

**DOMANDA D'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA
O RINNOVO D'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA**

Da trasmettere al vostro Ufficio Liquidazione del Regime Comune di Assicurazione Malattia (RCAM) :
(vedi ultima pagina)

Cognome e nome dell'affiliato :

N° pers. / pensione:

Istituzione e Sede di servizio : Indirizzo dell'ufficio:

Tel :

Indirizzo privato per i pensionati / e-mail:

Data di cessazione delle funzioni/ data di fine contratto: (Per agenti temporanei/agenti contrattuali)

☐ Domanda d'autorizzazione preventiva ¹ :

☐ Affiliato principale ☐ coniuge o partner riconosciuto ☐ figlio ☐ persona assimilata ad un figlio a carico.

Cognome, Nome : Data di nascita:

☐ Domanda di rinnovo dell'autorizzazione preventiva per ¹ :

☐ Affiliato principale ☐ coniuge o partner riconosciuto ☐ figlio ☐ persona assimilata ad un figlio a carico.

Cognome, Nome : Data di nascita:

Riferimento decisione AP precedente: Data di fine validità:

☐ Per i trattamenti che **superino** il numero massimo annuo previsto senza autorizzazione preventiva
(specificare il tipo di trattamento) ⁽⁴⁾

☐ Su prescrizione / rapporto medico dettagliato (da allegare in busta chiusa, indirizzato al Medico di Fiducia) ²

del Dr in data

Si tratta di una domanda correlata a :

☐ MALATTIA GRAVE: riferimento decisione Data di fine validità

☐ INFORTUNIO: ☐ Affiliato principale: data dell'infortunio

☐ di un assicurato al RCAM tramite l'affiliato (unicamente se vi è la responsabilità di terzi)

☐ MALATTIA PROFESSIONALE (ACC) : data

Prendo atto delle condizioni e regolamentazioni in vigore e m'impegno a rispettarle:

Data

Firma del richiedente

☐ Affiliato¹

☐ Persona che rappresenta il richiedente :

Cognome, nome:

Treatment in conformity with Regulation (UE) 2018/1725 https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2018.295.01.0039.01.ENG&toc=OJ:L:2018:295:TOC

¹ Barrare la casella corrispondente

² Alcuni trattamenti sono soggetti a condizioni particolari per la prescrizione medica (per es. psicoterapia prescritta da uno psichiatra /neuropsichiatra/neurologo): siete pregati di consultare le condizioni relative al tipo di trattamento al Titolo II delle DGE.

AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA RICHIESTA PER ³:

	TRATTAMENTI DIVERSI	Osservazione	Codice RCAM
	Numero di sedute prescritte:		
☐	Linfodrenaggio	1	401
☐	Ergoterapia	1	402
☐	Riabilitazione funzionale pluridisciplinare in ambiente ospedaliero	1	403
☐	Riabilitazione "back-school" (per prevenire e curare il mal di schiena) / MDX / DBC	1	404
☐	Chiroprassi/osteopatia per bambini di età inferiore ai 12 anni	1 + 2	405
☐	Mesoterapia	1	407
☐	Raggi ultravioletti	1	408
☐	Onde d'urto (reumatologia)	1	409
☐	Psicoterapia effettuata da psicologo/psicoterapeuta : seduta individuale	1	420
☐	Psicoterapia effettuata da psicologo/psicoterapeuta : seduta di terapia familiare	1	421
☐	Psicoterapia effettuata da psicologo/psicoterapeuta : seduta di gruppo	1	422
☐	Bilancio neuro-psicologica pluridisciplinare	1	424
☐	Logopedia/ortofonia per persone di età superiore ai 12 anni	1	426/427
☐	Ortottica	1	429
☐	Endermologie per fini non estetici	1 + 2	431
☐	Depilazione per superfici poco estese	1 + 2	432
☐	Depilazione per superfici estese	1 + 2	433
☐	Laser, fototerapia (dermatologia)	1 + 2	434
☐	Laserterapia effettuata da un medico generico	1 + 2	441
☐	Camera Iperbarica	1	440
☐	Trattamenti diversi: non ripresi nelle DGE – titolo II, capitolo 8, punto 2	1 + 2	441 / 950
☐	Per i trattamenti che superino il numero massimo annuo previsto senza autorizzazione preventiva (specificare il tipo di trattamento)⁴	1 + 2	

