



MIĘDZYNARODOWE STOWARZYSZENIE ABSOLWENTÓW
UNIA EUROPEJSKA



ABC UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO INSTYTUCJE EUROPEJSKIE

Niniejszy przewodnik został stworzony przez AIACE International dla rodzin i bliskich emerytów i rencistów instytucji europejskich, aby pomóc im lepiej zrozumieć przepisy ustawowe regulujące ich prawa finansowe oraz wspomóc ich w konkretnych lub złożonych sytuacjach. Jest to praktyczny przewodnik, który zapewnia ogólny przegląd tych przepisów i w żaden sposób nie zastępuje obowiązujących dokumentów urzędowych. Odnosi się on przede wszystkim do informacji publikowanych na stronie internetowej AIACE International, dostępnej bez logowania i hasła za pośrednictwem hiperłączy, gdzie znajdują się wszystkie niezbędne formularze i dokumenty.

Podstawowe zasady ubezpieczenia zdrowotnego obejmują zasady wspólne dla wszystkich państw członkowskich. Specyfika poszczególnych krajów zostanie jednak szczegółowo opisana w dokumentach dostępnych na stronie internetowej każdej sekcji.

Niniejszy dokument w żadnym wypadku nie stanowi rekomendacji ze strony służb Komisji Europejskiej. Został on opracowany pod nadzorem AIACE International.

Wersja: 27.07.2025

SPIS TREŚCI

<u>1. WSTĘP</u>	<u>5</u>
UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	5
EMERYTURA	5
ZASIŁKI RODZINNE	5
<u>2. OCHRONA RCAM: KOGO I W JAKI SPOSÓB OCHRONA OBEJMUJE?</u>	<u>6</u>
<u>3. ZWROT</u>	<u>7</u>
3.1. INFORMACJE OGÓLNE	7
3.2. KONSULTACJA I WIZYTA LEKARSKA	7
3.3. TELEKONSULTACJE MEDYCZNE	8
3.4. Produkty farmaceutyczne 3.5.	8
Kupowanie produktów farmaceutycznych online 3.6. Profilaktyczna	8
opieka stomatologiczna 3.7. Okulary	9
	9
3.8. Aparaty słuchowe 3.9.	9
Pedicure medyczny	9
3.10. Osteopatia-Fizjoterapia 3.11. Wkładki	10
ortopedyczne i obuwie 3.12. Drenaż limfatyczny 3.13.	10
Akupunktura	10
	10
3.14 PROBLEMY ZE WZROKIEM	10
<u>4. RELACJE Z RCAM</u>	<u>11</u>
4.1. Likwidacja biur 4.2. Nadmierne	11
wydatki medyczne 4.2. Współczynnik	11
podstawy zwrotu BIS	11
4.3. ZWROT SPECJALNY	11
4.4. ZALICZKA NA WYSOKIE KOSZTY MEDYCZNE	11
4.5. PRIORYTETOWY ZWROT W PRZYPADKU WYSOKIEGO POTRZEBY	11
<u>5. WCZEŚNIEJSZA AUTORYZACJA ZWROTU</u>	<u>12</u>
5.1. PODSTAWOWE ZASADY 5.2.	12
KIEDY WYMAGANA JEST UPRZEDNIA AUTORYZACJA ? 5.3. JAK PRAWIDŁOWO WYPEŁNIĆ	12
FORMULARZ ?	12

5.4. UPRZEDNIE AUTORYZOWANIE I NARODOWY SYSTEM ZDROWIA	12
5.5. Wcześniejsza autoryzacja zwrotu kosztów leczenia stomatologicznego 5.6. Wcześniejsza autoryzacja zwrotu kosztów produktów farmaceutycznych 5.7. Wcześniejsza autoryzacja zwrotu kosztów transportu 5.8. Wcześniejsza autoryzacja zwrotu kosztów zabiegów w spa	12 13 14
5.9 ŻĄDANIE ZWROTU	14
6. HOSPITALIZACJA	15
6.1. PROCEDURA OPIEKI 6.2. JAKIE SĄ KRYTERIA KWALIFIKACJI ?	15
6.3. JAK POPRAWNIE WYPEŁNIĆ FORMULARZ	16
6.4. GDY UBEZPIECZENIE NIE JEST MOŻLIWE : PŁATNOŚĆ Z GÓRY 6.5. UBEZPIECZENIE W KRAJACH UE , W KTÓRYCH LEKI SĄ DROGIE	16
6.6. HOSPITALIZACJA POZA UE	17
7. UBEZPIECZENIE DODATKOWE CIGNA	18
7.1. INFORMACJE OGÓLNE	18
7.2 . UBEZPIECZENIE OD WYPADKÓW	18
7.3 . UBEZPIECZENIE OD SZPITALNOŚCI	18
7.4. KONTAKTY CIGNA 7.5. GRUPA „ UBEZPIECZENIOWA ”	19
8. BADANIE PRZESIEWOWE	20
8.1. INFORMACJE OGÓLNE	20
8.2. KOGO SĄ PRZEZNACZONE PROGRAMY BADAŃ PRZESIEWOWYCH ?	20
8.3. JAK ORGANIZOWANE SĄ BADANIA PRZESIEWOWE ?	20
8.4. MOŻLIWE OPCJE 8.5. PROCEDURA, KTÓRĄ NALEŻY POSTĘPOWAĆ	20
8.6. KROKI PROGRAMU 8.7. ZASADY ZWROTU	21
9. ROZPOZNANIE POWAŻNEJ CHOROBY	23
9.1. KRYTERIA UZNANIA	23
9.2. OKRES WAŻNOŚCI UZNANIA	23
9.3. CHOROBY UZNAWANE ZA POWAŻNE	23
9.4. ZWROT	23
10. ZALEŻNOŚĆ	24
10.1. UZNANIE ZALEŻNOŚCI : DOKUMENTY, KTÓRE NALEŻY DOSTARCZYĆ	24
10.2. DOMY OPIEKI I PIELĘGNACJI	24
10.3. OPIEKA DOMOWA NAD CHORYMI	25
10.4. ŁÓŻKO MEDYCZNE	26

10.5. Wózek inwalidzki jednoosobowy, samojezdny 10.6. Artykuły dla osób z nietrzymaniem moczu 10.7. Krzesło toaletowe, krzesło prysznicowe (do użytku domowego)	26 27 27
10.8. CHODZIK 2- KOŁOWY I SIEDZISKO 10.9. URZĄDZENIE DO LECZENIA BEZDECHU SENNEGO	27 27
10.10. Gospodyni domowa	28
11. CO ZROBIĆ W PRZYPADKU ŚMIERCI	29
11.1. CO ZROBIĆ Z PARAGONAMI ZA KOSZTY LECZENIA OSOBY ZMARŁEJ LUB JEJ BENEFICJENTÓW ?	29
11.2. KONTO BANKOWE, NA KTÓRE BĘDZIE WYPŁACANA RESZTA PO OPIEKUNIE	29
12. DO KTÓREGO BIURA LIKWIDACYJNEGO NALEŻY WYŚLAĆ DOKUMENTY?	30
13. GDZIE ZNALEŹĆ INFORMACJE? GDZIE ZNALEŹĆ POMOC?	31

1. Wprowadzenie

Emeryci i renciści instytucji UE, w tym osoby pozostające na ich utrzymaniu, podlegają Regulaminowi Pracownicemu oraz przepisom mającym zastosowanie do innych pracowników UE. Regulamin ten reguluje prawa finansowe dotyczące w szczególności ubezpieczenia zdrowotnego, emerytur i zasiłków rodzinnych.

Ubezpieczenie zdrowotne

Emeryci instytucji są objęci Wspólnym Systemem Ubezpieczeń Zdrowotnych dla Instytucji, znanym jako RCAM, który jest podstawowym systemem ubezpieczeń zdrowotnych. Wspólne przepisy i ogólne przepisy wykonawcze, znane jako [DGE](#), regulować działalność RCAM.

Emerytura

W trakcie służby emeryci wpłacali comiesięczne składki do unijnego systemu emerytalnego. Składki te umożliwiały im nabycie uprawnień emerytalnych i otrzymywanie emerytury, obliczanej na podstawie określonych kryteriów, w tym stażu pracy. Emerytura jest wypłacana bezpośrednio przez instytucję na konto emeryta. Do tej emerytury mają zastosowanie różne przepisy ustawowe.

Zasiłki rodzinne

W zależności od sytuacji i spełnienia określonych kryteriów emeryci instytucji mogą być uprawnieni do otrzymywania dodatków wypłacanych przez instytucję, takich jak dodatek na gospodarstwo domowe, dodatek na dziecko na utrzymaniu lub dodatek szkolny.

W tym dokumencie ograniczymy się do ubezpieczeń zdrowotnych.

2. Zakres RCAM: kogo obejmuje i w jaki sposób?

Byli urzędnicy państwowi i agenci objęci są ochroną podstawową.

