

SPECIAL

INTERINSTITUTIONS
TOUS LIEUX D'AFFECTATION
+ PENSIONNES + ECOLE EUROPEENNES



R.C.A.M.

REGIME COMMUN
D'ASSURANCE MALADIE

BUREAU CENTRAL

INFORMATIONS UTILES AUX AFFILIES

(Cette publication en français est parue le 20.10.1993)

SOMMAIRE:	2-3
DA	4
DE	10
EL	17
EN	24
ES	30
FR	36
IT	43
NL	50
PT	57

SOMMAIRE

DA

- FREMSKYNDET GODTGØRELSE
- HOSPITALSINDLÆGGELSE
- TERAPEUTISK BEHANDLING
- ANMODNINGER OM GODTGØRELSE AF UDGIFTER

DE

- BÉSCHLEUNIGTE ERSTATTUNG
- KRANKENHAUSAUFENTHALT
- THERAPEUTISCHE BEHANDLUNGEN
- ANTRÄGE AUF ERSTATTUNG

EL

- ΤΑΧΥΤΕΡΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ
- ΕΞΟΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
- ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΓΩΓΕΣ
- ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ

EN

- ACCELERATED REIMBURSEMENTS
- HOSPITALIZATION
- THERAPEUTIC TREATMENTS
- CLAIMS FOR REIMBURSEMENT

ES

- REEMBOLSO ACELERADO
- HOSPITALIZACIÓN
- TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS
- SOLICITUDES DE REEMBOLSO

FR

- REMBOURSEMENT ACCELERE
- HOSPITALISATION
- TRAITEMENTS THERAPEUTIQUES
- DEMANDES DE REMBOURSEMENT

IT

- RIMBORSO ACCELERATO
- RICOVERO OSPEDALIERO
- TRATTAMENTI TERAPEUTICI
- DOMANDE DI RIMBORSO

NL

- VERSNELDE TERUGBETALING
- ZIEKENHUISOPNAME
- GENEESKUNDIGE BEHANDELINGEN
- VERZOEKEN OM TERUGBETALING

PO

- REEMBOLSO ACELERADO
- HOSPITALIZAÇÃO
- TRATAMENTOS TERAPÊUTICOS
- PEDIDOS DE REEMBOLSO

FREMSKYNDET GODTGØRELSE

Hvis De i en periode har haft store udgifter til lægehjælp, kan De anmode om fremskyndet godtgørelse af udgifterne, hvis følgende betingelser er opfyldt:

1. Udgifterne til lægehjælp skal være afholdt inden for de to måneder, der går forud for anmodningen;
2. Deres samlede udgifter til lægehjælp skal overstige et vist beløb (jf. nedenstående tabel).

Da denne procedure giver afregningskontorerne mere arbejde, bedes De kun bruge den helt undtagelsesvis.

Sådan gør De, hvis De ønsker en fremskyndet godtgørelse:

På den sædvanlige anmodning om godtgørelse, som De sender til Deres afregningskontor eller til lokalkontoret i Deres institution, skriver De klart og tydeligt "remboursement accéléré". Vedlæg alle de originale bilag og kvitteringer. De vil så få udbetalt et forskud, som er lavere end den endelige godtgørelse. Anmodningen vil derefter blive behandlet efter den sædvanlige procedure, hvorefter restbeløbet, dvs. forskellen mellem det beløb, De får godtgjort, og det udbetalte forskud, udbetales.

Afregningskontoret i Bruxelles

Hører man ind under afregningskontoret i Bruxelles, har man også mulighed for at hævne en check, der udgør et forskud på godtgørelsen af udgifterne, i BBL's afdeling i rue Archimède 15.

Iører man ind under dette afregningskontor, skal man på anmodningen anføre "remboursement accéléré par banque", hvis man ønsker at få pengene indsat på sin sædvanlige konto, eller "remboursement accéléré par caisse", hvis man foretrækker at få en check.

Afregningskontoret i Ispra

Ved dette afregningskontor er proceduren lidt anderledes, da det med det samme udbetaler hele godtgørelsesbeløbet.

Afregningskontoret i Karlsruhe

Da afregningskontoret i Karlsruhe er hurtigere til at godtgøre udgifterne, og da det for øjeblikket ville volde problemer at indføre denne procedure dér, findes den ikke ved dette afregningskontor.

De afholdte udgifter skal mindst beløbe sig til:

A. Tilsluttede i aktiv tjeneste

minimumsbeløb for de afholdte udgifter	for tjenestemænd og midlertidigt ansatte i lønklasse
BFR 20 000	D, C5, C4
BFR 26 000	C3, C2, C1 B5, B4
BFR 39 000	B3, A8
BFR 65 000	B2, B1 A7-LA7 til A4-LA4
BFR 103 000	A3, A2, A1

B. Tilsluttede, der er udtrådt af tjenesten

minimumsbeløb for de afholdte udgifter	for en grundpension på
BFR 13 000	indtil BFR 64 190
BFR 20 000	mellem BFR 64 200 og 96 290
BFR 26 000	mellem BFR 96 300 og 128 390
BFR 65 000	mellem BFR 128 400 og 192 590
BFR 103 000	BFR 192 600 og derover

HOSPITALSINDLÆGGELSE

Ved hospitalsindlæggelse kan der gives betalingstilsagn for udgifterne i forbindelse med indlæggelsen, således at hospitalet sender hovedregningen for indlæggelsen direkte til afregningskontoret.

Det skal understreges, at der kun kan gives betalingstilsagn for hospitalsindlæggelser, der varer mere end to nætter.

Det skal ligeledes understreges, at der hverken gives betalingstilsagn for ophold på plejehjem for ældre eller for rekonvalescens- eller kurophold.

Da de fleste hospitalsindlæggelser varer under 10 dage, er det blevet besluttet, at alle anmodninger om betalingstilsagn for indlæggelser, der forventes at overstige 18 dage, skal forelægges den rådgivende læge til udtalelse.

Denne foranstaltning er truffet i de tilsluttedes egen interesse for at undgå, at de får en ubehagelig overraskelse, når de får opgørelsen over godtgørelsen af udgifterne og må konstatere, at deres ophold ikke opfyldte kriterierne for hospitalsindlæggelse, og at udgifterne derfor ikke er blevet godtgjort til den sats og på de betingelser, der gælder for hospitalsindlæggelser, men f.eks. er blevet godtgjort som ophold på plejehjem eller rekonvalescenskur.

TERAPEUTISK BEHANDLING

KINESITERAPI, FYSIOTERAPI m.v.

(se bilag IV til ordningen, s. 68-69-70)

For behandlinger såsom kinesiterapi og fysioterapi findes der en maksimumsgrænse for, hvor mange behandlinger der kan godtgøres inden for en periode på 12 måneder (f.eks. 60 kinesiterapibehandlinger).

Denne grænse kan også nås ved at kombinere forskellig behandlingsformer inden for samme gruppe af ydelser (f.eks. 30 kinesiterapibehandlinger og 30 gange lægemassage).

Der kan dog undtagelsesvis gives tilladelse til at overskride det højeste antal behandlinger på grundlag af en forhåndstilladelse ledsaget af en behørigt begrundet lægeattest, som forelægges for den rådgivende læge.

I fortolkningsbestemmelserne præciseres det, at "undtagelsesvis" bl.a. dækker lidelser, der er anerkendt som alvorlige sygdomme, og alvorlig tilskadekomst som følge af en ulykke.

Følgende to situationer kan ligeledes komme i betragtning:

- graviditet
- kroniske sygdomme.

ANMODNINGER OM GODTGØRELSE AF UDGIFTER

I forbindelse med, at der gradvis indføres et nyt arkiveringssystem i sygekassen, skal vi med henblik på at forbedre sagsbehandlingen henlede Deres opmærksomhed på følgende:

1. Anmodninger om godtgørelse af udgifter

Hvis De ønsker over 13 ydelser godtgjort på én gang, bedes De udfylde flere anmodninger (husk at udfylde rubrikken "de samlede udgifter" på hver blanket) og vedlægge hver enkelt anmodning alle dertilhørende bilag (originale regninger, kvitteringer, osv).

Det er dog klogt at indsende en anmodning om godtgørelse af udgifter med jævne mellemrum, f.eks. når De har 6 eller 7 betalte regninger.

Personer, der arbejder i delegationerne uden for Fællesskabet, bedes anføre "H.C." (hors Communauté) eller "DAD" på anmodningerne.

2. Når dokumenter må sendes tilbage til den tilsluttede

Det hænder, at afregningskontoret af forskellige årsager (manglende eller ufuldstændige oplysninger m.v.) må sende en eller flere kvitteringer m.v. tilbage til afsenderen.

For at sikre, at de andre udgifter på anmodningen kan godtgøres, uden at afregningskontoret behøver at vente på, at det får de tilbagesendte kvitteringer m.v. igen, og samtidig sørge for, at alle bilag bliver korrekt registreret, bedes De, når de genindsender bilagene til afregningskontoret, enten udfylde en ny anmodning om godtgørelse eller medtage dokumenterne i Deres næste anmodning.