	AUSILIARI MEDICI	Osservazione	Codice RCAM
☐	Prestazioni di assistenza malati effettuato da personale infermieristico	1	560

	ASSISTENZA-MALATI		
☐	Assistenza malati a domicilio (massimo 60 giorni)	1 + 3	760
☐	Assistenza malati di lunga durata a domicilio	1 + 3	761/762
☐	Assistenza malati in ambiente ospedaliero	1	763

	SOGGIORNI CONTINUATI PRESSO CENTRI PARAMEDICI		
☐	Soggiorni/cure in casa di riposo o di cura o centri autorizzati	1 + 3	701 a 704 / 720 / 721
☐	Soggiorni/cure in centri diurni	1 + 3	711 a 714 / 720 / 722
☐	Soggiorni/cure in centri di disintossicazione	1	730 a 732

OSSERVAZIONI : informazioni complementarie da fornire:

Siete pregati di compilare la vostra domanda d'autorizzazione preventiva tenendo conto delle osservazioni sotto elencate relative al tipo di trattamento:

- ☐ Osservazione 1:
Nome del prestatario / del centro medico:
Qualifica del prestatario / tipo di centro medico:.....
Indirizzo (+ n°. Tel. / Fax se possibile):

- ☐ Osservazione 2: **precisare il tipo d'intervento / trattamento / apparecchio / prodotto / altro (vedi prescrizione medica)**

- ☐ Osservazione 3: **formulario di valutazione dello stato di dipendenza (scala di valutazione della dipendenza) da fare compilare al medico curante (vedi DGE, Titolo II, capitolo 3)**

³ Barrare la casella corrispondente per favore

⁴ **Numero annuo di sedute senza AP:** kinesiterapia, fisioterapia et trattamenti assimilabili(60); chiroprassi/osteopatia per persone di età inferiore ai 12 anni o più (24); agopuntura (30); aerosolterapia (30); consulto dietetico (10); psicoterapia con psichiatra (30); logopedia/ortofonia fino ai 12 anni (180 su più anni); psicomotricità/grafomotricità (60); pedicure medica (12)

	ANALISI E ESAMI	Osservazione	Codice RCAM
☐	Analisi/esami specifici soggetti ad autorizzazione preventiva	2	545

	PRODOTTI FARMACEUTICI	Osservazione	Codice RCAM
☐	Prodotti farmaceutici specifici soggetti ad autorizzazione preventiva	2	521 / 523/ 525
☐	Prodotti dietetici	2	522

	RICOVERI OSPEDALIERI, INTERVENTI CHIRURGICI, TRATTAMENTI F.I.V.	Osservazione	Codice RCAM
☐	Soggiorno ospedaliero e cure specifiche soggetti ad autorizzazione preventiva	1 + 2	221
☐	Interventi di chirurgia plastica modificativa o ricostruttiva	1 + 2	201 a 209
☐	Trattamento di fecondazione in vitro (F.I.V.)	2	260/261

	CURE	Osservazione	Codice RCAM
☐	Soggiorno / cure di convalescenza	1	490 / 491
☐	Cure termali	1 + 2	492 a 498
☐	Cure termali in caso di malattia grave	1 + 2	499

	SPESE DI TRASPORTO	Osservazione	Codice RCAM
☐	Spese di trasporto non urgenti soggette a AP mezzo di trasporto : Frequenza (numero di viaggi A/R): Km A/R:		291
☐	Spese di trasporto della persona accompagnante mezzo di trasporto: Frequenza (numero di viaggi A/R): Km A/R: Nome della persona accompagnante:		291