Zasadniczo członkowie rodziny mogą być objęci ochroną RCAM, ale na innych zasadach:

- **Małżonek lub uznany partner** bez dochodu zawodowego (lub którego dochód wynosi mniej niż 20% stopnia [AST2/1](#)) i nie mając ubezpieczenia zdrowotnego w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, korzysta z ubezpieczenia podstawowego. To samo dotyczy byłego małżonka lub uznanego byłego partnera, jeśli ten ostatni otrzymuje rentę rodzinną.
- **Małżonek lub uznany partner** z dochodem z pracy i ubezpieczeniem zdrowotnym w ramach krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych ma prawo do dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem że jego roczny dochód podlegający opodatkowaniu nie przekracza pułapu ustalanego corocznie przez RCAM (Regionalny System Ubezpieczeń Zdrowotnych) w kraju zamieszkania. Pułapy dla każdego kraju są corocznie przesyłane zainteresowanym członkom. Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne jest przyznawane na podstawie zeznania podatkowego małżonka lub uznanego partnera, które musi być składane corocznie przed 30 czerwca i jest ważne przez odnawialny okres jednego roku (od lipca do lipca).
- **Dzieci** mają prawo do ubezpieczenia podstawowego lub uzupełniającego:

jeżeli są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym małżonka (rodzica dziecka), korzystają z dodatkowego ubezpieczenia z RCAM pod warunkiem, że na te dzieci wypłacane są zasiłki rodzinne (do ukończenia 26 roku życia);

w przypadku przerwania lub ustania pobierania zasiłków rodzinnych (ukończenie studiów i/lub ukończenie 26 roku życia, odpłatna praca studencka) kończy się również ubezpieczenie RCAM;

W przypadku dzieci, które nie mają pracy zarobkowej lub są objęte okresem próbnym w celu uzyskania prawa do zabezpieczenia społecznego, możliwe jest złożenie wniosku o przedłużenie ubezpieczenia na okres maksymalnie 12 miesięcy.

3. Zwrot kosztów

3.1. Informacje ogólne

Emeryci muszą złożyć [wniosek o zwrot kosztów](#) z RCAM lub przez [MyPMO](#) lub [RCAM online](#)¹ Albo na papierze, nigdy oba jednocześnie. W zależności od świadczonych usług, stosowana jest stawka zwrotu w wysokości 80% lub 85%, z zastrzeżeniem zastosowania zasady dotyczącej nadwyżek (patrz punkt 4.2). W przypadku poważnej choroby uznanej przez RCAM, niektóre wydatki mogą zostać objęte stawką zwrotu w wysokości 100%, również z zastrzeżeniem zastosowania zasady dotyczącej nadwyżek.

Limity refundacji mają zastosowanie w celu zabezpieczenia stabilności finansowej systemu, a współczynniki wyrównawcze są ustalane co najmniej co dwa lata, aby zapewnić równe traktowanie świadczeń wypłacanych w państwach członkowskich UE. Od pierwszego dnia wypłaty emerytury należy

posługiwać się wyłącznie numerem emerytury. Emeryt zachowuje prawo wyboru swojego dostawcy opieki zdrowotnej (lekarza, fizjoterapeuty, pielęgniarki itp.), tak jak członkowie rodziny objęci podstawowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Małżonek z ubezpieczeniem uzupełniającym nie ma jednak takiej swobody wyboru; musi najpierw skontaktować się z krajowym podstawowym systemem zabezpieczenia społecznego, a następnie ubiegać się o zwrot kosztów, przy czym RCAM (Uzupełniający System Emerytalny) pełni funkcję systemu uzupełniającego.

Ważne: w części formularza „ Numer pracownika” należy zawsze podawać numer emerytury .

Do wniosków o zwrot kosztów w formie papierowej należy zawsze dołączyć oryginały dokumentów potwierdzających. Ubezpieczony musi przechowywać kopie przez 18 miesięcy od daty otrzymania wyciągu. W przypadku wniosków składanych online, oryginały dokumentów należy przechowywać przez ten sam okres. W przypadku zwrotu uzupełniającego należy dołączyć oryginał opłaconej faktury oraz szczegółowe zestawienie zwrotów otrzymanych z krajowego systemu ubezpieczeń.

Uwaga: Wniosek o zwrot kosztów należy złożyć nie później niż 18 miesięcy od daty wykonania usługi.

W Belgii recepty na zabiegi medyczne są teoretycznie ważne przez 2 lata, pod warunkiem, że leczenie rozpoczęło się w ciągu 6 miesięcy od daty wystawienia. Czas trwania różni się jednak w zależności od państwa członkowskiego i zależy od miejsca świadczenia usługi medycznej.

W razie wypadku emeryci nie korzystają już z ochrony ubezpieczeniowej, jaką posiadali w okresie aktywności zawodowej (możliwość wykupienia prywatnego ubezpieczenia „od następstw nieszczęśliwych wypadków”, patrz punkt 6).

3.2. Konsultacja i wizyta lekarska

Konsultacje i wizyty lekarskie u lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty są refundowane w wysokości 85% (100% w przypadku poważnej choroby) do określonej wysokości ([do której stosuje się współczynnik równości](#)).

¹

Do obu dostęp jest możliwy wyłącznie za pośrednictwem bezpiecznego logowania o nazwie EU Login. Twoje dane są chronione przez Dwuskładnikowe uwierzytelnianie zapewniające dodatkowe bezpieczeństwo.

Koszty wizyt na izbie przyjęć w nocy, weekendy i święta są również refundowane w 85%, a w przypadku poważnej choroby w 100%.

Dołącz zaświadczenie o konsultacji w gabinecie do formularza wniosku o zwrot kosztów.

u lekarza lub w domu, zawsze podając imię i nazwisko pacjenta, datę i wysokość opłaty .

Uwaga: W przypadku konsultacji lekarskiej obejmującej wykonanie badania, w systemie RCAM lub MyPMO należy wpisać kod „analizy i badania” lub „konsultacje i inne”.

3.3. Telekonsultacje medyczne

W związku z epidemią COVID-19 i wynikającymi z niej środkami lockdownu, rozwinęły się konsultacje telemedyczne. Konsultacje te są refundowane przez RCAM (francuski system refundacji kosztów opieki zdrowotnej) na podstawie tego samego kodu, co usługa.

3.4. Produkty farmaceutyczne

Produkty farmaceutyczne są refundowane w wysokości 85%.

Ostrzeżenie: niektóre produkty farmaceutyczne wymagają uprzedniej autoryzacji (PA), a inne nie podlegają zwrotowi, nawet jeśli zostały przepisane przez lekarza (patrz punkt 5).

Warunki :

- musi być przepisane
- Dołącz oficjalny paragon wystawiony przez aptekę wraz z:

imię i nazwisko lekarza wystawiającego receptę;

imię i nazwisko pacjenta;

nazwa przepisanego leku;

cenę każdego produktu;

data wydania leku;

pieczętka i podpis farmaceuty.

W krajach, w których taki paragon nie istnieje, do oryginału faktury należy dołączyć kopię recepty. W przeciwnym razie recepta nie jest wymagana.

3.5. Zakup produktów farmaceutycznych online

RCAM (Regionalny System Ubezpieczeń Zdrowotnych) może zwrócić koszty niektórych produktów farmaceutycznych zakupionych online, jeśli na fakturze znajdują się wszystkie niezbędne informacje dotyczące zwrotu kosztów (patrz wyżej, „Produkty farmaceutyczne”). Produkty te mogą być wydawane przez farmaceutę, lekarza lub inny podmiot lub system upoważniony do wydawania leków w danym państwie członkowskim. Farmaceuta definiuje się jako aptekę internetową oficjalnie uznaną w danym państwie członkowskim zainteresowany.

3.6. Profilaktyczna opieka stomatologiczna

Można je zwrócić w 80% do maksymalnej kwoty Ustalane na każdy rok kalendarzowy i beneficjenta. Opieka związana z implantami i koronami jest wliczona do opieki profilaktycznej. Jeśli opieka nie ma charakteru profilaktycznego, podlega AP (patrz punkt 5).

Ważne: Dołącz do formularza oficjalna, szczegółowa faktura wystawiona przez dentystę.

3.7. Okulary

Podlegają zwrotowi w wysokości 85% do maksymalnego limitu . dotyczy. Maksymalnie 2 pary co 2 lata, chyba że nastąpi zmiana dioptrii lub osi widzenia o co najmniej 0,50 potwierdzona medycznie w porównaniu z ostatnią refundacją.

Soczewki kontaktowe i produkty do ich pielęgnacji podlegają zwrotowi w wysokości 85%, do maksymalnej kwoty . ma zastosowanie w okresie 2 lat. Formularz Formularz ten musi zostać wypełniony przez optyka i dołączony do faktury.

Jest dokument wyjaśniamy, jak uzyskać szybki zwrot pieniędzy za okulary.

Aby móc ubiegać się o zwrot kosztów, należy wystawić odpowiednią fakturę, która musi określać:

imię i nazwisko klienta; rodzaj
wzroku i dane dotyczące dioptrii; w przypadku
okularów: cena oprawki i soczewek musi być podana oddzielnie; data zakupu; pełna
nazwa usługodawcy
(pieczęć i podpis).

3.8. Aparaty słuchowe

Można je zwrócić w 85% do maksymalnej kwoty za urządzenie, bez uprzedniej autoryzacji. Aby ubiegać się o zwrot kosztów, wymagane jest skierowanie od otolaryngologa (laryngologa) lub specjalisty od aparatów słuchowych, wraz z wynikami audiometrii z urządzeniem i bez niego.

Odnowienie możliwe po 5 latach; koszty konserwacji i baterii nie podlegają zwrotowi.

3.9. Pedicure medyczny

Koszt leczenia wynosi 80%, a maksymalny limit jest niemożliwy. Jeśli :

recepta lekarska;

Pedicure wykonuje osoba prawnie uznana przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego kraju, w którym wykonywana jest usługa medyczna;

Oficjalne potwierdzenie odbioru zgodne z przepisami kraju, w którym wykonano leczenie.

3.10. Osteopatia-Fizjoterapia

W przypadku osteopatii : wystarczy recepta lekarska, a limit sesji wynosi 24 rocznie, a refundacja wynosi 80%, z pewnym limitem. Większą liczbę sesji można przyznać wyłącznie na zasadzie AP (patrz punkt 5).

W przypadku fizjoterapii : wystarczy recepta lekarska, z limitem 60 sesji rocznie refundowanych w 80%, z zastrzeżeniem maksymalnej kwoty. W przypadku konieczności przeprowadzenia większej liczby sesji, należy wystąpić o autoryzację przedpłatową (AP) wraz z zaświadczeniem lekarskim uzasadniającym kontynuację leczenia (patrz punkt 5).

3.11. Wkładki i buty ortopedyczne

Ortezy: Nie jest wymagane dodatkowe ubezpieczenie (patrz punkt 5), wystarczy recepta lekarska. Zwrot kosztów wynosi 85% przy maksymalnie 4 ortezach rocznie, do określonego limitu . za soli.

Obuwie ortopedyczne: AP (patrz punkt 5) plus recepta lekarska (skontaktuj się ze specjalistycznymi sklepami, takimi jak ortopedzi). Zwrot do 85% kosztów za maksymalnie 2 pary rocznie, do limitu na parę.

3.12. Drenaż limfatyczny

AP (patrz punkt 5) plus recepta lekarska. Liczba sesji jest ograniczona do 20 rocznie. 80% zwrotu z maksymalnym limitem. Brak limitu sesji i górnego limitu w przypadku poważnej choroby.

3.13. Akupunktura

Brak AP. Do wniosku o refundację należy dołączyć szczegółową receptę lekarską, zawierającą imię i nazwisko oraz oficjalne referencje lekarza wystawiającego receptę, imię i nazwisko pacjenta, datę wystawienia, rodzaj leczenia, uzasadnienie medyczne (powód leczenia, kontekst patologiczny) oraz liczbę przepisanych sesji.

Liczba sesji podlegających zwrotowi jest ograniczona do 30 rocznie. Zwrot wynosi 80% z maksymalnym limitem.

Leczenie musi być przeprowadzone przez podmiot uprawniony do wydawania tego typu dokumentów na terenie danego kraju.

3.14 Zaburzenia widzenia

Zasady zwrotu pieniędzy Wymagania różnią się w zależności od rodzaju opieki okulistycznej. W niektórych przypadkach wymagana jest uprzednia autoryzacja lub dokumenty potwierdzające.

Ostrzeżenie : jeśli masz mniej niż 55 lat, w przypadku operacji zaćmy wymagana jest wcześniejsza zgoda.

4. Relacje z RCAM

4.1. Biura likwidacyjne

Biura rozpatrywania roszczeń, które zajmują się wnioskami o zwrot kosztów i autoryzacjami wstępnymi, zależą od miejsca zamieszkania członka i znajdują się w trzech lokalizacjach: w Brukseli, Isprze i Luksemburgu. Adresy podano w punkcie 12.

4.2. Nadmierne wydatki medyczne

W przypadku braku limitu zwrotu, a nawet w przypadku 100% zwrotu, część kosztów znacznie przekraczająca średnie ceny w kraju, w którym świadczone były usługi, może zostać wyłączona z refundacji. Decyzja w tej sprawie podejmowana jest indywidualnie przez wyspecjalizowany zespół po konsultacji z doradcą medycznym.

4.2 bis Współczynnik bazowy podlegający zwrotowi

W przypadku wydatków medycznych poniesionych w krajach spoza UE, tzw. krajach o wysokich kosztach opieki medycznej (w szczególności w USA, Norwegii i Szwajcarii), kwota pozostała do zapłaty przez członka może być czasami bardzo wysoka, pomimo zastosowania współczynnika bazowego podlegającego zwrotowi (patrz punkt 6.5).

4.3. Zwrot specjalny

Partner może mieć prawo do [specjalnego zwrotu pieniędzy](#) (ex art. 72.3 Statutu), jeżeli pozostałe do poniesienia przez niego koszty, które nie są wyłączone z zakresu stosowania ww. artykułu (np. z powodu zastosowanej nadwyżki) i które nie zostały zwrócone przez inne ubezpieczenie, przekroczą połowę jego podstawowej miesięcznej emerytury w okresie 12 miesięcy.

4.4. Zaliczka na poczet wysokich kosztów leczenia

Zaliczka jest dostępna wyłącznie dla członków podstawowych. Jest przyznawana w wyjątkowych okolicznościach i zazwyczaj jest powiązana z wysokością emerytury członka. Rodzaje wydatków medycznych potencjalnie pokrywanych przez zaliczkę są wymienione na formularzu . doraźnie. _____

Wymagane jest oszacowanie kosztów opieki i przewidywany termin jej udzielenia. Członek musi opłacić faktury i wnioskować o zwrot kosztów; RCAM potrąci wówczas należną zaliczkę z kolejnych zwrotów. Informacje na temat zaliczek w przypadku hospitalizacji znajdują się w punkcie 6.4.

4.5. Priorytetowy zwrot kosztów za wysokie wydatki

Z uprzejmości, priorytetowy zwrot kosztów może zostać przyznany również członkowi, który sam pokrył swoje koszty opieki zdrowotnej. Dotyczy to członków RCAM, którzy ponieśli koszty leczenia przekraczające 600 euro. Maksymalny termin na złożenie wniosku o zwrot kosztów wynosi 15 dni od daty dokonania płatności. Wypełnij formularz i załącz go do wniosku o zwrot kosztów. _____

5. Wcześniejsza autoryzacja zwrotu kosztów

5.1. Zasady podstawowe

Aby uzyskać zwrot kosztów, niektóre usługi medyczne wymagają uprzedniej autoryzacji (PA). Aby umożliwić zwrot kosztów (medycznej lub stomatologicznej PA) lub dostosować stawkę zwrotu kosztów w przypadku poważnej choroby (patrz punkt 7), wniosek o uprzednią autoryzację (lub jego odnowienie) należy złożyć na długo przed rozpoczęciem leczenia lub zabiegu.

W nagłych przypadkach konieczna opieka może zostać rozpoczęta przed zawarciem umowy o zwrot kosztów.

Do formularza AP należy dołączyć szczegółowe skierowanie od lekarza oraz kompletny raport medyczny uzasadniający leczenie. Doradca medyczny lub stomatologiczny Urzędu Likwidacyjnego (Bruksela, Luksemburg, Ispra) analizuje dokumentację i wydaje opinię na temat funkcjonalnego charakteru planowanego leczenia.

5.2. W jakich przypadkach wymagana jest uprzednia autoryzacja:

Ten [formularz](#) szczegółowo opisuje usługi objęte AP.

5.3. Jak poprawnie wypełnić formularz:

Ważne jest wskazanie, dla kogo AP jest wnioskowane: główny członek rodziny, małżonek lub uznany partner, dziecko, osoba traktowana jako dziecko na utrzymaniu;

Sprawdź, czy recepta i raport medyczny są kompletne i czytelne (np. problem medyczny do leczenia, liczba sesji, rodzaj leczenia, czas trwania, data). Jeśli raport medyczny jest sporządzony w języku innym niż francuski lub angielski, zaleca się dołączenie bezpłatnego tłumaczenia w celu przyspieszenia procesu rozpatrywania wniosku;

Po skompletowaniu wszystkich dokumentów należy je przesłać do właściwego urzędu likwidacyjnego;

przesyłanie dokumentów: w formie papierowej lub on-line, nie w obu.

5.4. Autoryzacja wstępna i krajowy system opieki zdrowotnej

W przypadku beneficjenta ubezpieczenia uzupełniającego należy uzasadnić braki w krajowym systemie opieki zdrowotnej, do którego jest on przypisany (czas oczekiwania, brak sprzętu do diagnostyki itp.). W takim przypadku ubezpieczenie uzupełniające należy przedstawić przed rozpoczęciem leczenia;

W przypadku głównego beneficjenta lub dziecka pobierającego świadczenia uzupełniające obowiązek ten nie obejmuje: nie istnieje.

5.5. Wcześniejsza autoryzacja zwrotu kosztów leczenia stomatologicznego

Wymagana jest wstępna autoryzacja stomatologiczna, jeśli zabieg nie jest zabiegiem profilaktycznym (patrz punkt 3.6). Przypadki są następujące:

Protezy zębowe (korony, mosty, wkłady, protezy całkowite...). Zwrot kosztów korony podlegają [pułapowi](#) ; _____

Implanty: refundacja ograniczona jest do 4 implantów na szczękę, tj. maksymalnie 8 implantów na beneficjenta w ciągu jego życia;

Periodontologia (leczenie dziąseł u dorosłych); Okluzodoncja (szyny okluzyjne); Ortodoncja (aparaty ortodontyczne u dzieci).

W przypadku wniosków papierowych do formularza AP należy dołączyć następujące dokumenty: sekcję „Wycena” poniższego formularza, zdjęcia rentgenowskie oraz szczegółowy plan leczenia. Dokumenty te należy przesłać w zapieczętowanej kopercie z adnotacją „poufność medyczna” do właściwego biura rozpatrywania roszczeń.

Ważne: Aby uzyskać zwrot kosztów, do sekcji „opłaty” formularza należy dołączyć szczegółową, oficjalną fakturę wystawioną przez dentystę . doraźnie.

5.6. Wcześniejsza autoryzacja zwrotu kosztów produktów farmaceutycznych

Zwrot kosztów niektórych [leków](#) wymaga również AP po przedstawieniu raportu medycznego:

Jeżeli uzyskasz dostęp do serwisu RCAM online² , na ekranie głównym kliknij zakładkę „Szukaj”, następnie „Lista produktów farmaceutycznych”. Zobaczysz wówczas, czy lek jest refundowany i czy podlega procedurze refundacyjnej.

5.7. Wcześniejsza autoryzacja zwrotu kosztów transportu

Wszystko zależy od tego, czy transport jest pilny, czy nie.

Transport pilny : Nie jest wymagane wcześniejsze zezwolenie; wystarczy uzasadnić pilność. Transport powrotny wymaga AP.

Transport w sytuacjach niepilnych : do wniosku o pomoc osobistą (PA) należy dołączyć zaświadczenie lekarskie z podaniem przyczyny medycznej, liczby przejazdów, wybranej trasy oraz wymaganego środka transportu. Można również wnioskować o pomoc osobistą na kilka przejazdów. W takim przypadku recepta lekarska musi zawierać liczbę przejechanych kilometrów i liczbę przejazdów (np. sesje fizjoterapii lub chemioterapii).

Zwrot kosztów przyznawany jest wyłącznie w ściśle określonych przypadkach:

z najbliższego szpitala do domu; transport w obie strony na sesje radioterapii i chemioterapii; transport ze szpitala, w którym brakuje niezbędnego sprzętu, do ośrodka najbliższy, w którym dostępny jest sprzęt.

Nie podlegają zwrotowi:

koszty repatriacji w razie choroby lub wypadku; koszty transportu na leczenie uzdrowiskowe lub rekonwalescencji; koszty transportu na konsultację do lekarza pierwszego kontaktu;

² Dostęp tylko za pośrednictwem bezpiecznego logowania EU Login. Twoje dane są chronione dwuskładnikowym uwierzytelnianiem dla dodatkowego bezpieczeństwa.

Koszty transportu pojazdem prywatnym na terenie aglomeracji, z wyłączeniem kosztów zabiegów ciężkie, powtarzalne.

5.8. Wcześniejsza autoryzacja zwrotu kosztów leczenia w spa

Pobyt w uzdrowisku trwa od 10 do 21 dni. Kuracja musi obejmować co najmniej dwa odpowiednie zabiegi dziennie i nie może być przerwane.

Autoryzacja leczenia jest ograniczona do jednego zabiegu rocznie, z maksymalnie ośmioma zabiegami w ciągu życia beneficjenta, na każdą z patologii wyszczególnionych w DGE (Ogólnych Wytycznych dotyczących Schorzeń). Jednakże, jedno leczenie rocznie jest możliwe, pod warunkiem, że jest ono przeprowadzane w ramach leczenia rozpoznanej poważnej choroby lub w przypadku ciężkiej łuszczycy, która nie reaguje na konwencjonalne metody leczenia.

Co najmniej 6 tygodni przed zabiegiem należy przesłać formularz AP wraz z receptą od lekarza prowadzącego (niezależnie od ośrodka leczenia) oraz szczegółowym raportem medycznym sporządzonym w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Raport ten będzie zawierał historię choroby pacjenta, czas trwania leczenia, rodzaj opieki, która ma być udzielona, oraz rodzaj zatwierdzonego ośrodka termalnego odpowiedniego dla danego schorzenia.

W raporcie medycznym szczegółowo opisane będą również zabiegi stosowane w ciągu roku patologia wymagająca leczenia.

5.9. Żądanie zwrotu pieniędzy

Żądanie zwrotu pieniędzy Postępowanie zostanie wszczęte dopiero po powiadomieniu podmiotu stowarzyszonego o autoryzacji zwrotu kosztów wnioskowanego leczenia. Powiadomienie to będzie obejmować:

numer referencyjny upoważnienia;
liczbę ewentualnie udzielonych świadczeń podlegających zwrotowi; ewentualne uwagi
lekarza prowadzącego; okres ważności upoważnienia.

Uwaga : okres ważności jest istotny, ponieważ leczenie musi zostać przeprowadzone w ścisłych ramach tego okresu i warunkuje to ewentualną prośbę o przedłużenie.

6. Hospitalizacja

Koszty hospitalizacji są refundowane przez RCAM (Francuski Narodowy Fundusz Zdrowia) w stawce od 80 do 85%. Usługi szpitalne podlegają limitom. [Umowy zawarto porozumienia z klinikami i szpitalami w Belgii, Niemczech i Luksemburgu](#), w których ustalono maksymalne stawki wynagrodzeń dla lekarzy, a także koszty pobytu w tych placówkach.

Ważne: Należy pamiętać, że kwota, którą ponosi ubezpieczony, może być wysoka (przekraczając standardowe 15%). Dlatego zdecydowanie zaleca się sprawdzenie obowiązujących opłat przed zabiegiem lub leczeniem. Zaleca się również uzyskanie kosztorysu od świadczeniodawców lub szpitala (patrz punkt 6.3).

Pomocne może okazać się przesłanie raportu z hospitalizacji sporządzonego przez lekarza lub chirurga, co ułatwi rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów związanych z hospitalizacją.

Więcej szczegółów znajdziesz [tutaj](#).

Przypadek szczególny: rekonwalescencja i rehabilitacja

Pobyt rekonwalescencyjny to okres rekonwalescencji w ośrodku opieki zdrowotnej i rehabilitacji, czyli ośrodku rekonwalescencji, gdzie pacjent kontynuuje proces zdrowienia i stopniowo odzyskuje niezależność po hospitalizacji. Ten rodzaj hospitalizacji różni się od hospitalizacji rehabilitacyjnej lub funkcjonalnej. Hospitalizacja rehabilitacyjna to bardziej intensywny program z jasno określonymi celami rekonwalescencji i terapeutycznymi. Pobyt rekonwalescencyjny natomiast koncentruje się na całościowym powrocie do zdrowia, kładąc nacisk na odpoczynek i stopniowy powrót do codziennych aktywności. RCAM (Regionalny Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego) pokrywa koszty pobytów rekonwalescencyjnych i pooperacyjnych, jeśli rozpoczną się one w ciągu trzech miesięcy od operacji lub choroby, z powodu której zostały przepisane.

Więcej szczegółów znajdziesz [tutaj](#).

6.1. Wsparcie

Jeśli członek musi ponieść znaczne wydatki, może ubiegać się o ubezpieczenie, które nie wymaga od niego zapłaty z góry.

Nie jest to jednak prawo, lecz możliwość oferowana przez RCAM swoim członkom i beneficjentom.

W sytuacji nadzwyczajnej: w takim przypadku list poparcia jest zawsze przyznawany przez RCAM w ramach Unii Europejskiej, nawet z mocą wsteczną.

Nagły przypadek = przyjęcie (hospitalizacja) na oddział ratunkowy szpitala.

6.2. Jakie są kryteria kwalifikowalności?

Ubezpieczenie może zostać przyznane zgodnie z następującymi kryteriami:

W przypadku hospitalizacji, nawet jednodniowej, jeżeli jest ona spowodowana:

- leczenie schorzeń lub operacji chirurgicznych; - rehabilitacja lub reedukacja funkcjonalna po wystąpieniu schorzenia lub operacji

operacja chirurgiczna uniemożliwiająca wykonywanie czynności życiowych; - leczenie zaburzeń

psychicznych; - opieka paliatywna; - w przypadku ciężkiego leczenia ambulatoryjnego, w kontekście poważnej choroby (np. chemioterapia);

w przypadku cyklicznych zakupów drogich leków, cyklicznego korzystania z karetki pogotowia lub lekkiego pojazdu medycznego lub kosztownych badań, jeżeli ich koszt przekracza 20% podstawowej emerytury członka.

6.3. Jak poprawnie wypełnić formularz

Przeczytaj uważnie formularz i dokładnie odpowiedz na wszystkie pytania.

Uwaga: nie zapomnij podać szacunkowego kosztu całkowitego w przypadku placówek służby zdrowia (szpitali, klinik, ośrodków rehabilitacyjnych), z którymi nie zawarto umowy, a także w przypadku badań kosztownych, aby RCAM mogło ustalić, czy koszt ten przekracza 20% emerytury członka.

Honoraria chirurga i anestezjologa muszą być oddzielone od kosztów zabiegu.

W przypadku nadwyżki wynoszącej 15% pacjent zostanie z wyprzedzeniem powiadomiony przez placówkę opieki zdrowotnej, aby mógł ewentualnie podjąć negocjacje z placówką służby zdrowia lub dokonać zmiany.

6.4. W przypadku braku możliwości uzyskania pokrycia: zaliczka

W niektórych Państwach Członkowskich niektóre szpitale i kliniki nie akceptują zwrotu kosztów od Komisji. Możliwe jest przyznanie zaliczki (patrz punkt 4.4). [Formularz](#) należy przesłać do działu zwrotu kosztów. Prośba o zaliczkę na poczet wysokich kosztów leczenia, wraz z kosztorysem, zostanie wysłana na konto członka. Usługa ta wyśle następnie zestawienie finansowe, które należy wypełnić i zaksięgować na koncie członka.

6.5. Świadczenie opieki zdrowotnej w krajach UE o wysokich kosztach opieki zdrowotnej

Coraz więcej szpitali w Wielkiej Brytanii i Portugalii pobiera bardzo wysokie opłaty.

RCAM oferuje dwie alternatywy:

Partner opłaca faktury i niezwłocznie żąda zwrotu, korzystając z opcji [priorytetowego zwrotu w przypadku wysokich opłat](#) (patrz punkt 4.5).

Partner prosi o [zaliczkę](#) a następnie płaci rachunki (patrz punkt 4.4).

6.6. Hospitalizacja poza UE

W przypadku hospitalizacji poza Unią Europejską (zwłaszcza w USA, Szwajcarii i Norwegii) procedura jest dość długa i skomplikowana, zwłaszcza w zakresie zarządzania dokumentacją i weryfikacji finansowej. Z tego powodu RCAM (Regionalny System Ubezpieczeń Zdrowotnych) zazwyczaj nie udziela pokrycia kosztów leczenia, z wyjątkiem wyjątkowych okoliczności, takich jak przyjęcie na oddział ratunkowy.

Członkowie będą mieli takie same możliwości jak obywatele krajów UE o wysokich kosztach opieki zdrowotnej (patrz punkt 6.5). Zdecydowanie zaleca się członkom wykupienie specjalnego ubezpieczenia podróżnego, takiego jak ubezpieczenie assistance, które pokrywa między innymi koszty transportu i repatriacji nieobjęte RCAM (Zarejestrowanym Planem Ubezpieczeń Zdrowotnych).

7. Ubezpieczenie uzupełniające CIGNA

7.1. Informacje ogólne

AIACE zawarło za pośrednictwem belgijskiego brokera ubezpieczeniowego CIGNA umowę ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, podobną do tej, która obejmuje majątek na mocy ustawy, a także dodatkową umowę ubezpieczenia od kosztów hospitalizacji.

7.2. Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków

To ubezpieczenie oferuje ochronę na całym świecie i można je wykupić do dnia poprzedzającego 80. urodziny. Oprócz zwrotu kosztów leczenia w ramach RCAM, pokrywa ono 100% kosztów leczenia, niezależnie od obowiązujących limitów RCAM.

Jednakże doradca medyczny CIGNA może obniżyć lub odmówić zwrotu kosztów niektórych wydatków uznanych za zbędne lub nadmierne. Ubezpieczenie przewiduje również wypłatę jednorazowej sumy w przypadku śmierci lub inwalidztwa w wyniku wypadku. Składka na to ubezpieczenie jest co miesiąc potrącana przez Komisję z kwoty emerytury. Składka jest wyrażona jako procent emerytury i dlatego jest powiązana z kwotą emerytury.

Wyślij [raport o wypadku](#) i zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza nie później niż 15 dni po wypadku na adres: CIGNA Eurprivilèges PO Box 69 2140 Antwerpia - Belgia lub na adres [e-mail](#)

benefits@cigna.com

Ostrzeżenie: biorąc pod uwagę ryzyko zagubienia przesyłki, jeśli zdecydujesz się na wysyłkę dokumentów pocztą, zalecamy wysłanie jej listem poleconym.

Jest [dokument](#) [Opisz historię](#) tego ubezpieczenia, jego cechy i różne opcje. Aby ubiegać się o zwrot poniesionych kosztów, należy przesłać oświadczenie RCAM i kopie faktur na podany powyżej adres pocztowy (zaleca się list polecony).

7.3. Ubezpieczenie szpitalne

AIACE podpisało umowę z tym samym brokerem, CIGNA, która pokrywa koszty leczenia związane z hospitalizacją lub operacją, które pozostają po zwrocie kosztów przez RCAM (Francuski Narodowy Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego). Termin zapisów upływa dzień przed ukończeniem 69. roku życia. Roczna składka jest stała, ale podlega corocznej indeksacji. Wszelkie zmiany wysokości składki mogą być dokonane w porozumieniu z AIACE.

Aby ubiegać się o zwrot poniesionych wydatków, należy przesłać oświadczenie RCAM i kopie faktur na ten sam adres pocztowy, co w przypadku ubezpieczenia „od nieszczęśliwych wypadków” lub na adres: claims082@eurprivileges.com

Jest [dokument](#) [opisujące](#) różne opcje tego ubezpieczenia.

7.4. Kontakty CIGNA

CIGNA organizuje spotkania po wcześniejszym umówieniu się, osobiście w siedzibie AIACE w Brukseli lub za pośrednictwem wideokonferencji.

Punkty kontaktowe: info@eurprivileges.com

- telefon: + 32 3 217 65 76.

7.5. Grupa „Ubezpieczenia”

AIACE posiada grupę „Ubezpieczeniową”, która nadzoruje funkcjonowanie tych polis, w tym ich wycenę. Grupa ta udziela również porad ubezpieczeniowych i pomaga członkom w rozwiązywaniu wszelkich trudności, jakie mogą napotkać w kontaktach z brokerem CIGNA. W przypadku pytań można skontaktować się z tą grupą pod

adresem: aiace.assurances@gmail.com

8. Badanie przesiewowe

8.1. Informacje ogólne

Komisja co 2 lata proponuje emerytom udział w [programie badań przesiewowych](#), których treść oparta jest na najlepszych praktykach naukowych, uznanych i popieranych przez oficjalne organy medyczne instytucji (Rada Lekarska RCAM).

Treść i częstotliwość programu zależą od wieku i płci beneficjenta. Badania przesiewowe mogą być przeprowadzane w „zatwierdzonym” ośrodku, z którym PMO ma podpisaną umowę, lub w ośrodku wybranym przez niego samego.

Examinacje objęte programem są w 100% refundowane w zatwierdzonych ośrodkach, które wystawiają rachunki Komisji (rozliczenie bezpośrednie) lub do wysokości obowiązującego limitu w innych ośrodkach centra.

8.2. Do kogo skierowane są programy badań przesiewowych?

Badania przesiewowe są dostępne dla wszystkich osób powyżej 18 roku życia objętych ubezpieczeniem RCAM (Szwajcarski Narodowy System Ubezpieczenia Zdrowotnego) na zasadzie podstawowej lub uzupełniającej. Małżonkowie objęci ubezpieczeniem podstawowym mają dokładnie takie same prawa. Jednakże w przypadku małżonków objętych ubezpieczeniem uzupełniającym prawo do bezpośredniego rozliczenia (faktury wysyłanej bezpośrednio z zatwierdzonego ośrodka do Komisji) przez RCAM do zatwierdzonego ośrodka dotyczy wyłącznie osób zamieszkałych w krajach, w których krajowy system opieki zdrowotnej nie pokrywa kosztów badań przesiewowych: Danii, Finlandii, Włoszech, Hiszpanii, Portugalii, Grecji, Irlandii, Szwecji i Słowacji. W innych krajach UE małżonek objęty ubezpieczeniem uzupełniającym nie może korzystać z bezpośredniego rozliczenia, lecz musi zapłacić fakturę(-y), a następnie ubiegać się o zwrot kosztów z krajowego systemu ubezpieczeń społecznych, zanim otrzyma zwrot kosztów od RCAM.

8.3. Jak zorganizowane jest badanie przesiewowe?

Istnieją dwa rodzaje badań przesiewowych dla emerytów: dla
kobiet od 60. roku życia: program 3 co dwa lata; dla mężczyzn od 60. roku życia:
program 6 co dwa lata.

8.4. Możliwe opcje

Program można ukończyć w „zatwierdzonym” ośrodku (z którym PMO ma podpisaną umowę), co jest najprostszą i najtańszą opcją, ponieważ w takim przypadku korzysta się z rozliczeń bezpośrednich; lub u lekarzy lub ośrodków

niezatwierdzonych, albo z wyboru członka, albo z powodu braku „zatwierdzonego” ośrodka w kraju zamieszkania (procedura niezależna). W takim przypadku pacjent opłaca badania, a następnie ubiega się o zwrot kosztów.

³ Dostęp do programów, centrów i dokumentów jest możliwy za pośrednictwem bezpiecznego logowania EU Login. Twoje dane są chronione dwuskładnikowym uwierzytelnianiem dla dodatkowego bezpieczeństwa.

8.5. Procedura postępowania

Przed rozpoczęciem egzaminów [poproś o „zaproszenie”](#) albo przez RCAM online albo wysyłając [zgłoszenie za pośrednictwem kontaktu z personelem](#) lub dzwoniąc pod numer +32 2 291 11 11 (od poniedziałku do piątku w godzinach od 9:30 do 12:30, wybierając kolejno cyfrę 1 i 4) lub wysyłając list na następujący adres:

Komisja Europejska RCAM-Medycyna Zapobiegawcza
1049 Bruksela
Belgia

Po zatwierdzeniu zaproszenie będzie zawierać kilka dokumentów: · list z zaproszeniem: „z bezpośrednim rozliczeniem”, jeśli wybrałeś „zatwierdzony” ośrodek lub „bez bezpośredniego rozliczenia”, jeśli wybrałeś ośrodek według własnego wyboru, ale niezatwierdzony; · notatkę wyjaśniającą dla lekarza; · szczegóły programu, które mają zostać podpisane i wypełnione przez lekarza podczas pierwszej konsultacji (patrz poniżej); · oświadczenie dotyczące Twojego udziału w programie badań przesiewowych, które musisz podpisać i opatrzyć datą.

List zapraszający jest ważny przez maksymalnie 18 miesięcy i określa, czy jest to faktura bezpośrednia, czy nie.

Uwaga: data ostatniego egzaminu determinuje częstotliwość kolejnego programu.

8.6. Kroki programu

- Umów się na wizytę w zatwierdzonym ośrodku i określ, że jest to program badań przesiewowych, a jeśli jest to bezpłatne zaproszenie (inne niż zatwierdzony ośrodek), umów się na wizytę ze swoim lekarzem.

Lekarz ośrodka lub lekarz pierwszego kontaktu (w zależności od rodzaju zaproszenia) zleci zalecane badania spośród „standardowych badań” programu. Jeśli lekarz zaproponuje badania nieobjęte programem lub takie, które nie spełniają wymagań wiekowych lub częstotliwości, należy wystąpić o uprzednią autoryzację (patrz punkt 5).

- Badania możesz wykonywać w „zatwierdzonym” ośrodku lub u lekarza (lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza w wybranym przez siebie ośrodku medycznym).
- W przypadku konsultacji dobrowolnej: poproś o konsultację kontrolną u tego samego lekarza, który przeprowadził pierwszą konsultację. W przypadku konsultacji dobrowolnej w ośrodku nieakredytowanym konsultacja ta może zostać zastąpiona raportem medycznym.

8.7. Zasady zwrotu pieniędzy

Zwrot wynosi 100% do limitu. Należy jednak pamiętać o progu udziału własnego .

W przypadku zaproszenia z bezpośrednim rozliczeniem i badaniami w „zatwierdzonym” ośrodku: nie musisz nic płacić; wszystkie koszty obciążają RCAM. Musisz jednak zapłacić za pierwszą i ostatnią konsultację z wybranym lekarzem, a następnie ubiegać się o zwrot kosztów od RCAM.

⁴ Dostęp tylko poprzez bezpieczne logowanie EU Login. Twoje dane są chronione dwuskładnikowym uwierzytelnianiem dla dodatkowego bezpieczeństwa.

- W przypadku zaproszenia bez bezpośredniego rozliczenia z niezatwierdzonym ośrodkiem: musisz uiścić wszystkie opłaty, a następnie wystąpić do RCAM o ich zwrot.
- W przypadku egzaminów „dodatkowych” (patrz wyżej), należy opłacić egzaminy. Jeśli zostanie udzielona wcześniejsza autoryzacja, należy wystąpić o zwrot pieniędzy; w przeciwnym razie należy złożyć standardowy wniosek o zwrot pieniędzy.

Ważne: Jeśli lekarz zaleci badania nieobjęte programem lub niespełniające wymogów wiekowych lub częstotliwościowych (np. mammografia od 50. roku życia lub kolonoskopia raz na 10 lat), można je dodać do programu z uprzednią zgodą lub bez. Aby to zrobić, należy postępować zgodnie ze standardową procedurą ubiegania się o dodatkowe ubezpieczenie (patrz punkt 5), załączając kopię programu wypełnionego przez lekarza oraz zaświadczenie lekarskie od lekarza. Dodatki te muszą być opłacone i mogą zostać w pełni zwrócone w przypadku przyznania ubezpieczenia lub zwrócone według standardowej stawki w przypadku odmowy przyznania ubezpieczenia.

Uwaga: dostępny jest [specjalny formularz zwrotu](#). „Program badań przesiewowych RCAM”. Złóż jeden wniosek na program.

Obowiązkowe dokumenty, które należy dołączyć do wniosku o zwrot kosztów, to: · zaświadczenia lekarskie o leczeniu; · faktury za badania; · wszelkie wcześniejsze zgody; · w przypadku gdy ma zastosowanie ubezpieczenie uzupełniające: zaświadczenia o kwotach otrzymanych z krajowego systemu ubezpieczeń.

9. Rozpoznanie poważnej choroby

9.1. Kryteria uznania

Można ubiegać się o uznanie poważnej choroby, na podstawie opinii lekarza, jeżeli choroba łączy w sobie 4 poniższe kryteria:

- niekorzystne rokowania życiowe;
-

przewlekły przebieg; · konieczność

przeprowadzenia ciężkich

badan diagnostycznych i/lub terapeutycznych; · występowanie lub ryzyko

poważnego inwalidztwa.

Załącz do [formularza zgłoszeniowego](#) orzeczenie lekarskie określające: datę postawienia diagnozy i jej dokładną treść, stopień zaawansowania choroby, możliwe powikłania i konieczne leczenie.

Wyślij te dwa dokumenty w zapieczętowanej kopercie do doradcy medycznego właściwego ośrodka zarządzania.

9.2. Okres ważności uznania

Ograniczone do 5 lat. Przed upływem terminu ważności można ubiegać się o przedłużenie, przedstawiając raport medyczny określający:

· postęp choroby; · konieczność

dalszego leczenia i/lub monitorowania.

W przypadku zmiany sytuacji decyzja może zostać zmieniona na podstawie nowego wniosku.

Ważne jest, aby pamiętać, że w przypadku remisji wizyty kontrolne również mogą kwalifikować się do zwrotu kosztów na formularzu „poważnej choroby”.

9.3. Choroby uważane za poważne

Zgodnie ze Statutem, choroby takie jak gruźlica, polio, rak, choroby psychiczne i inne choroby o porównywalnym stopniu ciężkości uznaje się za poważne.

Inne schorzenia (np. AMD) mogą zostać uznane za poważną chorobę, jeśli spełnione są określone warunki, w tym biorąc pod uwagę medyczne konsekwencje danej patologii, które muszą być szczegółowo opisane w raporcie lekarskim.

9.4. Zwrot kosztów

Stawka zwrotu kosztów poniesionych w przypadku rozpoznanej poważnej choroby, i tylko takich kosztów, wynosi 100% bez górnego limitu, z wyjątkiem kilku przypadków określonych w Ogólnych przepisach wykonawczych (GIP) (na przykład: zaskórniczek chorobowy lub koszty leczenia stomatologicznego).

Zwrot tych kosztów może być ograniczony, jeśli naliczone ceny są zbyt wysokie (patrz punkt 4.2). Pamiętaj o podaniu numeru referencyjnego decyzji o uznaniu na formularzu zwrotu.

10. Zależność

Domy opieki i usługi opiekuńcze w domu

10.1. Uznanie zależności: dokumenty, które należy dostarczyć

- Ocena autonomii funkcjonalnej (aspekty fizyczne); • Ocena przestrzenno-czasowa (aspekty poznawcze); • Oświadczenie o dodatkowej pomocy finansowej wskazujące, czy istnieje inny system ubezpieczeniowy; • Zaświadczenie lekarskie lub recepta lekarska wyjaśniająca powody, dla których członek musi pozostać w domu opieki lub domu spokojnej starości lub korzystać z usług opiekuna domowego.

Formularz [oceny autonomii](#) i [oświadczenie o możliwej pomocy finansowej](#) jak również sprawozdanie musi zostać sporządzone i sporządzone przez lekarza prowadzącego.

Wniosek [o uprzednią autoryzację](#) Należy również wysłać formularz (AP) (patrz punkt 5). Ten formularz jest taki sam zarówno w przypadku pobytu w domu opieki, jak i opieki domowej. Podobny formularz należy wypełnić w przypadku kosztów transportu w sytuacjach innych niż nagle, np. z domu opieki do domu.

W przypadku domów opieki i domów dziecka konieczne jest dostarczenie dodatkowych dokumentów: szczegółowego planu opieki i faktury pro forma.

Wszystkie te dokumenty muszą zostać przesłane do doradcy medycznego, który ustali stopień zależności członka.

Pokrycie [kosztów związanych z opieką w domach opieki i domach opieki](#) Informacje mogą być wymagane, ale mogą zostać udostępnione dopiero po poznaniu szczegółów dotyczących domu opieki i długości pobytu.

10.2. Domy opieki i wypoczynku

Koszty leczenia są zwracane w 85% lub 100%, jeśli są związane z poważną chorobą. (Zawsze należy uważać, aby nie przepłacić).

Koszty zakwaterowania: maksymalnie 36 euro dziennie (w Belgii).

Dla osób niebędących pensjonariuszami (w ośrodku dziennym): limit 18 euro dziennie (w Belgii).

Ważne : Należy jasno poinformować te placówki, że emeryci nie są objęci krajowym systemem zabezpieczenia społecznego i w związku z tym nie kwalifikują się do pomocy krajowej ani lokalnej. W takich okolicznościach faktury powinny być wystawiane w dwóch częściach: jedna za koszty zakwaterowania (np. x dni w cenie y euro), a druga za koszty opieki grupowej. Pozostałe wydatki, takie jak wizyty lekarskie, badania, leki i koszty transportu karetką, są rozliczane w ramach standardowych wniosków o zwrot kosztów.

Należy zauważyć, że bardzo często, aby zweryfikować wypłacalność finansową osób ubiegających się o miejsce w domu spokojnej starości, będą one proszone o podanie wysokości dochodów. Jest to jeden z nielicznych przypadków, w których konieczne jest przedstawienie wyciągu z konta emerytalnego z odpowiednią kwotą.

W przypadku rachunku ryczałtowego podział kosztów opiera się na stopniu zależności: Poziom 1 (najwyższy): 70% opieki –

30% pobytu; Poziom 2: 60% opieki – 40% pobytu;

Poziom 3: 50% opieki – 50% pobytu;

Poziom 4: 30% opieki – 70% pobytu.

Poziom 5 nie uprawnia pacjenta do zwrotu

kosztów.

10.3. Opieka domowa nad chorymi

1. Jeżeli opiekun jest zatrudniony przez organizację oficjalną (np. Czerwony Krzyż) lub nieoficjalną (spółdzielnię/firmę/usługę prywatną), należy dołączyć: • kopię statutu potwierdzającą, że organizacja jest uprawniona do świadczenia usług

- kopię umowy

podpisanej pomiędzy tą usługą a podmiotem stowarzyszonym; •

należycie podpisaną umowę pomiędzy organizacją a osobą(-ami) świadczącą(-ymi) usługi opieki nad chorymi, zgodnie z prawem krajowym kraju, w którym świadczone są usługi opieki nad chorymi.

Umowa musi określać w szczególności:

- charakter świadczonych usług opiekuńczych (bez prac domowych); • liczba godzin, które mają być świadczone; • imię i nazwisko opiekuna(-ów); • obowiązująca stawka godzinowa.

2. Jeżeli opiekun działa w ramach oficjalnie uznanego modelu samozatrudnienia, należy dołączyć: • dowód, że jest oficjalnie uznany za uprawnionego do świadczenia usług opiekuńczych, jeżeli wymagają tego przepisy krajowe, i/lub kopię rejestracji jego samozatrudnionej działalności opiekuńczej we właściwych organach krajowych; • kopię umowy podpisanej między opiekunem a podmiotem stowarzyszonym zgodnie z prawem krajowym danego kraju gdzie świadczone są usługi opieki nad chorymi.

Umowa musi zawierać te same elementy, co w punkcie 1.

3. Jeżeli opiekun jest zatrudniony przez członka, załącz:

- należycie wykonana umowa o pracę i/lub konkretna umowa ubezpieczenia na zatrudnienie opiekuna (zgodnie z przepisami prawa kraju, w którym świadczone są usługi opiekuna). Umowa musi wyraźnie określać, że dotyczy usług opiekuna, a nie prac domowych;
- receptę lekarską od lekarza prowadzącego beneficjenta wymieniającą imię i nazwisko opiekuna, poświadczającą, że posiada on wymagane umiejętności i może świadczyć usługi; • kopię dokumentu tożsamości opiekuna ; • kopię zezwolenia na pobyt (w przypadku obywateli spoza UE);
- dowód rejestracji w systemie ubezpieczeń społecznych zgodnie z przepisami kraju, w którym świadczone są usługi opiekuna (składki na ubezpieczenia społeczne związane z umowami o pracę i/lub składki ubezpieczeniowe, które są wliczane w opłaty za opiekę i podlegają zwrotowi na podstawie dowodu wpłaty składek);
- obowiązująca stawka godzinowa.

Aby otrzymać zwrot kosztów za usługi opiekuńcze, należy złożyć wniosek o zwrot kosztów. Wniosek musi być opatrzony datą, podpisany i zawierać wyłącznie kwoty faktur za usługi opiekuńcze z poprzedniego miesiąca (nigdy nie faktur za okresy dwutygodniowe lub wielomiesięczne). Do wniosku należy dołączyć:

- W przypadkach przewidzianych w punktach 1 i 2: faktura (zgodna z przepisami kraju, w którym świadczone są usługi), na której należy podać następujące informacje: • numer faktury; • numer identyfikacyjny firmy/numer VAT; • data wystawienia faktury; • imię i nazwisko beneficjenta; • imię i nazwisko opiekuna(-ów); • dokładny opis „usług opiekuńczych”; • liczba świadczonych godzin oraz cena jednostkowa i całkowita.

- W przypadkach przewidzianych w pkt.

3: kopia miesięcznego odcinka wynagrodzenia i wpłat składek na ubezpieczenie społeczne.

Jeżeli faktura dotyczy opiekuna, którego nazwisko nie widnieje w umowie, zwrot kosztów może nastąpić wyłącznie pod warunkiem sporządzenia aneksu do umowy i przyznania nowego AP przed wystawieniem faktury.

Bez wymaganych dokumentów nie można przyznać AP, a związane z nim świadczenia nie podlegają zwrotowi.

Kwota Zwrot kosztów usług opiekuńczych zależy od czasu ich trwania (poniżej 60 dni i powyżej 60 dni). Obowiązuje maksymalna kwota. W przypadku usług opiekuńczych trwających dłużej niż 60 dni, maksymalna kwota zależy od stopnia niesamodzielności i wysokości emerytury.

Sprzęt ortopedyczny, inny sprzęt medyczny i pomoc domowa

Zwrot kosztów związanych z tymi urządzeniami i usługami sprzątania podlega pewnym limitom.

10.4. Łóżko szpitalne

Warunki, które muszą być spełnione: potrzeba musi być stwierdzona i łóżko musi zostać przepisane przez lekarza.

Procedury, które należy zastosować: do recepty lekarskiej należy dołączyć wniosek o uprzednią autoryzację (PA) (patrz punkt 5).

Formularze do wypełnienia: wniosek o AP, nieodnawialny w przypadku zakupu.

Warunki zwrotu: 85%, z maksymalną kwotą zakupu. Naprawy lub użytkowanie w placówce medycznej nie podlegają zwrotowi.

Wynajem < 3 miesiące: wymagana recepta lekarska. Stawka zwrotu 85%.

Wynajem > 3 miesiące: recepta lekarska i wniosek AP. Stawka zwrotu 85%.

10.5. Wózek inwalidzki pojedynczy, samojezdny

Warunki, które muszą być spełnione: potrzeba musi być stwierdzona, a urządzenie musi zostać przepisane przez lekarza.

Procedura postępowania: do recepty lekarskiej należy dołączyć prośbę o uprzednią autoryzację (patrz punkt 5).

Formularze do wypełnienia: wniosek AP (ważny przez 5 lat).

Wynajem na okres krótszy niż 3 miesiące: wymagana recepta lekarska. Stawka zwrotu 85%.

Okres wynajmu ≥ 3 miesiące: recepta lekarska i wniosek o AP (ważny przez 5 lat). Stopa zwrotu: 85%.

Warunki zwrotu: Maksymalna kwota zwrotu jest ograniczona zarówno w przypadku zakupu, jak i wynajmu. Jeśli potrzebujesz sprzętu na dłuższy okres, preferowany jest zakup. Wypożyczenie można przekształcić w zakup w trakcie okresu wynajmu, ale kwota zwrotu nadal będzie ograniczona.

Koszty konserwacji, w tym opon, nie podlegają zwrotowi. Koszty napraw podlegają zwrotowi po uprzednim uzyskaniu autoryzacji.

10.6. Artykuły na nietrzymanie moczu

Wymagana jest recepta lekarska oraz wniosek o AP (patrz punkt 5). Sprzęt ten jest refundowany w wysokości 85%, z zastrzeżeniem maksymalnej kwoty.

10.7. Krzesło toaletowe, krzesło prysznicowe (do użytku domowego)

Zakup: recepta lekarska i wniosek o nieodnawialną autoryzację wstępną. Stawka zwrotu: 85% z maksymalną stawką.

Okres wynajmu < 3 miesiące: wymagane skierowanie od lekarza. Stawka zwrotu: 85%.

Okres wynajmu ≥ 3 miesiące: recepta lekarska i prośba o AP. Stopa zwrotu: 85%.

Naprawa nie podlega zwrotowi.

10.8. Chodzik dwukołowy i siedzisko

Zakup: recepta lekarska i wniosek o nieodnawialną autoryzację wstępną. Stawka zwrotu: 85% z maksymalną stawką.

Wynajem na okres krótszy niż 3 miesiące: wymagana recepta lekarska. Stawka zwrotu: 85%.

Wynajem ≥ 3 miesiące: recepta lekarska i prośba o AP. Stopa zwrotu: 85%.

Naprawy nie podlegają zwrotowi.

10.9. Urządzenie do leczenia bezdechu sennego

Zwrot kosztów jest możliwy za zakup lub wynajem urządzenia do ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych (CCAP), stosowanego w leczeniu niektórych zaburzeń układu oddechowego, w tym zespołu bezdechu sennego (SAS). Akcesoria i konserwacja również podlegają zwrotowi.

Potrzebę zastosowania sprzętu należy rozpoznać i przepisać urządzenie pulmonologowi, wraz z receptą i badaniem snu bez sprzętu i ze sprzętem.

Do recepty lekarskiej należy dołączyć wniosek o rentę inwalidzką (AP) z tytułu zakupu (patrz punkt 5), z wyjątkiem najmu na okres krótszy niż 3 miesiące lub najmu na okres 3 miesięcy lub dłuższy. W przypadku zakupu, dla którego wymagana jest renta inwalidzka, okres jej trwania wynosi 5 lat.

Ważne: Zgodnie z orzeczeniem Trybunału Sprawiedliwości z 16 grudnia 2020 r. limit zwrotu w wysokości 1700 euro za zakupy pozostaje w mocy, ale ten sam limit, który obowiązywał wcześniej w przypadku umów najmu długoterminowego, został zniesiony. Stawka zwrotu wynosi 85% w przypadku zakupów.

Podobnie jak w przypadku wynajmu, zaleca się najpierw wybrać wynajem na 3 miesiące, a następnie zakup lub dzierżawę długoterminową. Wniosek o autoryzację na wynajem długoterminowy można przekształcić w zakup. W takim przypadku koszty akcesoriów i konserwacji podlegają zwrotowi w 85%, począwszy od roku od zakupu, z limitem 350 euro rocznie bez konieczności konsultacji lekarskiej.

10.10. Gospodyni domowa

Pomoc finansowa na prace domowe jest przyznawana wyłącznie osobom uznanym za osoby zależne (patrz punkt 10.1). W takim przypadku właściwym organem nie jest RCAM, lecz Dyrekcja Generalna ds. Zasobów Ludzkich (HR). Warunki: pomoc jest uzależniona od pułapu dochodów. Procedura: należy uzyskać zaświadczenie od lekarza orzekającego o stopniu zależności i skontaktować się z wydziałem pomocy społecznej Komisji właściwym dla miejsca zamieszkania (patrz punkt 13).

11. Co zrobić w przypadku śmierci

Zapoznaj się z dokumentem Komisji: [Postanowienia w przypadku śmierci emeryta.](#)

Oprócz pozostałych formalności wymienionych w tej broszurze, należy zwrócić uwagę na dwie dodatkowe kwestie:

11.1. Co należy zrobić z rachunkami za wydatki medyczne zmarłego lub jego beneficjentów?

Wniosek o zwrot kosztów należy niezwłocznie złożyć pocztą do Biura Likwidatora, korzystając z wypełnionego formularza papierowego i dołączając dowód poniesionych kosztów leczenia. Wniosek może zostać podpisany przez spadkobiercę, który powinien podać swoją tożsamość pod podpisem.

11.2. Rachunek bankowy, na który będzie wypłacana renta rodzinna

W niektórych państwach członkowskich konto bankowe zmarłego zostaje zamrożone w chwili jego zgonu.

W takim przypadku [arkusz z informacjami finansowymi](#) należy przesłać do działu „emerytury”. W tym formularzu należy podać dane rachunku bankowego, na który zostanie wypłacona trzymiesięczna emerytura i renta rodzinna beneficjentom zmarłego. Pomocne jest również podanie działowi emerytur imienia i nazwiska oraz adresu pocztowego notariusza, który zajmie się majątkiem zmarłego.

12. Do którego biura likwidatora należy wysłać dokumenty?

Jeżeli Twoje miejsce zamieszkania znajduje się w Belgii, Bułgarii, na Cyprze, w Chorwacji, Danii, Estonii, Finlandii, Grecja, Węgry, Łotwa, Litwa, Malta, Holandia, Polska, Czechy, Rumunia, Słowenia, Słowacja, Szwecja:

Skontaktuj się z Biurem Likwidacyjnym w [BRUKSELI](#) : Komisja Europejska
RCAM Bruksela Biuro
Likwidacyjne B-1049
Bruksela.

Jeżeli mieszkasz we Francji, Hiszpanii, Irlandii, Włoszech, Portugalii, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii lub poza UE:

Skontaktuj się z Biurem Likwidacyjnym [ISPRA](#) : Komisja Europejska
RCAM Ispra PMO.4
– TP 740 Via
Enrico Fermi, 2749
I-21027 Ispra (VA).

Jeżeli mieszkasz w Niemczech, Austrii lub Luksemburgu:

Skontaktuj się z Biurem Likwidacyjnym w [LUKSEMBURGU](#) : Komisja Europejska
RCAM Luksemburg
12, rue Guillaume Kroll
Biuro DRB B1/061 L-2920
Luksemburg.

13. Gdzie mogę znaleźć informacje? Gdzie mogę znaleźć pomoc?

- Na [stronie internetowej](#) Międzynarodowego AIACE
- Z „ambasadorami” „[Narodowe sekcje AIACE](#) – ci ambasadorzy odgrywają rolę pośrednika między emerytami a administracją Komisji w tym obszarze ubezpieczenie zdrowotne i emerytury
- Z [koordynatorami wolontariatu społecznego sekcje krajowe AIACE](#)
- Z pracownikami socjalnymi instytucji:

Komisja Brukselska	(+ CCR Sewilla)	HR-BXL-AIDE-PENSIONES@ec.europa.eu	+32 2 295 90 98
	Luksemburg	HR-LUX-ASSISTANTS-SOCIAUX@ec.europa.eu	+352 4301 33948
	Ispra (+ CCR)	HR-EMERYCI-ISPRA-POMOC-SPOŁECZNA@ec.europa.eu	+39 0332 78 59 10
	CCR Geel	JRC-GEE-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu	+32-14-57165
RADA	CCR Karlsruhe	JRC-KRU-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu	+49-7247-951-876
	CCR Petten	JRC-PTT-SPOŁECZNOŚĆ-ASSISTANCE@ec.europa.eu	+31-224-56-53-21
		social.assistants@consilium.europa.eu	+32 2 281 52 46 / +32 2 281 24 27
Parlament Brukselski		PERS-SocialServiceBrussels@europarl.europa.eu	+32 2 283 13 00
	Luksemburg	PERS-SocialServiceLuxembourg@europarl.europa.eu	+352-4300-22878
Komisja ekonomiczne i Europejski społeczny		svcmédicosocialcese@eesc.europa.eu	+32 2 546 94 50
KOMITET REGIONY		Social-Service-CoR@cor.europa.eu	+32 2 282 23 63
SAD KONTA		ECA-Medical-Service@eca.europa.eu	+352-4398-47390
SAD SPRAWIEDLIWOŚĆ		celine.Watrinet@curia.europa.eu	+352-43-03-4584
ESDZ		WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE@eeas.europa.eu	+32-460-84-22-77
EBI		pensions@eib.org	+352-4379-85421

CEDEFOP	Grecja	cedefop-pensions@cedefop.europa	+30-2310-49-02-64
---------	--------	--	-------------------

- Skontaktuj się ze specjalnym numerem telefonu PMO – **TYLKO** w pilnych przypadkach i liczby zespolone: **+32 2 291 11 11** – po wybraniu języka (FR/EN) naciśnij 2, aby emeryci – opcja **1** dla ubezpieczenia zdrowotnego, opcja **2** dla emerytur, opcja 5 dla Problemy z EU Login i aplikacjami informatycznymi Komisji...