3. Post

Anmodninger om godtgørelse af udgifter og post vedrørende andre spørgsmål (f.eks. anmodninger om attester, spørgsmål om retten til at blive tilsluttet m.v.) bedes indsendt hver for sig.

Vi skal minde om, at afregningskontoret i Bruxelles for nylig er flyttet, og at al post til sygeforsikringskontoret nu skal sendes til følgende adresse:

B-28 2/180 (rue Belliard 28)

BESCHLEUNIGTE ERSTATTUNG

Wenn Sie in den letzten Monaten hohe Krankheitskosten verauslagen mußten, können Sie eine beschleunigte Erstattung dieser Kosten beantragen.

Dazu müssen Sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

1. Die Krankheitskosten müssen in den beiden letzten Monaten verauslagt worden sein, die dem Antrag vorausgehen.

2. Der Gesamtbetrag der Krankheitskosten muß bestimmte nachstehend aufgeführte Beträge erreichen.

Da dieses Verfahren mit Mehrarbeit verbunden ist, bitten wir Sie, es nur in Ausnahmefällen in Anspruch zu nehmen.

Für eine beschleunigte Erstattung Ihrer Krankheitskosten müssen Sie folgendermaßen vorgehen:

Sie müssen den üblichen Erstattungsantrag mit dem deutlichen Vermerk "Beschleunigte Erstattung" versehen und an Ihre Abrechnungsstelle bzw. an die Nebenstelle Ihres Organs senden. Dem Erstattungsantrag müssen alle Originalbelege und alle Zahlungsnachweise beigelegt werden. Ein niedrigerer Betrag als der tatsächlich zu erstattende Betrag wird Ihnen als Vorschuß gezahlt. Anschließend wird Ihr Antrag normal weiterbearbeitet. Zu einem späteren Zeitpunkt wird Ihnen die Differenz zwischen dem tatsächlich zu erstattenden Betrag und dem gewährten Vorschuß gezahlt.

Abrechnungsstelle Brüssel

Die Personen, für die die Abrechnungsstelle Brüssel zuständig ist, haben auch die Möglichkeit, einen Scheck über einen Vorschuß auf die Erstattung der Kosten zu erhalten, der bei der BBL-Zweigstelle, rue Archimède 15, einlösbar ist.

Deshalb müssen die Personen, für die die Abrechnungsstelle Brüssel zuständig ist, ihren Erstattungsantrag auch mit dem Vermerk "Beschleunigte Erstattung auf dem Bankwege" versehen, wenn sie eine Überweisung auf ihr übliches Bankkonto wünschen. Ziehen sie es vor, einen Scheck zu erhalten, müssen sie "Beschleunigte Erstattung in Bargeld" angeben.

Abrechnungsstelle Ispra

Das Verfahren dieser Abrechnungsstelle weicht von dem oben beschriebenen Verfahren etwas ab: die Abrechnungsstelle Ispra veranlaßt die direkte Zahlung des gesamten zu erstattenden Betrages.

Abrechnungsstelle Karlsruhe

Da die Erstattungsfristen bei der Abrechnungsstelle Karlsruhe kürzer als bei den anderen Abrechnungsstellen sind und die Einrichtung eines beschleunigten Erstattungsverfahrens gegenwärtig mit Schwierigkeiten verbunden wäre, ist dieses Verfahren nicht vorgesehen.

Die verauslagten Kosten müssen jeweils folgenden Betrag erreichen:

A. Angeschlossene Personen im aktiven Dienst

Mindestbetrag der verauslagten Kosten	für Beamte und Bedienstete auf Zeit der Besoldungsgruppe
FB 20.000	D, C5, C4
FB 26.000	C3, C2, C1 B5, B4
FB 39.000	B3, A8
FB 65.000	B2, B1 A7-LA7 bis A4-LA4
FB 103.000	A3, A2, A1

B. Angeschlossene Personen, die aus dem Dienst ausgeschieden sind

Mindestbetrag der verauslagten Kosten	für einen Grundbetrag des Ruhegehalts
FB 13.000	bis zu FB 64.190
FB 20.000	von FB 64.200 bis 96.290
FB 26.000	von FB 96.300 bis 128.390
FB 65.000	von FB 128.400 bis 192.590
FB 103.000	von FB 192.600 und darüber

KRANKENHAUSAUFENTHALT

Die Abrechnungsstelle kann die von der Krankenanstalt ausgestellte Hauptrechnung für einen Krankenhausaufenthalt direkt begleichen, wenn für diese stationäre Behandlung eine "Kostenübernahmeerklärung" ausgestellt wurde.

Eine "Kostenübernahmeerklärung" wird nur für Krankenhausaufenthalte von mehr als zwei Nächten ausgestellt.

Bei Aufenthalten in Erholungs- und Pflegeheimen für ältere Personen sowie in Genesungs- und/oder Kurheimen wird keine "Kostenübernahmeerklärung" ausgestellt.

Da die meisten Krankenhausaufenthalte weniger als zehn Tage dauern, wurde beschlossen, die Stellungnahme des Vertrauensarztes dann einzuholen, wenn aus den Anträgen auf "Kostenübernahme" hervorgeht, daß der Krankenhaus- aufenthalt voraussichtlich länger als achtzehn Tage dauern wird.

Diese Maßnahme wurde im Interesse der angeschlossenen Personen getroffen. Damit soll künftig vermieden werden, daß die angeschlossenen Personen erst zum Zeitpunkt der Erstattung der Kosten feststellen, daß ihr Aufenthalt in einer bestimmten Anstalt nicht den Kriterien eines Krankenhausaufenthaltes entsprach und die Erstattung also nicht zu den für eine stationäre Behandlung geltenden Sätzen und Bedingungen, sondern beispielsweise zu den für einen Aufenthalt in einem Erholungs- und Pflegeheim oder in einem Genesungs- bzw. Kurheim geltenden Sätzen erfolgt.

THERAPEUTISCHE BEHANDLUNGEN
KINESITHERAPIE, PHYSIOTHERAPIE, ...
(siehe Anhang IV der Regelung, S. 69-71)

Bei Behandlungen wie Kinesitherapie, Physiotherapie ... ist die Erstattung auf eine Höchstzahl von Sitzungen in jeweils zwölf Monaten begrenzt (beispielsweise auf 60 Sitzungen bei Kinesitherapie).

Diese Höchstzahl ist auch dann erreicht, wenn verschiedene Behandlungen einer gleichen Leistungsgruppe kombiniert werden (beispielsweise 30 Sitzungen Kinesitherapie mit 30 Sitzungen Heilmassagen).

Allerdings kann diese Höchstzahl in Ausnahmefällen überschritten werden: in diesem Fall müssen dem Vertrauensarzt eine vorherige Genehmigung und ein ordnungsgemäß begründetes ärztliches Attest vorgelegt werden.

In den Auslegungsbestimmungen wird präzisiert, daß als "Ausnahmefälle" insbesondere schwere Verletzungen infolge eines Unfalls oder als schwere Krankheiten anerkannte Leiden gelten.

Berücksichtigt werden auch:

- Schwangerschaft;
- chronische Erkrankung.

ANTRÄGE AUF ERSTATTUNG

Im Rahmen der schrittweisen Einführung eines neuen Archivierungssystems innerhalb der Krankenkasse und im Hinblick auf eine verbesserte Bearbeitung der Unterlagen weisen wir Sie auf folgendes hin:

1. Antrag auf Erstattung

Wenn Sie für eine große Anzahl von Leistungen die Erstattung von Krankheitskosten beantragen, dann füllen Sie zunächst einen ersten Erstattungsantrag (höchstens 13 Leistungen) aus. Setzen Sie in das Feld "Kosten insgesamt" den entsprechenden Betrag ein. Fügen Sie diesem Antrag die einschlägigen Unterlagen (Originalrechnungen, Zahlungsbelege usw.) bei. Füllen Sie einen weiteren bzw. weitere Erstattungsanträge für die restlichen Krankheitskosten aus und fügen Sie jeweils die entsprechenden Unterlagen bei.

Wir empfehlen, die Anträge auf Erstattung der Krankheitskosten regelmäßig, beispielsweise nach Begleichung von sechs oder sieben Rechnungen, einzureichen.

Die Personen, die in den Delegationen außerhalb der Gemeinschaft dienstlich verwendet werden, werden gebeten, ihre Erstattungsanträge mit dem Vermerk "H.C." (außerhalb der Gemeinschaft) oder "DAD" (Verwaltung der Delegationen und der Büros) zu versehen.

2. Rücksendung von Unterlagen an die angeschlossene Person

Aus verschiedenen Gründen kann es vorkommen, daß Ihnen die Abrechnungsstelle Unterlagen zurückschickt (da beispielsweise Angaben fehlen, unvollständig sind...).

Die Abrechnungsstelle möchte mit der Erstattung der übrigen auf dem betreffenden Erstattungsantrag aufgeführten Krankheitskosten und der korrekten Registrierung aller Unterlagen nicht warten, bis die fraglichen Unterlagen wieder bei ihr eingegangen sind. Wenn Sie also diese Unterlagen an die Abrechnungsstelle zurücksenden, füllen Sie einen neuen Erstattungsantrag aus oder berücksichtigen sie diese in einem späteren Antrag.

3. Übersenden von Post

Erstattungsanträge sind gesondert von den sonstigen an die Abrechnungsstelle gerichteten Schreiben (beispielsweise Anträge auf Bescheinigungen, Fragen zur Mitgliedschaft usw.) zu versenden.

Die Abrechnungsstelle Brüssel mußte vor kurzem umziehen. Wir weisen Sie nochmals darauf hin, daß alle das Referat "Krankenversicherung" betreffende Unterlagen an folgende Anschrift zu senden sind:

B-28 . 2/180 (rue Belliard 28)

ΤΑΧΥΤΕΡΗ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ

Σε περίπτωση υψηλών και πρόσφατων ιατρικών δαπανών, μπορείτε να ζητήσετε ταχύτερη επιστροφή των ιατρικών σας εξόδων.

Οι όροι βάσει των οποίων δικαιούσθε την ταχύτερη επιστροφή είναι οι εξής:

1. Τα ιατρικά έξοδα πρέπει να έχουν καταβληθεί εντός του διμήνου που προηγείται της αίτησης.
2. Το σύνολο των ιατρικών σας εξόδων πρέπει να φθάνει ορισμένα ποσά που παρατίθενται κατωτέρω:

Καθώς η διαδικασία αυτή συνεπάγεται αύξηση του φόρτου εργασίας, παρακαλείσθε να τη χρησιμοποιείτε αποκλειστικά σε εξαιρετικές περιπτώσεις

Η διαδικασία για την επιστροφή αυτή είναι η ακόλουθη:

Αναγράψτε σαφώς πάνω στη συνήθη αίτηση επιστροφής που απευθύνετε στο γραφείο εικαθάρισης ή στην αντίστοιχη υπηρεσία του οργάνου σας την ένδειξη "ταχύτερη επιστροφή". Επισυνάψτε όλα τα πρωτότυπα δικαιολογητικά και τις αποδείξεις πληρωμής. Θα σας καταβληθεί ποσό χαμηλότερο από την πραγματική επιστροφή, ως προκαταβολή. Στη συνέχεια θα γίνει κανονικά η επεξεργασία της αίτησης και το υπόλοιπο μεταξύ του πραγματικού ποσού της επιστροφής και της χορηγηθείσας προκαταβολής θα καταβληθεί αργότερα.

Γραφείο Εικαθαρίσεων Βρυξελλών

Για τα πρόσωπα που υπάγονται στο γραφείο εικαθαρίσεων Βρυξελλών, υπάρχει επίσης η δυνατότητα ανάληψης επιταγής, η οποία αντιπροσωπεύει προκαταβολή επί της επιστροφής των εξόδων, από το υποκατάστημα της τράπεζας BBL - rue Archimède 15.

Συνεπώς, τα πρόσωπα που υπάγονται σε αυτό το γραφείο εικαθαρίσεων, θα πρέπει να αναφέρουν επίσης στην αίτησή τους την ένδειξη "ταχύτερη επιστροφή μέσω τραπεζής", εάν επιθυμούν πληρωμή στο συνήθη λογαριασμό τους, ή την ένδειξη "ταχύτερη επιστροφή μέσω ταμείου", εάν προτιμούν τη διαδικασία της επιταγής.

Γραφείο εικαθαρίσεων Ισρα

Η διαδικασία για αυτό το γραφείο εικαθαρίσεων διαφέρει ελαφρά, στο βαθμό που το εν λόγω γραφείο καταβάλλει αμέσως το σύνολο της οφειλόμενης επιστροφής.

Γραφείο εικαθαρίσεων Καρλσρούης

Καθώς η προθεσμία επιστροφής για το γραφείο εικαθαρίσεων Καρλσρούης είναι συντομότερη και λόγω των δυσκολιών που θα έθετε η δημιουργία διαδικασίας ταχύτερης επιστροφής, η διαδικασία αυτή δεν προβλέπεται για αυτό το γραφείο εικαθαρίσεων.

Τα καταβληθέντα έξοδα πρέπει να ανέρχονται στα εξής ποσά :

A. Ασφαλισμένοι εν ενεργεία

ελάχιστο ποσό καταβληθέντων εξόδων	για τους μόνιμους και έιτακτους υπαλλήλους βαθμού
Βελγικά φράγκα 20.000	D, C5, C4
Βελγικά φράγκα 26.000	C3, C2, C1 B5, B4
Βελγικά φράγκα 39.000	B3, A8
Βελγικά φράγκα 65.000	B2, B1 A7-LA7 έως A4-LA4
Βελγικά φράγκα 103.000	A3, A2, A1

B. Ασφαλισμένοι μετά τη λήξη των καθηκόντων τους

ελάχιστο ποσό καταβληθέντων εξόδων	για βασική σύνταξη ύψους
Βελγικά φράγκα 13.000	έως ΒΦ 64.190
Βελγικά φράγκα 20.000	από ΒΦ 64.200 έως 96.290
Βελγικά φράγκα 26.000	από ΒΦ 96.300 έως 128.390
Βελγικά φράγκα 65.000	από ΒΦ 128.400 έως 192.590
Βελγικά φράγκα 103.000	από ΒΦ 192.600 και άνω

ΕΞΟΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Σε περίπτωση νοσηλείας, με την επιστολή "κάλυψης των εξόδων" το γραφείο εικαθάρισης λογαριασμών εξοφλεί το βασικό τιμολόγιο νοσηλείας κατευθείαν στο νοσηλευτικό ίδρυμα.

Σας υπενθυμίζουμε ότι η επιστολή κάλυψης των εξόδων εκδίδεται μόνο σε περίπτωση νοσηλείας που υπερβαίνει τις δύο νύχτες.

Σας υπενθυμίζουμε επίσης ότι δεν εκδίδεται επιστολή κάλυψης των εξόδων για ιδρύματα ανάπαυσης και παροχής φροντίδων για ηλικιωμένα άτομα, για νοσοκομεία ανάρρωσης ή/και θεραπείας (λουτροθεραπεία, αεροθεραπεία κλπ.).

Καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλείων διαρκεί λιγότερο από δέκα ημέρες, αποφασίσθηκε να ζητείται η γνώμη του ιατρού-συμβούλου σχετικά με τις αιτήσεις για επιστολή κάλυψης των εξόδων, όταν η προβλεπόμενη διάρκεια διαμονής υπερβαίνει τις 18 ημέρες.

Το μέτρο αυτό θεσπίστηκε προς το συμφέρον των ασφαλισμένων, ούτως ώστε να μην ευρίσκονται προ εκπλήξεως όταν κατά την επιστροφή των εξόδων διαπιστώσουν ότι η διαμονή τους στο σχετικό ίδρυμα δεν ανταποκρινόταν στα κριτήρια νοσηλείας και ότι, κατά συνέπεια, η επιστροφή των εξόδων δεν έγινε με βάση τα ποσοστά και τους όρους νοσηλείας αλλά, παραδείγματος χάρη, με βάση τα κριτήρια διαμονής σε ίδρυμα ανάπαυσης και παροχής φροντίδων ή αναρρωτικής θεραπείας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΓΩΓΕΣ

ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ, ...

(βλέπε Παράρτημα IV της ρύθμισης, σελ. 69-70)

Η επιστροφή των εξόδων θεραπειών όπως η κινησιοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, ... πραγματοποιείται μέχρι ενός αριθμού επισκέψεων ανά περίοδο δώδεκα μηνών (παραδείγματος χάρη: 60 επισκέψεις κινησιοθεραπείας).

Το ανώτατο αυτό όριο μπορεί επίσης να καλυφθεί με τον συνδυασμό διαφόρων θεραπειών της ίδιας κατηγορίας υπηρεσιών (παραδείγματος χάρη: 30 επισκέψεις κινησιοθεραπείας και 30 επισκέψεις ιατρικών μαλάξεων).

Ωστόσο, μπορεί να εγκριθεί κατ' εξαίρεση η υπέρβαση αυτού του ανώτατου αριθμού επισκέψεων με βάση προηγούμενη έγκριση που συνοδεύεται από δεόντως αιτιολογημένο ιατρικό πιστοποιητικό που υποβάλλονται στον ιατρό-σύμβουλο.

Στις ερμηνευτικές διατάξεις διευκρινίζεται ότι με τον όρο "κατ' εξαίρεση" νοούνται κυρίως οι περιπτώσεις παθήσεων που θεωρούνται σοβαρές ασθένειες και οι περιπτώσεις σοβαρού τραυματισμού σε ατύχημα.

Υπόψη λαμβάνονται επίσης οι δύο επόμενες περιπτώσεις:

- εγκυμοσύνη.
- χρόνια ασθένεια.

ΑΙΤΗΣΕΙΣ ΕΠΙΣΤΡΟΦΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ

Λόγω της σταδιακής εισαγωγής ενός νέου συστήματος αρχειοθέτησης στο Ταμείο υγειονομικής ασφάλισης και για να βελτιωθεί η επεξεργασία των εγγράφων, σας εφιστούμε την προσοχή στα εξής σημεία :

1. Αίτηση επιστροφής ιατρικών εξόδων

Εάν η αίτηση επιστροφής ιατρικών εξόδων σας περιλαμβάνει πολλά ιατρικά έξοδα, παρακαλείσθε να συμπληρώσετε ένα έντυπο αίτησης με ένα μέρος των ιατρικών σας εξόδων (μέχρι 13 παροχές υπηρεσιών) και να συμπληρώσετε το σημείο "σύνολο εξόδων". Στο έντυπο αυτό θα επισυνάψετε τα σχετικά δικαιολογητικά (πρωτότυπα των τιμολογίων, αποδείξεις πληρωμής κτλ.). Εν συνεχεία θα ενεργήσετε κατά τον ίδιο τρόπο για τα υπόλοιπα ιατρικά έξοδα.

Ωστόσο, συνιστάται να υποβάλλετε τακτικά τις αιτήσεις επιστροφής των ιατρικών σας εξόδων, παραδείγματος χάρη όταν θα έχετε 6 ή 7 εξοφλημένα τιμολόγια.

Τα άτομα που υπηρετούν στις αντιπροσωπείες εκτός Κοινότητας παρακαλούνται να αναφέρουν στην αίτηση επιστροφής την μνεία "εκτός Κοινότητας" ("H.C.") ή "ΔΔΑ" ("DAD").

2. Σε περίπτωση επιστροφής δικαιολογητικών στον ασφαλισμένο

Μερικές φορές συμβαίνει να επιστραφούν από το γραφείο εικαθάρησης λογαριασμών ορισμένα δικαιολογητικά για διάφορους λόγους (παράλειψη ενδείξεων, ελλιπή, ...).

Για να μπορεί να πραγματοποιηθεί η επιστροφή των άλλων εξόδων παροχής υπηρεσιών που αναφέρονται στην αρχική αίτησή σας, χωρίς να αναμένεται η επιστροφή των εν λόγω δικαιολογητικών, και για να είναι ωστόσο δυνατό να καταχωρηθούν σωστά όλα τα δικαιολογητικά, παρακαλείσθε, όταν θα τα αποστείλετε εκ νέου στο γραφείο εικαθάρησης λογαριασμών, είτε να συμπληρώσετε νέα αίτηση επιστροφής, είτε να τα συμπεριλάβετε στην επόμενη αίτησή σας.

3. Αποστολή της αλληλογραφίας

Παρακαλείσθε να αποστέλλετε τις αιτήσεις επιστροφής χωριστά από την αλληλογραφία για άλλα θέματα (π.χ. αιτήσεις βεβαιώσεων, ερωτήσεις σχετικά με τα δικαιώματα ασφάλισης, κτλ.).

Σας υπενθυμίζουμε ότι, λόγω της πρόσφατης μετακόμισης του γραφείου εικαθάρισης λογαριασμών, όλα τα έγγραφα που αφορούν τη διοικητική μονάδα "Ασφάλιση ασθένειας και ατυχημάτων" πρέπει να αποστέλλονται στη διεύθυνση :

B-28 2/180 (rue Belliard 28)

ACCELERATED REIMBURSEMENTS

In the event of recent, high medical expenditure, you can ask for an accelerated reimbursement of your medical expenses.

In order to qualify, the following conditions must be fulfilled:

1. the medical expenses concerned must have been incurred in the two months which precede the request;
2. the total of the expenses incurred has to reach a certain amount - see tables below.

As this procedure involves extra work, we ask you to use it only when strictly necessary.

The procedure to be followed to obtain such a reimbursement is as follows:

Write clearly at the top of the usual claim form that you send to your Claims Office or to your institution suboffice the indication "accelerated reimbursement". Attach all the original supporting documents and proof of payment. An amount lower than the actual rate of reimbursement due to you will be paid to you as an advance. Your claim will then be dealt with normally and the balance between the advance you received and the actual rate of reimbursement due to you will be paid at a later date.

Brussels Settlements Office

For those coming under the authority of the Brussels Settlements Office, there is also the possibility of collecting a cheque (representing the advance granted to you) from the BBL branch at 15, rue Archimède, 1040 Brussels.

It is therefore necessary, for those covered by this Settlements Office only, to mark on their claim form either "accelerated reimbursement by bank" if they wish to be paid in the normal way, or "cash accelerated reimbursement" if they prefer the procedure by cheque.

Ispra Settlements Office

The procedure for this Settlements Office is slightly different, insofar as it pays directly the entirety of the reimbursement due.

Karlsruhe Settlements Office

The accelerated reimbursement procedure is not available in this Settlements Office, given that the normal waiting period for reimbursement is shorter than elsewhere, and in view of the difficulties that the introduction of such a system would represent.

Expenditure incurred has to reach the following level in order to qualify for an accelerated reimbursement:

A. Members in employment

minimum amount of expenditure incurred	for officials and temporary agents of grade
BFR 20,000	D, C5, C4
BFR 26,000	C3, C2, C1 B5, B4
BFR 39,000	B3, A8
BFR 65,000	B2, B1 A7-LA7 to A4-LA4
BFR 103,000	A3, A2, A1

B. Pensioners

minimum amount of expenditure incurred	for a basic pension of
BFR 13,000	up to BFR 64,190
BFR 20,000	from BFR 64,200 to 96,290
BFR 26,000	from BFR 96,300 to 128,390
BFR 65,000	from BFR 128,400 to 192,590
BFR 103,000	BFR 192,600 and over

HOSPITALIZATION

In the event of hospitalization, the issuing of a "letter of direct billing" enables the Settlements Office to pay your main bill direct to the hospital concerned.

We remind you that a "letter of direct billing" is not issued for stays in hospital of less than 2 nights.

We also remind you that a "letter of direct billing" is not issued for stays in nursing homes or in rest homes for the elderly, nor in convalescence homes or cure centres.

As most hospitalizations last less than 10 days, it was decided to submit to the Medical Officer all requests for "direct billing" when the planned duration of the stay exceeds 18 days.

This measure was taken in the interest of the members in order to avoid any trouble at the time of reimbursement when they discovered that their stay in the establishment concerned did not meet the criteria of hospitalization and that, consequently, the reimbursement received was calculated not on the basis of a hospitalization, but on the basis of a stay in a nursing/ rest or convalescent home.

THERAPEUTIC TREATMENTS
KINESITHERAPY, PHYSIOTHERAPY, ...

(see annex IV of the Sickness Rules, p. 69-70)

The reimbursement of treatments such as kinesitherapy, physiotherapy, etc is limited to a maximum number of sessions per twelve-month period (for example: 60 kinesitherapy sessions).

This limit can also be reached by combining various treatments of a same group of items (for example: 30 kinesitherapy sessions and 30 therapeutic massage sessions).

However, a higher number of sessions can be granted in exceptional circumstances on the basis of a prior authorization accompanied by a duly justified medical certificate which will be submitted to the Medical Officer.

In the Interpretation of Sickness Insurance Rules, it is specified that, "by way of exception" one means in particular the cases of complaints recognized as serious illnesses and those involving severe trauma following an accident.

The two following situations are also taken into consideration:

- cases of pregnancy;
- cases of chronic illness.

CLAIMS FOR REIMBURSEMENT

Following the progressive introduction of a new archival system within the Sickness Insurance Unit and with a view to improving the processing of the various documents received, we would like to draw your attention to the following points:

1. Claims for reimbursement

If your claim for reimbursement includes numerous medical expenses, please complete a first claim form itemising part of your medical expenses (maximum 13 items) and fill in the box marked "Total per currency". Attach to this form the supporting documents relating to it (original bills, proof of payment, etc). Proceed in the same way for the remainder of your medical expenses.

However, you are advised to send in your medical expenses regularly, for example, as soon as you have 6 or 7 paid bills.

Those staff working in the Delegations outside the Community are please asked to clearly indicate "H.C." or "DAD" on the top of each claim form.

2. In the event of documents being returned to the member

It sometimes happens that documents are returned to you by the Settlements Office for various reasons (missing information, incomplete, etc.).

In order to be able to carry out the reimbursement of the other items on your initial claim form, without awaiting the return of the incomplete documents, and to also allow a correct recording of all the documents, please either complete a new claim form when you send the incomplete items back to the Settlements Office, or include them in your next claim.

3. Sending mail to the Settlements Office

Please send separately from your claims for reimbursement any correspondence relating to other matters (e.g. requests for certificates, questions about your family's cover, etc).

Following the recent move of the Brussels' Settlements Office to new premises, you are reminded that all mail for the Sickness Insurance Unit should be sent to the following address:

B-28 2/180 (rue Belliard 28)

REEMBOLSO ACELERADO

En caso de gastos médicos considerables y recientes, es posible solicitar el reembolso acelerado de sus gastos médicos.

Las condiciones para poder acogerse a dicho reembolso acelerado son las siguientes:

1. los gastos médicos deben haberse realizado en los dos meses anteriores a la solicitud;
2. el total de los gastos médicos debe alcanzar determinadas cantidades que se indican más adelante.

Este procedimiento implica una sobrecarga de trabajo, por lo que le pedimos que sólo lo utilice en casos absolutamente excepcionales.

El procedimiento a seguir para obtener dicho reembolso es el siguiente:

Indique claramente en la petición de reembolso habitual que envíe a su oficina liquidadora o al despacho de su institución la mención "reembolso acelerado". Adjunte todos los documentos justificativos originales y las pruebas de pago. Con carácter de anticipo se le abonará un importe inferior al reembolso real. A partir de ahí la solicitud será tratada normalmente, abonándosele posteriormente el saldo entre el importe real del reembolso y el anticipo concedido.

Oficina liquidadora de Bruselas

Para las personas dependientes de la oficina liquidadora de Bruselas, existe asimismo la posibilidad de retirar un cheque que represente un anticipo sobre el reembolso de los gastos en la agencia bancaria BBL de la rue Archimède nº 15.

Así pues, conviene que las personas dependientes de esta oficina liquidadora, indiquen también en su solicitud la mención "reembolso acelerado por banco", si desean que el pago se efectúe en su cuenta habitual, o la mención "reembolso acelerado por caja", si prefieren el procedimiento por cheque.

Oficina liquidadora de Ispra

Por lo que se refiere a esta oficina liquidadora el procedimiento es ligeramente diferente, en la medida en que abona directamente la totalidad de la cantidad reembolsable.

Oficina liquidadora de Karlsruhe

Dado que los gastos de reembolso de la oficina liquidadora de Karlsruhe son más breves, y habida cuenta de las dificultades que representaría la implantación de este procedimiento, éste no se aplicará en esa oficina liquidadora.

Los gastos realizados deberán alcanzar los siguientes importes:

A. Afiliados en servicio activo

Importe mínimo de los gastos realizados	para los funcionarios y agentes temporales de grado
FB 20.000	D, C5, C4
FB 26.000	C3, C2, C1 B5, B4
FB 39.000	B3, A8
FB 65.000	B2, B1 A7-LA7 a A4-LA4
FB 103.000	A3, A2, A1

B. Afiliados en situación de cese de actividad

Importe mínimo de los gastos realizados	para la pensión base
FB 13.000	de hasta FB 64190
FB 20.000	de FB 64.200 a 94.290
FB 26.000	de FB 96.300 a 128.390
FB 65.000	de FB 128.400 a 192.590
FB 103.000	de FB 192.600 en adelante

HOSPITALIZACIÓN

En caso de hospitalización, el documento de "aceptación de pago" ("prise en charge") permite a la Oficina de liquidación de pagos abonar directamente la factura principal de hospitalización al establecimiento médico.

Le recordamos que el documento de aceptación de pago sólo se expide si la hospitalización es superior a dos noches.

Asimismo, le recordamos que la aceptación de pago no se expide para estancias en casas de reposo o sanatorios de ancianos, ni tampoco para estancias en establecimientos de convalecencia o de curas.

En la mayoría de los casos, la duración de la hospitalización es inferior a diez días, por lo que se ha decidido presentar al médico-asesor las solicitudes de aceptación de pago cuando la duración prevista de la estancia es superior a 18 días.

Esta medida se ha adoptado en interés de los afiliados, a fin de evitarles constatar a la hora del reembolso de gastos que su estancia en un establecimiento no responde a los requisitos de una hospitalización y que, por consiguiente, el reembolso no se hace según los porcentajes y condiciones de una hospitalización sino como una estancia en una casa de reposo o de curas o en un establecimiento de convalecencia.

TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS
KINESITERAPIA, FISIOTERAPIA

(véase Anexo IV de la reglamentación, p. 69-70-71)

El reembolso de tratamientos de kinesiología, fisioterapia, etc... se limita a un número de sesiones por período de doce meses (por ejemplo: 60 sesiones de kinesiología).

Este límite también se aplica cuando se combinan diferentes tratamientos dentro de un conjunto de prestaciones (por ejemplo: 30 sesiones de kinesiología y 30 sesiones de masajes clínicos).

No obstante, puede autorizarse un número superior de sesiones con carácter excepcional y previa autorización acompañada de un certificado médico debidamente motivado, que se presentarán al médico-asesor.

En las Disposiciones de interpretación se especifica que por "carácter excepcional" se entienden las dolencias consideradas enfermedades graves y los casos graves de traumatología consecuencia de accidentes.

También se toman en consideración los casos de:

- embarazo
- enfermedad crónica.

SOLICITUDES DE REEMBOLSO

En relación con la introducción progresiva de un nuevo sistema de archivo en el Seguro Médico, y a fin de mejorar la gestión de los documentos, deseamos llamar su atención sobre los puntos siguientes:

1. Solicitud de reembolso

Si la solicitud de reembolso contiene numerosos gastos médicos, sírvase rellenar un primer formulario de solicitud de reembolso incluyendo parte de los gastos médicos (13 prestaciones como máximo) y rellene la casilla "total de gastos". Adjunte los documentos correspondientes (originales de facturas, pruebas de pago, etc.). Proceda de la misma manera para el resto de los gastos médicos.

Se recomienda presentar regularmente los gastos médicos, por ejemplo, una vez haya reunido 6 ó 7 facturas pagadas.

Se ruega a las personas destinadas en las delegaciones fuera de la Comunidad que indiquen en la solicitud de reembolso las siglas "H.C." o "DAD".

2. Devolución de los documentos al afiliado

A veces, por diversos motivos el despacho de liquidaciones devuelve los documentos al afiliado (por falta de datos, documentos incompletos, ...).

Para obtener el reembolso de las demás prestaciones que figuran en la solicitud inicial, sin esperar al envío de estos documentos y para permitir registrar correctamente todos los documentos, les rogamos que al volver a enviarlos al despacho de liquidaciones cumplimente una nueva solicitud de reembolso o los incluya en la siguiente solicitud.

3. Correspondencia

En la correspondencia, se ruega enviar por separado las solicitudes de reembolso de cualesquiera otras cuestiones (por ejemplo, petición de certificados, preguntas sobre los derechos de afiliación, etc.).

Les recordamos que el despacho de liquidaciones de Bruselas ha cambiado recientemente de dirección y que todos los documentos destinados a la Unidad "Seguro de Enfermedad" deben enviarse a la dirección siguiente:

B-28 2/18 (rue Belliard 28)

REMBOURSEMENT ACCELERE

En cas de dépenses médicales élevées et récentes, vous pouvez demander un remboursement accéléré de vos frais médicaux.

Les conditions pour pouvoir en bénéficier sont les suivantes :

1. les frais médicaux doivent avoir été exposés dans les deux mois qui précèdent la demande;
2. le total de vos frais médicaux doit atteindre certains montants repris ci-après.

Cette procédure entraînant un surcroît de travail, nous vous demandons de l'utiliser à titre tout-à-fait exceptionnel.

La procédure à suivre pour obtenir un tel remboursement est la suivante :

Indiquez clairement sur la demande de remboursement habituelle que vous adressez à votre bureau liquidateur ou à l'antenne de votre institution la mention "remboursement accéléré". Joignez-y toutes les pièces justificatives originales et les preuves de paiement. Un montant inférieur au remboursement réel vous sera versé à titre d'avance. La demande sera ensuite traitée normalement et le solde entre le montant réel du remboursement et l'avance accordée versé ultérieurement.

Bureau Liquidateur de Bruxelles

Pour les personnes dépendant du bureau liquidateur de Bruxelles, il existe également une possibilité de retirer un chèque représentant une avance sur le remboursement des frais, auprès de l'agence bancaire BBL - rue Archimède 15.

Il y a lieu dès lors, pour les personnes dépendant de ce bureau liquidateur, d'inscrire également sur leur demande, la mention "remboursement accéléré par banque" s'ils souhaitent un paiement sur leur compte habituel ou la mention "remboursement accéléré par caisse" s'ils préfèrent la procédure par chèque.

Bureau Liquidateur d'Ispra

La procédure pour ce bureau liquidateur est légèrement différente, dans la mesure où il verse directement l'entièreté du remboursement dû.

Bureau Liquidateur de Karlsruhe

Les délais de remboursement pour le bureau liquidateur de Karlsruhe étant plus brefs et vu les difficultés actuelles que représenterait la mise en place de cette procédure, celle-ci n'existe pas au sein de ce bureau liquidateur.

Les frais exposés doivent atteindre la somme de:

A. Affiliés en activité

montant minimum des frais exposés	pour les fonctionnaires et agents temporaires de grade
FB 20.000	D, C5, C4
FB 26.000	C3, C2, C1 B5, B4
FB 39.000	B3, A8
FB 65.000	B2, B1 A7-LA7 à A4-LA4
FB 103.000	A3, A2, A1

B. Affiliés en cessation d'activité

montant minimum des frais exposés	pour une pension de de base s'élevant
FB 13.000	jusqu'à FB 64.190
FB 20.000	de FB 64.200 à 96.290
FB 26.000	de FB 96.300 à 128.390
FB 65.000	de FB 128.400 à 192.590
FB 103.000	à FB 192.600 et plus

HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation, la délivrance d'une "prise en charge" permet au bureau liquidateur de régler directement à l'établissement de soins la facture principale d'hospitalisation.

Nous vous rappelons que la lettre de prise en charge n'est délivrée qu'en cas d'hospitalisation excédant deux nuits.

Nous vous rappelons également qu'une prise en charge n'est pas délivrée pour les séjours dans des maisons de repos et de soins pour personnes âgées, ni pour des établissements de convalescence et/ou de cures.

La plupart des hospitalisations ayant une durée inférieure à une dizaine de jours, il a été décidé de soumettre à l'avis du médecin-conseil les demandes de prise en charge lorsque la durée prévue du séjour excède 18 jours.

Cette mesure a été prise dans l'intérêt des affiliés afin de leur éviter le désagrément de constater au moment du remboursement des frais que leur séjour dans l'établissement ne correspondait pas aux critères d'une hospitalisation et que, par conséquent, le remboursement octroyé ne se fait pas aux taux et conditions d'une hospitalisation mais, par exemple, sur base d'un séjour en maison de repos et de soins ou d'une cure de convalescence.

TRAITEMENTS THERAPEUTIQUES
KINESITHERAPIE, PHYSIOTHERAPIE, ...

(voir Annexe IV de la réglementation, p. 62-63)

Le remboursement des traitements tels que kinésithérapie, physiothérapie, ... est limité à un nombre maximum de séances par période de douze mois (par exemple : 60 séances de kinésithérapie).

Cette limite peut également être atteinte en combinant différents traitements d'un même groupe de prestations (par exemple : 30 séances de kinésithérapie et 30 séances de massages médicaux).

Toutefois, un dépassement de ce nombre maximum de séances peut être octroyé à titre exceptionnel sur base d'une autorisation préalable accompagnée d'un certificat médical dûment motivé qui seront soumis au médecin-conseil.

Dans les Dispositions d'interprétation, il est précisé que, par "à titre exceptionnel" on entend notamment les cas d'affections reconnues comme maladies graves et ceux relevant d'une traumatologie lourde suite à un accident.

Les deux situations suivantes sont également prises en considération :

- cas de grossesse;
- cas de maladie chronique.

DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Suite à l'introduction progressive d'un nouveau système d'archivage au sein de la Caisse de Maladie et en vue d'améliorer le traitement des documents, nous attirons votre attention sur les points suivants :

1. La demande de remboursement

Si votre demande de remboursement comporte de nombreux frais médicaux, veuillez compléter un premier formulaire de demande de remboursement avec une partie de vos frais médicaux (maximum 13 prestations) et remplir la case "total des frais". Joignez à ce document les pièces (factures originales, preuves de paiement, etc.) y afférentes. Procédez ensuite de la même manière pour le reste des frais médicaux.

Toutefois, il est conseillé d'introduire régulièrement vos frais médicaux, par exemple, dès que vous avez 6 ou 7 factures payées.

Il est demandé aux personnes affectées dans les délégations hors communauté, de faire figurer sur la demande de remboursement la mention "H.C." ou "DAD".

2. En cas de renvoi des pièces à l'affilié

Il arrive que des documents vous soient renvoyés par le bureau liquidateur pour diverses raisons (indications manquantes, incomplètes, ...).

Pour pouvoir effectuer le remboursement des autres prestations figurant sur votre demande initiale, sans attendre le retour de ces pièces, et permettre cependant un enregistrement correct de tous les documents, veuillez, lorsque vous les réexpédiez au bureau liquidateur, soit compléter une nouvelle demande de remboursement, soit les inclure dans votre demande suivante.

3. Envoi du Courrier

Veillez envoyer séparément les demandes de remboursement du courrier relatif à d'autres sujets (par ex. demandes d'attestations, questions sur les droits d'affiliation, etc.).

Nous vous rappelons, suite au récent déménagement du bureau liquidateur de Bruxelles, que tous les documents qui concernent l'Unité "Assurance Maladie" doivent être envoyés à l'adresse suivante :

B-28 2/180 (rue Belliard 28)

RIMBORSO ACCELERATO

In caso di spese mediche elevate e recenti, è possibile chiedere un rimborso accelerato.

Le condizioni per poterne usufruire sono le seguenti :

1. le spese mediche debbono essere state sostenute nei due mesi che precedono la richiesta;
2. il totale delle spese mediche in questione deve essere pari a determinati importi che riportiamo in appresso.

Poiché tale procedura comporta un aumento dell'onere di lavoro, Vi chiediamo di farvi ricorso soltanto a titolo eccezionale.

La procedura da seguire per ottenere tale rimborso è la seguente:

Indicare chiaramente sulla domanda di rimborso abituale, al momento di inviarla all'ufficio liquidatore o all'antenna della vostra istituzione, la dicitura "rimborso accelerato". Allegare alla domanda tutti i documenti giustificativi originali e le prove dell'avvenuto pagamento. Un importo inferiore alla somma da rimborsare effettivamente Vi sarà versato a titolo di anticipo. La domanda seguirà quindi il normale iter ed il saldo, pari alla differenza tra l'importo effettivo del rimborso e l'anticipo concesso, sarà versato successivamente.

Ufficio liquidatore di Bruxelles

Coloro che dipendono dall'ufficio liquidatore di Bruxelles, possono anche incassare un assegno, che costituisce un anticipo sul rimborso spese, presso l'agenzia bancaria BBL - rue Archimède n. 15.

I funzionari che dipendono dal suddetto ufficio liquidatore devono quindi apporre sulla domanda la dicitura "rimborso accelerato tramite banca" se desiderano che l'importo sia versato Sul conto oppure la dicitura "rimborso accelerato tramite cassa" se preferiscono la procedura tramite assegno.

Ufficio liquidatore di Ispra

La procedura in vigore presso questo ufficio liquidatore varia leggermente da quella dell'ufficio di Bruxelles, in quanto il primo rimborsa direttamente la totalità della somma.

Ufficio liquidatore di Karlsruhe

Poiché i tempi di rimborso previsti dall'ufficio liquidatore di Karlsruhe sono più rapidi e viste le attuali difficoltà di instaurare la procedura in parola, essa non viene applicata dall'ufficio liquidatore di Karlsruhe.

Le spese sostenute devono raggiungere la somma di:

A. Affiliati in servizio

Importo minimo delle spese sostenute	per i funzionari ed agenti temporanei di grado
FB 20.000	D, C5, C4
FB 26.000	C3, C2, C1 B5, B4
FB 39.000	B3, A8
FB 65.000	B2, B1 da A7-LA7 a A4-LA4
FB 103.000	A3, A2, A1

B. Affiliati che hanno cessato il servizio

Importo minimo delle spese sostenute	per una pensione di base di importo
FB 13.000	fino a FB 64.190
FB 20.000	da FB 64.200 a 96.290
FB 26.000	da FB 96.300 a 128.390
FB 65.000	da FB 128.400 a 192.590
FB 103.000	a partire da 192.600

RICOVERO OSPEDALIERO

In caso di ricovero ospedaliero, il rilascio della cosiddetta impegnativa consente all'ufficio liquidatore di saldare direttamente all'istituto ospedaliero il conto principale relativo al ricovero.

Vi ricordiamo che l'impegnativa è rilasciata soltanto se il ricovero comporta più di due notti di degenza.

Vi ricordiamo inoltre che l'impegnativa non può essere rilasciata per i soggiorni in case di riposo e di cura per gli anziani, né per istituti di convalescenza e/o cure.

Poiché la maggior parte dei ricoveri è di durata inferiore a 10 giorni, è stato deciso di sottoporre al parere del medico di fiducia dell'istituzione le richieste di impegnativa quando la durata prevista della degenza supera i 18 giorni.

Tale misura è stata presa nell'interesse degli affiliati per evitare loro il fastidio di constatare, al momento del rimborso spese, che il loro soggiorno in un istituto ospedaliero non rispondeva ai criteri di un vero e proprio ricovero ospedaliero e che, di conseguenza, il rimborso non è effettuato ai tassi e alle condizioni di un ricovero ma è equiparato, piuttosto, ad un soggiorno in casa di riposo e di cure o ad una cura di convalescenza.

TRATTAMENTI TERAPEUTICI
CHINESITERAPIA, FISIOTERAPIA

(cfr. Allegato IV della regolamentazione, pag. 70-71-72)

Il rimborso delle cure (chinesiterapia, fisioterapia...) è limitato a un numero massimo di prestazioni per periodo di dodici mesi (per es.: 60 prestazioni di chinesiterapia).

Questo limite può essere raggiunto anche combinando diversi trattamenti di una stessa categoria di prestazioni (per esempio: 30 prestazioni di chinesiterapia e 30 prestazioni di massaggi terapeutici).

Tuttavia, il superamento di questo numero massimo di prestazioni può essere concesso eccezionalmente sulla base di una domanda di autorizzazione preliminare, corredata da preventiva un certificato medico debitamente motivato, da sottoporre all'esame del medico di fiducia dell'istituzione.

Nelle disposizioni interpretative si precisa che, con l'espressione "A titolo eccezionale", si intendono in particolare i casi relativi ad affezioni riconosciute come malattie gravi e quelli relativi a traumi gravi (in seguito ad infortunio).

Sono pure prese in considerazione le due situazioni seguenti:

- caso di gravidanza;
- caso di malattia cronica.

DOMANDE DI RIMBORSO

In seguito all'introduzione progressiva di un nuovo sistema di archiviazione presso la Cassa malattia, e per migliorare l'evasione delle pratiche, richiamiamo l'attenzione sui seguenti punti:

1. La domanda di rimborso

Se dovete farVi rimborsare un gran numero di fatture mediche, compilate un primo formulario di domanda di rimborso indicandovi una parte delle vostre spese (massimo 13 prestazioni) e riempite la casella "totale delle spese". Allegate alla domanda i relativi documenti giustificativi (fatture originali, prove di pagamento, ecc.). Procedete poi allo stesso modo, con altro formulario, per il resto delle spese.

Si consiglia tuttavia di presentare regolarmente le domande di rimborso, per esempio appena avete 6 o 7 fatture quietanzate.

Alle persone in servizio presso le delegazioni fuori del territorio della Comunità si raccomanda di apporre sulla domanda di rimborso l'indicazione "H.C." o "DAD".

2. In caso di rinvio dei documenti all'affiliato

Succede a volte che qualche documento Vi sia rinviato dall'ufficio liquidatore, per una ragione o per l'altra (indicazioni mancanti, incomplete, ecc.).

Affinché il rimborso delle altre prestazioni indicate sulla Vostra domanda possa essere effettuato senza attendere la regolarizzazione di questi documenti, e per permettere tuttavia una registrazione corretta e completa, Vi preghiamo di rispedire all'ufficio liquidatore i documenti in questione compilando una nuova domanda di rimborso oppure includendoli nella domanda successiva.

3. Invio della corrispondenza

Inviare separatamente, e non insieme alle domande di rimborso, la corrispondenza relativa ad altri argomenti (per esempio domande di attestati, problemi riguardanti i diritti di affiliazione, ecc.).

Vi ricordiamo che, in seguito al recente trasloco dell'Ufficio liquidatore di Bruxelles, tutti i documenti destinati all'unità "Assicurazione malattia" devono essere inviati al seguente indirizzo:

B-28 2/180 (rue Belliard 28)

VERSNELDE TERUGBETALING

Indien u in korte tijd hoge ziektekosten heeft gehad kunt u om versnelde terugbetaling vragen, op voorwaarde dat :

- de ziektekosten zijn gemaakt in de twee maanden die aan de aanvraag voorafgaan;
- de totale ziektekosten tenminste de hierna genoemde minima bedragen.

Versnelde terugbetaling van ziektekosten betekent voor het Afwikkelingsbureau extra werk. Maak daarom alleen bij wijze van uitzondering gebruik van deze mogelijkheid.

De procedure voor het aanvragen van een versnelde terugbetaling is als volgt :

Vermeld op het verzoek om terugbetaling van ziektekosten dat u naar uw Afwikkelingsbureau of naar de afdeling daarvan in uw Instelling stuurt, duidelijk "Versnelde terugbetaling". Voeg alle originele schriftelijke bewijsstukken en betalingsbewijzen bij. U ontvangt dan bij wijze van voorschot een bedrag dat lager ligt dan het totale terug te betalen bedrag. Vervolgens wordt het verzoek om terugbetaling op de normale manier afgehandeld. Het verschil tussen het totale terug te betalen bedrag en het reeds betaalde voorschot wordt later overgemaakt.

Afwikkelingsbureau van Brussel

Voor personen die onder het Afwikkelingsbureau van Brussel vallen kan het voorschot op de terugbetaling van de ziektekosten ook door middel van een cheque worden uitbetaald; deze cheque moet worden geïnd bij de BBL - Archimedesstraat 15.

Indien u onder dit Afwikkelingsbureau valt, vermeld u dan op het verzoek ook "Versnelde terugbetaling per bank" als u de betaling wenst te ontvangen op uw gewone bankrekening, of "Versnelde terugbetaling via de kas" als u een cheque verkiest.

Afwikkelingsbureau van Ispra

De procedure van dit Afwikkelingsbureau verschilt enigszins van die van Brussel : het terug te betalen bedrag wordt neteen in zijn geheel overgemaakt.

Afwikkelingsbureau van Karlsruhe

Aangezien bij dit Afwikkelingsbureau de terugbetalingstermijnen korter zijn en invoering van een procedure van versnelde terugbetaling op dit moment problemen zou opleveren, bestaat dit systeem niet in Karlsruhe.

De kosten moeten tenminste het volgende bedragen :

A. Aangeslotenen in actieve dienst

Minimumbedrag van de kosten	Voor ambtenaren en tijdelijke functionarissen van de rangen
BFR 20.000	D, C5, C4
BFR 26.000	C3, C2, C1 B5, B4
BFR 39.000	B3, A8
BFR 65.000	B2, B1 A7-LA7 t/m A4-LA4
BFR 103.000	A3, A2, A1

B. Aangeslotenen die de dienst hebben beëindigd

Minimumbedrag van de kosten	Bij een basispensioen
BFR 13.000	tot BFR 64.190
BFR 20.000	van BFR 64.200 tot BFR 96.290
BFR 26.000	van BFR 96.300 tot BFR 128.390
BFR 65.000	van BFR 128.400 tot BFR 192.590
BFR 103.000	tot BFR 192.600 en meer

ZIEKENHUISOPNAME

Bij ziekenhuisopname kan het Afwikkelingsbureau een "borgstelling bij wijze van voorschot" verlenen op grond waarvan het de hoofdrekening rechtstreeks aan het ziekenhuis of de kliniek kan betalen.

Er zij aan herinnerd dat de borgstelling bij wijze van voorschot alleen wordt verleend voor ziekenhuisopname voor meer dan twee nachten, en dat zij niet wordt verleend voor verblijf in rusthuizen of verzorgingstehuizen voor bejaarden, noch voor verblijf in herstellingsoorden en/of kuuroorden.

Aangezien ziekenhuisopname in de meeste gevallen niet langer duurt dan 10 dagen is besloten de verzoeken om borgstelling bij wijze van voorschot voor een verblijf dat naar verwachting langer dan 18 dagen zal duren, voor te leggen aan de raadgevend arts.

Deze maatregel is in het belang van de aangeslotene: op deze manier kan worden vermeden dat u bij de terugbetaling van de kosten tot de onaangename ontdekking moet komen dat het betrokken verblijf niet beantwoordde aan de criteria van een ziekenhuisopname, en dat de desbetreffende kosten derhalve niet worden vergoed op basis van de tarieven en voorwaarden van een ziekenhuisopname maar, bijvoorbeeld, op basis van een verblijf in een rusthuis of verzorgingstehuis of in een herstellingsoord.

GENEESKUNDIGE BEHANDELINGEN
KINESITHERAPIE, FYSIOTHERAPIE, enz.

(zie bijlage IV van de Regeling, blz. 71-72)

Voor behandelingen als kinesitherapie, fysiotherapie, enz. is het aantal zittingen dat wordt vergoed beperkt tot een bepaald maximum per periode van 12 maanden (b.v. : 60 zittingen voor kinesitherapie).

Dit maximum kan ook worden bereikt bij een combinatie van verschillende behandelingen van eenzelfde groep verstrekkingen (b.v. 30 zittingen kinesitherapie en 30 zittingen medische massage).

Bij wijze van uitzondering kan echter een overschrijding van dit maximum worden toegestaan. Hiervoor dient een voorafgaande goedkeuring, tezamen met een naar behoren gemotiveerd medisch attest te worden overgelegd aan de raadgevend arts.

In de Interpretatievoorschriften is bepaald dat als "uitzondering" met name gevallen worden beschouwd van aandoeningen die als ernstige ziekten zijn erkend of van zware letsels ingevolge een ongeval.

Ook de volgende gevallen worden in aanmerking genomen :

- zwangerschap;
- chronische ziekte.

VERZOEKEN OM TERUGBETALING

In verband met de geleidelijke invoering van een nieuw archiveringssysteem voor de ziektekostenverzekering en met het oog op een vlottere verwerking van de documenten willen wij u wijzen op het volgende :

1. Verzoek om terugbetaling

Indien u een verzoek om terugbetaling indient voor een groot aantal ziektekosten, handel dan als volgt : vul eerst een gedeelte van uw ziektekosten (maximaal 13) in op een formulier "Verzoek om terugbetaling van ziektekosten", en vermeld daarop het bedrag "totale kosten" voor dat gedeelte. Voeg bij dat formulier de desbetreffende bewijsstukken (originele rekeningen, betalingsbewijzen, enz.). Ga op dezelfde manier te werk voor de overige ziektekosten.

Het verdient aanbeveling de verzoeken om terugbetaling van ziektekosten regelmatig in te dienen, bijvoorbeeld telkens wanneer u zes of zeven rekeningen heeft betaald.

Personen die in de delegaties buiten de Gemeenschap werkzaam zijn worden verzocht op hun verzoek om terugbetaling de vermelding "H.C." (voor "hors Communauté") of "DAD" aan te brengen.

2. In geval van terugzending van bewijsstukken aan de aangeslotene

Het komt voor dat bepaalde stukken door het Afwikkelingsbureau worden teruggezonden, bijvoorbeeld in geval van ontbrekende of onvolledige gegevens of om andere redenen.

Om het Afwikkelingsbureau in staat te stellen de terugbetaling van de overige gedeclareerde ziektekosten af te ronden zonder op de aan u teruggezonden stukken te moeten wachten, en om de verwerking van alle documenten toch correct te laten gebeuren, wordt u verzocht voor het opnieuw indienen van deze stukken gebruik te maken van een afzonderlijk formulier of deze bij een volgend verzoek om terugbetaling te voegen.

3. Indiening van verzoeken om terugbetaling en andere post

De verzoeken om terugbetaling en de briefwisseling over andere onderwerpen (bijvoorbeeld aanvragen van verklaringen, vragen over aansluiting bij het stelsel, enz.) moeten afzonderlijk worden ingediend.

Ter herinnering zij erop gewezen dat het Afwikkelingsbureau van Brussel onlangs is verhuisd, en dat alle documenten voor de administratieve eenheid "Ziektekostenverzekering" moeten worden gezonden naar :

B-28 2/180 (Belliardstraat 28)

REEEMBOLSO ACELERADO

Caso tenha efectuado recentemente despesas com assistência médica correspondentes a montantes elevados, pode solicitar o reembolso acelerado dessas mesmas despesas.

As condições para poder beneficiar do reembolso acelerado são as seguintes:

1. As despesas com assistência médica devem ter sido efectuadas nos dois meses que antecedem o pedido;
2. O total das despesas em causa deve atingir determinados montantes seguidamente referidos.

Dado que este procedimento origina um aumento de trabalho, solicitamos-lhe que apenas o utilize a título claramente excepcional.

A tramitação a seguir para a obtenção de um tal reembolso é a seguinte:

Indique claramente no pedido de reembolso habitual que envia ao Serviço Pagador ou à antena da sua instituição a menção "reembolso acelerado". Junte ao referido pedido todos os documentos comprovativos originais e as provas de pagamento. A título de adiantamento, ser-lhe-á pago um montante inferior ao reembolso real. Seguidamente, o pedido será tratado normalmente e o saldo entre o montante real do reembolso e o adiantamento pago será pago posteriormente.

Serviço Pagador de Bruxelas

As pessoas que dependem do Serviço Pagador de Bruxelas têm igualmente a possibilidade de levantar um cheque, correspondente ao adiantamento sobre o reembolso das despesas, na agência bancária BBL - rue Archimède, 15.

Consequentemente, é importante que os beneficiários dependentes deste Serviço Pagador inscrevam igualmente no seu pedido a menção "reembolso acelerado por banco" se desejarem que o pagamento seja efectuado na sua conta habitual ou a menção "reembolso acelerado por caixa" se preferirem o procedimento por cheque.

Serviço Pagador de Ispra

O procedimento seguido por este serviço é ligeiramente diferente, uma vez que o Serviço Pagador de Ispra paga directamente a totalidade do reembolso devido.

Serviço Pagador de Karlsruhe

Dado que os prazos de reembolso deste serviço são mais curtos e tendo em conta as dificuldades que a introdução de um tal procedimento acarretaria, o Serviço Pagador de Karlsruhe não dispõe da possibilidade de conceder o reembolso acelerado de despesas com assistência médica.

As despesas efectuadas devem atingir os seguintes montantes:

A. Beneficiários em exercício de funções

montante mínimo das despesas efectuadas	para os funcionários e os agentes temporários do grau
FB 20 000	D, C5, C4
FB 26 000	C3, C2, C1 B5, B4
FB 39 000	B3, A8
FB 65 000	B2, B1 A7-LA7 a A4-LA4
FB 103 000	A3, A2, A1

B. Beneficiários que cessaram as suas funções

montante mínimo das despesas efectuadas	para uma pensão de base cujo montante se eleve
FB 13 000	até FB 64 190
FB 20 000	de FB 64 200 a 96 290
FB 26 000	de FB 96 300 a 128 390
FB 65 000	de FB 128 400 a 192 590
FB 103 000	FB 192 600 e mais

HOSPITALIZAÇÃO

A emissão de um "termo de responsabilidade", em caso de hospitalização, permite ao Serviço Pagador pagar directamente ao estabelecimento de cuidados de saúde a factura principal de hospitalização.

Chamamos mais uma vez a atenção para o facto de o termo de responsabilidade só ser emitido nos casos em que o internamento hospitalar ultrapasse as duas noites.

Recordamos igualmente que o termo de responsabilidade não é emitido nos casos de internamento em casas de repouso/saúde para pessoas idosas ou em estabelecimentos de convalescença e/ou de cura.

Dado que a maior parte das hospitalizações tem uma duração inferior a cerca de dez dias, decidiu-se submeter à apreciação do médico assessor todos os pedidos de emissão de um termo de responsabilidade cuja duração prevista de internamento seja superior a 18 dias.

Esta medida foi adoptada no interesse dos beneficiários a fim de lhes evitar o incómodo de verificar, no momento do reembolso das suas despesas de internamento hospitalar, que esse internamento não correspondia aos critérios de uma hospitalização e que, conseqüentemente, o reembolso não é feito de acordo com os índices e as condições de uma hospitalização, mas sim, por exemplo, com base num internamento numa casa de repouso/saúde ou de uma cura de convalescença.

TRATAMENTOS TERAPÊUTICOS
CINESITERAPIA, FISIOTERAPIA, ...

(Ver Anexo IV da regulamentação, pp. 68-69-70)

O reembolso de tratamentos tais como a cinesiterapia, a fisioterapia, etc. encontra-se limitado a um número máximo de sessões por cada período de doze meses (por exemplo: 60 sessões de cinesiterapia).

Este limite pode igualmente ser atingido através da combinação de diferentes tratamentos do mesmo grupo de prestações (por exemplo: 30 sessões de cinesiterapia e 30 sessões de massagens médicas).

Todavia, a título excepcional, é possível autorizar que este número máximo de sessões seja ultrapassado com base numa autorização prévia acompanhada de um atestado médico devidamente fundamentado, os quais serão submetidos à apreciação do médico assessor.

Nas disposições de interpretação, é definido que por "a título excepcional" se entende nomeadamente as situações reconhecidas como doenças graves e as que se integram na grande traumatologia na sequência de um acidente.

As duas situações seguintes são igualmente tidas em consideração:

- gravidez;
- doenças crónicas.

PEDIDOS DE REEMBOLSO

Na sequência da introdução progressiva de um novo sistema de arquivo no âmbito da Caixa de Doença e com vista a melhorar o tratamento dos documentos, chamamos a sua atenção para os seguintes pontos:

1. Pedidos de reembolso

Caso o seu pedido de reembolso inclua várias despesas com assistência médica, preencha um primeiro formulário de pedido de reembolso com uma parte dessas despesas (máximo 13 prestações) e preencha a casa "total das despesas". Junte a este documento os respectivos documentos comprovativos (facturas originais, provas de pagamento, etc.). Seguidamente, proceda da mesma forma no que diz respeito às restantes despesas com assistência médica.

Não obstante, aconselham-se os beneficiários a apresentarem regularmente as suas despesas com assistência médica, por exemplo quando dispuserem de 6 ou 7 facturas pagas.

Solicita-se às pessoas afectas a delegações fora da Comunidade que incluam no respectivo pedido de reembolso a menção "H.C." ou "DAD".

2. Em caso de devolução dos documentos comprovativos ao titular

Por vezes, os documentos comprovativos são devolvidos aos titulares pelo Serviço Pagador por diversas razões (falta de informações, indicações incompletas, ...).

Para que seja possível efectuar o reembolso das restantes prestações que constam do seu pedido inicial, sem que tenha que se esperar pelo envio dos documentos devolvidos, e permitir, todavia, registar correctamente todos os documentos, solicita-se que, no momento em que enviar de novo os documentos ao Serviço Pagador, preencha um novo pedido de reembolso ou os inclua no seu próximo pedido.

3. Envio da correspondência

Solicitamos-lhe que envie os pedidos de reembolso separadamente da correspondência relativa a outras questões (pedidos de atestados, perguntas sobre os direitos de inscrição no regime, etc.).

Relembramos que, na sequência da mudança recente do Serviço Pagador de Bruxelas, todos os documentos que digam respeito à Unidade "Seguro de Doença" devem ser enviados para o seguinte endereço:

B-28 2/180 (rue Belliard, 28)