	SPESE DI ACCOMPAGNAMENTO	Osservazione	Codice RCAM
☐	Spese di accompagnamento giornaliero in ambiente ospedaliero Numero di giorni: Nome della persona accompagnante:	1	222
☐	Spese di accompagnamento (durante la cura di un bambino inferiore ai 14 anni di età) Numero di giorni: Nome della persona accompagnante:	1	222

OSSERVAZIONI: informazioni complementarie da fornire:

Siete pregati di compilare la vostra domanda d'autorizzazione preventiva tenendo conto delle osservazioni sotto elencate relative al tipo di trattamento:

- ☐ Osservazione 1:
Nome del prestatario / del centro medico:
Qualifica del prestatario / tipo di centro medico:
Indirizzo (+ n°. Tel. / Fax se possibile):

- ☐ Osservazione 2: **precisare il tipo d'intervento / trattamento / apparecchio / prodotto / altro (vedi prescrizione medica)**

	PROTESI, APPARECCHI ORTOPEDICI	Osservazione	Codice RCAM
Indicare il costo:			
☐	Apparecchio acustico: casi specifici- DGE - titolo II, capitolo 11, punto 2.4 (Bambini <<< 18 anni / malattia grave della sfera auditiva)	2	821
☐	Ausili per controllo e cura del diabete insulino-dipendente	2	842
☐	Materiale per controllo e cura del diabete di tipo 2 non insulino-dipendente	2	843
☐	Glucometro/diabete		875
☐	Materiale per incontinenza		844
☐	Scarpe ortopediche correttive su misura	2	855 / 856
☐	Protesi capillare - parrucca		861
☐	Arti, segmenti di arti: acquisto /riparazione	2	862
☐	Apparecchio per apnea del sonno (CPAP): acquisto		865
☐	Apparecchio per apnea del sonno (CPAP): affitto > 3 mesi		866
☐	Apparecchio per apnea del sonno (CPAP):: accessori/manutenzione (che non rientra nell'anno dell'acquisto del CPAP)		867
☐	Tensiometro		870
☐	Aerosol : acquisto		871
☐	Aerosol : affitto > 3 mesi		872
☐	Pompe a vuoto per il trattamento della disfunzione erettile		876
☐	Apparecchi per misurare il tempo di coagulazione (in caso di anti-coagulazione a vita)		877
☐	Deambulatore: acquisto		881
☐	Deambulatore: affitto > 3 mesi		882
☐	Sedia da comodo, sedia per doccia : acquisto		883
☐	Sedia da comodo, sedia per doccia: affitto > 3 mesi		884
☐	Letto di tipo ospedaliero (a domicilio) : acquisto		885
☐	Letto di tipo ospedaliero (a domicilio): affitto > 3 mesi		886
☐	Materasso antidecubito: acquisto		887
☐	Materasso antidecubito: affitto > 3 mesi		888
☐	Sedia a rotelle: acquisto	2	890
☐	Sedia a rotelle: affitto	2	891
☐	Sedia a rotelle: riparazione	2	892
☐	Altri apparecchi + materiale il cui costo è stimato a più di 2000 euro (obbligatorio fornire 2 preventivi comparativi dettagliati)	2	895
☐	Altro materiale: affitto	2	896

OSSERVAZIONI: informazioni complementarie da fornire:

Siete pregati di compilare la vostra domanda d'autorizzazione preventiva tenendo conto delle osservazioni sotto elencate relative al tipo di trattamento:

☐ **Osservazione 2: precisare il tipo d'intervento / trattamento / apparecchio / prodotto / altro (vedi prescrizione medica)**

.....

Indirizzi degli Uffici Liquidatori del Regime Comune di Assicurazione Malattia (RCAM)

European Commission RCAM/JSIS Brussels – Prior authorisation 1049 Brussels Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	European Commission RCAM/JSIS Ispra - Prior authorisation 21027 Ispra Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)	European Commission RCAM/JSIS Luxembourg - Prior authorisation 2920 Luxembourg Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)
STAFF Contact - https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx		