasta un 150%, so reserva de lo dispuesto en el segundo párrafo del apartado 1 del punto IV del anexo I de la reglamentación (caso de enfermedad grave).

Ejemplo:

Sobre un importe de 15.000 FB presentado por una corona:

- 7.500 FB serán reembolsados (reembolso máximo);
- 6.563 FB se abonarán en caso de reembolso en virtud del apartado 3 del artículo 72 del estatuto;
- 937 FB no son reembolsables y se consideran gastos excesivos (con arreglo a las disposiciones anteriores, se considerarían gastos excesivos 5.062 FB).

## SEGURO DE ACCIDENTES

No olvide que, con arreglo al artículo 73 del Estatuto, sólo los funcionarios y agentes temporales están cubiertos por el seguro de accidentes. El cónyuge y los hijos no son beneficiarios directos de dicha cobertura.

Los gastos derivados de un accidente que sobrevenga al cónyuge o a los hijos sólo están cubiertos por las disposiciones que regulan la cobertura de los riesgos de enfermedad, al igual que los restantes gastos médicos.

Para la parte de tales gastos que quede a su cargo, existe la posibilidad de reclamación, en su caso, ante la compañía de seguros de la parte contraria.

No obstante lo anterior, se le ruega que declare a su institución cualquier accidente que sobrevenga a su cónyuge o a sus hijos en caso de que esté en juego la responsabilidad de un tercero.

## RECLAMACIÓN

En caso de desacuerdo en lo que se refiere, por ejemplo, a los reembolsos de gastos médicos, aconsejamos ponerse previamente en contacto con la oficina liquidadora, que eventualmente podrá resolver, previa comprobación del expediente, el problema planteado por algún afiliado.

Si, una vez hecho esto, el afiliado sigue considerando insatisfactoria la aplicación hecha por la oficina liquidadora de los textos normativos, tiene derecho en tal caso a presentar una reclamación en virtud del apartado 2 del artículo 90 del Estatuto.

## AUTORISATION PREALABLE

Selon la réglementation en vigueur depuis le 1er janvier 1991, nous vous rappelons qu'il n'y a plus lieu de demander d'autorisation préalable au remboursement pour les cas suivants :

- Traitements de physiothérapie et de kinésithérapie (en-dessous de 60 séances par an) excepté pour des traitements par laser et ultraviolets (Annexe I, point IX 1. et Annexe IV A.);
- pour les appareils auditifs (Annexe I, point XII E);
- pour les semelles orthopédiques (Annexe I, point XII F 1.);
- pour les bas à varices, corsets, lombostats et bandages (Annexe I, point XII F 2.);
- pour les prestations de soins infirmiers (Annexe I, point X 1.).

Il suffit donc de joindre à la demande de remboursement, la facture acquittée, accompagnée de la prescription médicale.

Si un dépassement du nombre de séances prévues à l'Annexe IV A de la réglementation s'avère nécessaire, il faut introduire une demande d'autorisation préalable dûment motivée, indiquant la nécessité de ce dépassement.

## **Remboursement de produits pharmaceutiques**

Dans le but d'éviter tout renvoi de documents et allongement des délais de remboursement, il est rappelé aux affiliés du R.C.A.M. que les frais pharmaceutiques ne sont remboursables que si la prescription ou le reçu de la pharmacie comporte :

- le nom du malade;
- le nom du médecin prescripteur;
- le cachet et la signature du pharmacien;
- la date de délivrance des médicaments;
- le prix de chaque produit
- la désignation du médicament prescrit et délivré ou la composition de la préparation en cas de prescription magistrale (le numéro de la préparation ne suffit pas).

Ces indications sont également indispensables en cas de renouvellement.

Si nécessaire, les bureaux liquidateurs prennent cependant en considération les particularités nationales.

**Dispositions d'interprétation  
en vigueur au 1er janvier 1993**

Une nouvelle édition des Dispositions d'Interprétation a été publiée en date du 15 janvier 1993.

Une des modifications importantes concerne le taux d'excessivité pour les frais dentaires (cf. Annexe I, point XV).

En effet, la mise en place de plafonds ainsi que l'application d'un taux d'excessivité à 106% lors de la dernière modification de la réglementation, ont été lourdement ressenties par certains affiliés. En vue de compenser cette mesure, le taux d'excessivité a été relevé à 150% sous réserve de ce qui est prévu à l'annexe I, point IV, paragraphe 1, deuxième alinéa de la réglementation (cas de maladie grave).

Exemple :

Sur une somme de 15.000 FB de frais exposés pour une couronne :

- 7.500 FB vous seront remboursés (montant maximum remboursable);
- 6.563 FB seront pris en compte en cas de remboursement sur base de l'article 72, paragraphe 3 du statut;
- 937 FB sont non-remboursables, considérés comme frais excessifs (selon les anciennes dispositions, 5.062 FB étaient considérés comme frais excessifs).

## ASSURANCE ACCIDENTS

Nous vous rappelons que, sur base de l'article 73 du statut, seuls les fonctionnaires et agents temporaires sont couverts par l'assurance accidents. Le conjoint et les enfants ne bénéficient pas de cette couverture.

Les frais découlant d'un accident qui surviendrait à ceux-ci ne sont donc pris en charge qu'au titre des seules dispositions relatives à la couverture des risques de maladie, comme les autres frais médicaux.

Pour le complément des frais restant à votre charge, il y a lieu éventuellement de le réclamer auprès de la Compagnie d'assurances de la partie adverse.

Nous vous demandons cependant de déclarer tout accident survenu au conjoint ou aux enfants, auprès de votre institution, au cas où un tiers responsable est impliqué.



## RECLAMATION

En cas de désaccord relatif, par exemple, aux remboursements de frais médicaux, il est conseillé de prendre contact, au préalable, avec le bureau liquidateur qui peut éventuellement, après vérification du dossier, résoudre un problème posé par un affilié.

Si, après ce contact, l'affilié ne s'estime pas satisfait de l'application des textes réglementaires faite par le bureau liquidateur, il lui est loisible d'introduire alors une réclamation en vertu de l'article 90 §2 du statut.

## AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

Vi ricordiamo che, secondo la regolamentazione in vigore dal 1° gennaio 1991, non è più necessario domandare un'autorizzazione preventiva per ottenere il rimborso delle spese per :

- fisioterapia e chinesiterapia (meno di 60 sedute all'anno), ad eccezione dei trattamenti al raggio laser e ai raggi ultravioletti (Allegato I, punto IX 1 e Allegato IV A);
- apparecchi uditivi (Allegato I, punto XII A);
- soles ortopediche (Allegato I, punto XII F 1);
- calze per varici, busti, fasce lombari e fasciature elastiche (Allegato I, punto XII F 2);
- assistenza di personale ausiliario medico (Allegato I, punto X 1).

Basta dunque allegare alla domanda di rimborso la fattura quietanzata e la prescrizione del medico.

Se fosse necessario un numero di sedute superiore a quello previsto all'Allegato IV A, si dovrà presentare domanda di autorizzazione preventiva debitamente motivata, precisando la ragione del superamento di tale numero di sedute.

## **Rimborso di prodotti farmaceutici**

Per evitare il rinvio di documenti e l'allungamento dei termini di rimborso, si ricorda agli affiliati dell'RCAM che le spese farmaceutiche sono rimborsabili solo se sulla prescrizione o la ricevuta della farmacia figurano:

- il nome del paziente
- il nome del medico autore della prescrizione
- il timbro e la firma del farmacista
- la data di rilascio dei medicinali
- il prezzo di ogni prodotto
- la designazione dei medicinali prescritti e consegnati o l'esatta composizione del farmaco preparato secondo la prescrizione medica (il numero della preparazione non è sufficiente)

Queste indicazioni sono indispensabili anche in caso di rinnovo.

Si necessario, gli uffici liquidatori prenderanno in considerazione le particolarità nazionali.

**Disposizioni d'interpretazione  
in vigore al 1° gennaio 1993**

Una nuova edizione delle disposizioni d'interpretazione è stata pubblicata il 7 aprile 1993.

Una delle più importanti modifiche riguarda il tasso di eccedenza per le spese dentarie (cfr. allegato I, punto XV). Infatti, la fissazione di massimali e del tasso di eccedenza al 106% al momento dell'ultima modifica della regolamentazione sono stati molto risentiti da alcuni affiliati. Per compensare questo squilibrio, il tasso di eccedenza è stato portato al 150%, senza pregiudizio di quanto è previsto all'allegato I, punto IV, paragrafo 1, secondo comma della regolamentazione (caso di malattia grave)

Esempio:

se per l'applicazione di una corona si è sostenuta una spesa di 15 000 FB:

- 7 500 FB saranno rimborsati (importo massimo rimborsabile);
- 6 563 FB verrebbero corrisposti in caso di rimborso a norma dell'articolo 72, paragrafo 3 dello statuto;
- 937 FB non sono rimborsabili e sono considerati spese eccessive (secondo le precedenti disposizioni, sarebbero stati considerati spese eccessive 5 062 FB).

## ASSICURAZIONE INFORTUNI

Vi ricordiamo che, in virtù dell'articolo 73 dello statuto, soltanto i funzionari e gli agenti temporanei sono coperti dall'assicurazione infortuni. Il coniuge ed i figli non usufruiscono di questa copertura.

Le spese causate da un infortunio occorso al coniuge o ai figli, quindi, sono rimborsate soltanto sulla base delle disposizioni relative alla copertura dei rischi di malattia, come le altre spese mediche.

Per il complemento di spese che rimane a carico del funzionario, si può, eventualmente, presentare ricorso per ottenerne il rimborso presso la compagnia d'assicurazione della parte avversa.

Vi chiediamo, tuttavia, di dichiarare presso la vostra istituzione qualsiasi infortunio occorso al coniuge o ai figli, qualora vi fossero terzi responsabili.

## RECLAMO

In caso di disaccordo relativo, per esempio, ai rimborsi di spese mediche, si consiglia di prendere contatto preventivamente con l'ufficio liquidatore che può eventualmente, previa verifica della pratica, risolvere il problema posto dall'interessato.

Se, dopo questo contatto, l'interessato non si ritiene soddisfatto dell'applicazione dei testi regolamentari da parte dell'ufficio liquidatore, potrà presentare un reclamo a norma dell'articolo 90, paragrafo 2 dello statuto.

## VOORAFGAANDE GOEDKEURING

Overeenkomstig de reglementering in voege sinds 1 Januari 1991, herinneren wij U eraan dat in de volgende gevallen geen voorafgaande goedkeuring meer dient te worden aangevraagd :

- Fysiotherapeutische en kinesitherapeutische behandelingen (minder dan 60 zittingen per jaar), met uitzondering van behandelingen met laser en ultraviolette stralen (bijlage I, punt IX eerste alinea en bijlage IV A.);
- hoorapparaten (bijlage I, punt XII E);
- orthopedische zolen (bijlage I, punt XII F, sub 1);
- voor elastieken kousen, corsetten, lendengordels en verbanden (bijlage I, punt XII F, sub 2);
- voor diensten verleend door verplegend personeel (bijlage I, punt X, sub 1);

Het volstaat derhalve bij het verzoek om vergoeding van de kosten het medisch voorschrift en de gekwiteerde rekening te voegen.

Indien het in bijlage IV A van de regeling bedoelde maximaantal zittingen wordt overschreden, dient een naar behoren gemotiveerd verzoek om voorafgaande goedkeuring te worden ingediend waaruit blijkt dat de overschrijding noodzakelijk is.

## Vergoeding van kosten voor geneesmiddelen

Ten einde te voorkomen dat documenten moeten worden teruggestuurd en dat de betaling van de vergoeding nodeloos wordt uitgesteld, worden de aangeslotenen van het gemeenschappelijk stelsel van ziektekostenverzekering eraan herinnerd dat de kosten voor geneesmiddelen alleen worden vergoed indien op het voorschrift of op de apothekersrekening de volgende gegevens zijn vermeld :

- de naam van de zieke;
- de naam van de arts die het geneesmiddel heeft voorgeschreven;
- het stempel en de handtekening van de apotheker;
- de datum waarop de geneesmiddelen zijn afgeleverd;
- de prijs van het geneesmiddel
- de omschrijving van het voorgeschreven en afgeleverde geneesmiddel of de samenstelling van de bereiding indien het een magistrale receptuur betreft (het nummer van de bereiding is niet voldoende);

Ook in geval van hernieuwing van het voorschrift zijn deze gegevens vereist.

Indien nodig houden de afwikkelingsbureaus evenwel rekening met specifieke nationale gebruiken.



## Interpretatievoorschriften van toepassing vanaf 1 januari 1993

Op 7 april 1993 werd een nieuwe versie van de interpretatievoorschriften gepubliceerd.

Een van de belangrijkste wijzigingen heeft betrekking op het bedrag waarboven kosten voor tandheelkundige verzorging als buitensporig moeten worden beschouwd (zie bijlage I, punt XV).

Er is namelijk gebleken dat de bij de laatste wijziging van de Regeling vastgestelde maximumbedragen en de toepassing van een percentage van 106 % voor de berekening van het bedrag waarboven de ziektekosten als buitensporig moeten worden beschouwd, voor sommige aangeslotenen een zeer zware last vormen. Daarom werd besloten het bovenbedoelde percentage van 106 op 150 % te brengen, onverminderd het bepaalde in bijlage I, punt IV, lid 1, tweede alinea van de Regeling (ernstige ziekten).

Voorbeeld :

Een aangeslotene heeft voor een kroon 15.000 BFR betaald :

- er wordt hem 7.500 BFR vergoed (maximumbedrag);
- het bedrag van 6.563 BFR zal ook in aanmerking komen voor de berekening van de vergoeding overeenkomstig artikel 72, lid 3 van het Statuut;
- 937 BFR wordt buitensporig geacht en derhalve niet vergoed (volgens de vroegere voorschriften zou een bedrag van 5.062 BFR als buitensporig zijn beschouwd).

## ONGEVALLENVERZEKERING

Wij herinneren eraan dat de in artikel 73 van het Statuut bedoelde ongevallenverzekering alleen voor de ambtenaren en de tijdelijke functionarissen geldt. De echtgenoot en de kinderen zijn niet door deze verzekering gedekt.

De kosten welke voortvloeien uit ongevallen van medeverzekerden worden derhalve, net als de andere ziektekosten, uitsluitend vergoed overeenkomstig de bepalingen van de regeling inzake ziektekostenverzekering. Vergoeding van het resterende gedeelte, dat ten laste van de aangeslotene komt, kan eventueel worden aangevraagd bij de Verzekeringsmaatschappij van de tegenpartij.

Wij verzoeken U niettemin bij uw instelling aangifte te doen van ieder ongeval dat uw echtgenoot of een van uw kinderen overkomt en waarbij een aansprakelijke derde is betrokken.

## KLACHT

Ingeval een aangeslotene van het Gemeenschappelijk Stelsel van Ziektekostenverzekering het niet eens is met bij voorbeeld de vergoeding van ziektekosten, wordt hem aangeraden eerst contact op te nemen met het afwikkelingsbureau, dat na nazicht van het desbetreffende dossier een oplossing voor het probleem zal trachten te vinden.

Mocht de aangeslotene zich daarna nog steeds niet kunnen verzoenen met de wijze waarop de voorschriften van de regeling door het afwikkelingsbureau zijn toegepast, kan hij een klacht indienen overeenkomstig artikel 90, lid 2, van het Statuut.

## AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Em conformidade com a regulamentação vigente desde 1 de Janeiro de 1991, recordamos que deixou de ser necessário solicitar uma autorização prévia para o reembolso das seguintes despesas:

- tratamentos de fisioterapia e de quinesiterapia (desde que não sejam ultrapassadas as 60 sessões por ano) excepto no que diz respeito aos tratamentos por laser e ultravioletas (ponto IX 1. do Anexo I e Anexo IV A.);
- aparelhos auditivos (ponto XII E do Anexo I);
- palmilhas ortopédicas (ponto XII F 1. do Anexo I);
- meias elásticas, espartilhos, lombostatos e ligaduras (ponto XII F 2. do Anexo I);
- prestações de cuidados de enfermagem (ponto X 1. do Anexo I).

Consequentemente, basta juntar ao pedido de reembolso a factura paga e a receita médica.

Caso seja necessário exceder o número de sessões previstas no Anexo IV A da regulamentação, é preciso apresentar um pedido de autorização prévia devidamente justificado, indicando os respectivos motivos.

## Reembolso dos produtos farmacêuticos

Com o objectivo de evitar a devolução dos documentos e o alargamento dos prazos de reembolso, recorda-se aos beneficiários do R.C.S.D. que as despesas com medicamentos só são reembolsadas quando a receita ou o recibo da farmácia indicam:

- o nome do doente;
- ) - o nome do médico que receitou os medicamentos;
- o carimbo e a assinatura do farmacêutico;
- a data de entrega dos medicamentos;
- o preço de cada produto;
- a designação do medicamento receitado e entregue ou a composição da preparação no caso de receita magistral (o número da preparação não é suficiente);

Estas indicações são igualmente indispensáveis em caso de renovação do pedido.

Se necessário, o serviço de liquidação tomará em consideração as particularidades nacionais.

**DISPOSIÇÕES DE INTERPRETAÇÃO  
EM VIGOR EM 1 DE JANEIRO DE 1993**

Em 7 de Abril de 1993 foi publicada uma nova edição das disposições de interpretação.

Uma das alterações importantes diz respeito à taxa a partir da qual as despesas dentárias são consideradas excessivas (cf. Anexo I, ponto XV).

Com efeito, a fixação de limites máximos, bem como a aplicação de uma taxa de 106%, que haviam sido decididas no âmbito da anterior alteração do Regulamento, penalizavam consideravelmente determinados beneficiários. Para compensar o efeito dessas medidas, a referida taxa foi aumentada para 150%, sob reserva do disposto no nº 1, segundo parágrafo do ponto IV do Anexo I da Regulamentação (Doença Grave).

Exemplo:

De um montante de 15 000 FB relativos a uma coroa:

- serão reembolsados 7 500 FB (montante máximo reembolsável);
- 6 563 FB serão tidos em conta nos casos de reembolso nos termos do nº 3 do artigo 72º do Estatuto;
- 937 FB serão classificados não reembolsáveis e considerados despesa excessiva (de acordo com as anteriores disposições, eram considerados despesa excessiva 5 062 FB).

## SEGURO DE ACIDENTES

Chama-se a atenção para o facto de que, nos termos do disposto no artigo 73<sup>o</sup> do Estatuto, só os funcionários e os agentes temporários se encontram cobertos pelo seguro de acidentes. O cônjuge e os filhos não beneficiam dessa cobertura.

Consequentemente, as despesas referentes a um eventual acidente do cônjuge ou dos filhos serão tidas em conta unicamente a título das disposições relativas à cobertura dos riscos de doença, como qualquer outra despesa médica. As despesas complementares a cargo do titular poderão, eventualmente, ser reclamadas à companhia de seguros da parte adversa.

Solicita-se, contudo, aos titulares que declarem às respectivas instituições os acidentes de que sejam vítimas o cônjuge ou os filhos, sempre que tais acidentes envolvam um terceiro responsável.

## RECLAMAÇÃO

Em caso de desacordo que incida, designadamente, sobre os reembolsos das despesas com assistência médica, é aconselhável entrar previamente em contacto com o serviço de liquidação que poderá eventualmente, após verificação do processo, solucionar um problema suscitado pelo beneficiário.

Após este contacto, se o beneficiário não estiver satisfeito com a aplicação dos textos regulamentares por parte do serviço pagador, poderá apresentar posteriormente uma reclamação a título do nº 2 do artigo 90º do Estatuto.