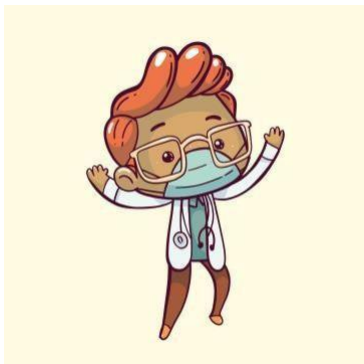




EL ABC DEL SEGURO MÉDICO DE LAS INSTITUCIONES EUROPEAS

La presente guía ha sido elaborada por la AIACE Internacional para las familias y allegados de los pensionistas de las instituciones europeas, con el fin de ayudarles a comprender mejor las disposiciones reglamentarias que rigen sus derechos económicos y poderles asistir en situaciones específicas o complejas. Se trata de una guía práctica que ofrece una visión general de estas disposiciones y que en ningún caso sustituye a los documentos oficiales vigentes. Remite principalmente a la información publicada en el sitio web de la AIACE Internacional, accesible sin necesidad de iniciar sesión ni contraseña, a través de hipervínculos, donde se pueden encontrar todos los formularios y documentos necesarios.

El ABC del seguro médico aborda las normas comunes a todos los Estados miembros. Sin embargo, las peculiaridades nacionales se recogen por separado en documentos previstos a tal efecto en el sitio web de cada sección.

Este documento no compromete en modo alguno la responsabilidad de los servicios de la Comisión Europea. Ha sido elaborado bajo la responsabilidad de la AIACE Internacional.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
SEGURO MÉDICO	5
PENSIÓN	5
SUBSIDIOS FAMILIARES	5
2. COBERTURA DEL RCAM: ¿QUIÉN ESTÁ CUBIERTO Y DE QUÉ MANERA?	6
3. REEMBOLSO	7
3.1. GENERALIDADES	7
3.2. CONSULTA Y VISITA MÉDICA	7
3.3. TELECONSULTA MÉDICA	8
3.4. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	8
3.5. COMPRA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS EN LÍNEA	8
3.6. TRATAMIENTOS DENTALES PREVENTIVOS	9
3.7. GAFAS	9
3.8. AUDÍFONOS	9
3.9. PEDICURA MÉDICA	9
3.10. OSTEOPATÍA-FISIOTERAPIA	10
3.11. PLANTILLAS Y CALZADO ORTOPÉDICO	10
3.12. DRENAJE LINFÁTICO	10
3.13. ACUPUNTURA	10
3.14 TRASTORNOS DE LA VISTA	10
4. RELACIONES CON EL RCAM	11
4.1. OFICINAS LIQUIDADORAS	11
4.2. GASTOS MÉDICOS EXCESIVOS	11
4.2 BIS COEFICIENTE DE BASE REEMBOLSABLE	11
4.3. REEMBOLSO ESPECIAL	11
4.4. ANTICIPO POR GASTOS MÉDICOS ELEVADOS	11
4.5. REEMBOLSO PRIORITARIO POR GASTOS ELEVADOS	11
5. AUTORIZACIÓN PREVIA AL REEMBOLSO	12
5.1. PRINCIPIOS BÁSICOS	12
5.2. ¿EN QUÉ CASOS ES NECESARIA LA AUTORIZACIÓN PREVIA?	12
5.3. CÓMO RELLENAR CORRECTAMENTE EL FORMULARIO:	12

5.4. AUTORIZACIÓN PREVIA Y RÉGIMEN NACIONAL DE SALUD	12
5.5. AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL REEMBOLSO DE GASTOS DENTALES	12
5.6. AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL REEMBOLSO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	13
5.7. AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL REEMBOLSO DE GASTOS DE TRANSPORTE	13
5.8. AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL REEMBOLSO DE UNA CURA TERMAL	14
5.9. SOLICITUD DE REEMBOLSO	14

6. HOSPITALIZACIÓN **15**

6.1. SUBROGACIÓN DE PAGO	15
6.2. ¿CUÁLES SON LOS CRITERIOS DE ADMISIBILIDAD?	15
6.3. CÓMO RELLENAR CORRECTAMENTE EL FORMULARIO	16
6.4. CUANDO LA SUBROGACIÓN DE PAGO NO ES POSIBLE: EL ANTICIPO	16
6.5. SUBROGACIÓN DE PAGO EN LOS PAÍSES DE LA UE CON MEDICINA CARA	16
6.6. HOSPITALIZACIÓN FUERA DE LA UE	17

7. SEGUROS COMPLEMENTARIOS CIGNA **18**

7.1. GENERALIDADES	18
7.2. SEGURO DE «ACCIDENTES»	18
7.3. SEGURO DE «HOSPITALIZACIÓN»	18
7.4. CONTACTOS CIGNA	19
7.5. GRUPO «SEGUROS»	19

8. CHEQUEO MÉDICO **20**

8.1. GENERALIDADES	20
8.2. ¿A QUIÉNES ESTÁN DIRIGIDOS LOS PROGRAMAS DE CHEQUEO MÉDICO?	20
8.3. ¿CÓMO SE ORGANIZA EL CHEQUEO MÉDICO?	20
8.4. POSIBLES OPCIONES	20
8.5. PROCEDIMIENTO A SEGUIR	21
8.6. ETAPAS DEL PROGRAMA	21
8.7. NORMAS DE REEMBOLSO	21

9. RECONOCIMIENTO DE ENFERMEDAD GRAVE **23**

9.1. CRITERIOS DE RECONOCIMIENTO	23
9.2. PERIODO DE VALIDEZ DEL RECONOCIMIENTO	23
9.3. ENFERMEDADES CONSIDERADAS GRAVES	23
9.4. REEMBOLSO	23

10. DEPENDENCIA **24**

10.1. RECONOCIMIENTO DE LA DEPENDENCIA: DOCUMENTOS QUE SE DEBEN PRESENTAR	24
10.2. RESIDENCIAS DE ANCIANOS ASISTIDAS	24
10.3. CUIDADO DE ENFERMOS A DOMICILIO	25
10.4. CAMA MEDICALIZADA	26

10.5. SILLA DE RUEDAS SENCILLA, PROPULSIÓN PERSONAL	26
10.6. MATERIAL PARA INCONTINENCIA	27
10.7. SILLA CON ORINAL, SILLA DE DUCHA (PARA USO DOMÉSTICO)	27
10.8. ANDADOR DE DOS RUEDAS CON ASIENTO	27
10.9. APARATO PARA LA APNEA DEL SUEÑO	27
10.10. AYUDA DOMÉSTICA	28
 <u>11. QUÉ HACER EN CASO DE FALLECIMIENTO</u>	 <u>29</u>
11.1. ¿QUÉ HACER CON LOS RECIBOS DE LOS GASTOS MÉDICOS DEL DIFUNTO O DE SUS DERECHOHABIENTES?	29
11.2. CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE INGRESARÁ LA PENSIÓN DE SUPERVIVENCIA	29
 <u>12. PROCURACION: DESIGNACIÓN DE UNA PERSONA DE CONFIANZA POR TODAS LAS RELACIONES CON EL PMO</u>	 <u>30</u>
<u>13. ¿A QUÉ OFICINA LIQUIDADORA DEBE ENVIARSE LA DOCUMENTACIÓN?</u>	<u>31</u>
 <u>14. ¿DÓNDE ENCONTRAR LA INFORMACIÓN? ¿DÓNDE ENCONTRAR AYUDA?</u>	 <u>32</u>

1. Introducción

Los pensionistas de las instituciones de la UE, incluidos sus derechohabientes, están sujetos al Estatuto de los funcionarios y al régimen aplicable a los demás agentes de la UE. El Estatuto regula los derechos económicos relativos, en particular, al seguro médico, la pensión y las prestaciones familiares.

Seguro de enfermedad

Los pensionistas de las Instituciones están afiliados al Régimen Común del Seguro de Enfermedad de las Instituciones, denominado **RCAM**, que es un régimen de seguro de enfermedad primario. El funcionamiento del RCAM se rige por el Reglamento común y las Disposiciones Generales de Ejecución, denominadas [DGE](#).

Pensión

Mientras estaban en servicio, los pensionistas cotizaban mensualmente al Régimen de Pensiones de las Instituciones de la UE. Esta cotización les permitió adquirir derechos y percibir una pensión, calculada en función de determinados criterios, entre ellos el número de años de servicio. La Institución abona directamente la pensión, a la que se aplican diversas disposiciones estatutarias, en la cuenta bancaria del pensionista.

Prestaciones familiares

Los pensionistas de las Instituciones pueden tener derecho, en función de su situación y de determinados criterios, a prestaciones abonadas por la Institución, como una asignación familiar, una prestación por hijo a cargo o una prestación escolar.

En este documento nos limitaremos al seguro de enfermedad.

2. Cobertura del RCAM: ¿quién está cubierto y de qué manera?

Los antiguos funcionarios y agentes están cubiertos a **título principal**.

En principio, los miembros de la familia pueden estar cubiertos por el RCAM, pero de forma diferente:

- *El cónyuge o la pareja reconocida sin ingresos profesionales (o cuyos ingresos sean inferiores al 20 % del [grado AST2/I](#))* y que no tenga cobertura en el sistema nacional de seguro médico se beneficia de una **cobertura primaria**. Lo mismo se aplica al excónyuge o a la expareja reconocida cuando esta se beneficia de una pensión de supervivencia.
- *El cónyuge o la pareja reconocida con ingresos profesionales* y cobertura en el sistema nacional de seguro médico se beneficia de una **cobertura complementaria**, siempre que sus ingresos anuales imposables no superen el límite máximo definido anualmente por el RCAM en su país de residencia. Los límites máximos por país se envían cada año a los afiliados correspondientes. La cobertura complementaria se concede sobre la base de la declaración de ingresos del cónyuge o pareja reconocida, que debe enviarse cada año antes del 30 de junio y es válida por un período renovable de un año (de julio a julio).
- *Los hijos* tienen derecho a una cobertura primaria o a una cobertura complementaria:
 - ✓ si están cubiertos por el régimen nacional de seguro médico del cónyuge (progenitor del hijo), se benefician de una cobertura complementaria del RCAM, siempre que se paguen prestaciones familiares por estos hijos (hasta los 26 años como máximo);
 - ✓ tan pronto como se interrumpan o cesen las prestaciones familiares (fin de los estudios y/o más de 26 años), trabajo remunerado como estudiante), la cobertura del RCAM también cesará;
 - ✓ es posible solicitar una prórroga de la cobertura por un máximo de 12 meses para los hijos sin empleo remunerado o si están sujetos a un período de prueba para obtener el régimen nacional de seguridad social.

3. Reembolso

3.1. Generalidades

Los pensionistas deben presentar una [solicitud de reembolso](#) al RCAM, ya sea a través de [MvPMO](#) o [RCAM en línea](#)¹, o en papel, pero nunca ambas al mismo tiempo. Se aplica una tasa de reembolso del 80 % o del 85 % en función de las prestaciones, sin perjuicio de la aplicación de la excesividad (véase el punto 4.2). Se puede aplicar una tasa de reembolso del 100 % para determinados gastos en caso de enfermedad grave reconocida por el RCAM, siempre sin perjuicio de la aplicación de la excesividad.

Se aplican límites máximos de reembolso con el fin de salvaguardar el equilibrio financiero del régimen, así como coeficientes de igualdad que se fijan como máximo cada dos años, con el fin de garantizar la igualdad de trato de las prestaciones liquidadas en los Estados miembros de la UE.

A partir del primer de pensión, solo se debe utilizar el número de pensión. El pensionista sigue teniendo libertad de elección (médico, fisioterapeuta, enfermero/a, etc.), al igual que los miembros de la familia que se benefician de la cobertura primaria. Sin embargo, el cónyuge complementario no tiene esta libertad de elección, sino que debe recurrir primero al régimen nacional primario de seguridad social y solicitar posteriormente el reembolso, momento en el que interviene el RCAM como régimen complementario.

Atención: en el formulario, indique siempre el número de pensión en la sección «número de personal».

Las solicitudes de reembolso en papel deben ir siempre acompañadas de los justificantes originales. El afiliado deberá conservar las copias durante 18 meses a partir de la fecha de recepción de la liquidación. Si las solicitudes se realizan en línea, los documentos originales deberán conservarse durante el mismo periodo. En caso de reembolso complementario, adjunte la factura original pagada, acompañada del extracto detallado de los reembolsos percibidos del régimen nacional.

Atención: Debe presentar la solicitud de reembolso a más tardar en un plazo de 18 meses a partir de la fecha de la prestación.

En Bélgica, en teoría, las prescripciones para tratamientos médicos tienen una validez de dos años, siempre que el tratamiento haya comenzado en los seis meses siguientes a la fecha de emisión. Sin embargo, este plazo varía según los Estados miembros. Depende del lugar donde se preste la asistencia médica.

En caso de accidente, los pensionistas ya no disfrutan de la cobertura de la que disfrutaban durante su actividad laboral (posibilidad de contratar un seguro privado de «accidentes», véase el punto 6).

3.2. Consulta y visita médica

Las consultas y visitas médicas a un médico generalista o a un especialista se reembolsan en un 85 % (100 % en caso de enfermedad grave), dentro de un límite [máximo](#) (al que se aplica el coeficiente de igualdad).

¹ Ambos son accesibles únicamente a través de un acceso seguro denominado EU Login. Para mayor seguridad, sus datos están protegidos mediante autenticación de dos factores.

Los gastos de visita a urgencias, por la noche, los fines de semana y los días festivos también se reembolsan en un 85 % y en un 100 % en caso de enfermedad grave.

Debe adjuntar al formulario de solicitud de reembolso el certificado de la consulta médica o a domicilio, indicando siempre el nombre completo del paciente, la fecha y el importe de los honorarios.

Atención: en caso de que en una consulta médica se realice un examen, introduzca «análisis y exámenes» o «consultas y varios», en el RCAM en línea o en MyPMO.

3.3. Teleconsulta médica

A raíz de la epidemia de COVID y de las medidas sanitarias de confinamiento derivadas de ella, han aumentado las teleconsultas médicas. El RCAM reembolsa esta consulta con el mismo código que la prestación.

3.4. Productos farmacéuticos

Los productos farmacéuticos se reembolsan al 85 %.

Atención: algunos productos farmacéuticos están sujetos a autorización previa (AP) y otros no son reembolsables, aunque los prescriba un médico (véase el punto 5).

Condiciones:

- receta médica obligatoria
- adjuntar el recibo oficial expedido por la farmacia con:
 - ✓ el nombre del médico que lo ha recetado;
 - ✓ el nombre completo del paciente;
 - ✓ la denominación del medicamento;
 - ✓ el precio de cada producto;
 - ✓ la fecha de dispensación de los medicamentos;
 - ✓ el sello y la firma del farmacéutico.

En los países donde no existe este tipo de recibo, se debe adjuntar una copia de la receta médica a la factura original. De lo contrario, la receta médica no es necesaria.

3.5. Compra de productos farmacéuticos en línea

El RCAM puede reembolsar determinados productos farmacéuticos comprados en línea si la factura incluye toda la información necesaria para el reembolso (véase más arriba «productos farmacéuticos»). Pueden ser dispensados por un farmacéutico, un médico o cualquier otro organismo o sistema autorizado para dispensar medicamentos en el Estado miembro de que se trate. Por farmacéutico se entiende una farmacia en línea reconocida oficialmente en el Estado miembro de que se trate.

3.6. Tratamientos dentales preventivos

Se reembolsará un 80 %, con un [límite máximo](#) establecido por año natural y por beneficiario. Los tratamientos vinculados a implantes y coronas se consideran tratamientos preventivos. Si los tratamientos no son preventivos, están sujetos a una AP (véase el punto 5).

Atención: Debe adjuntar al [formulario](#) una factura oficial detallada emitida por el dentista.

3.7. Gafas

Se reembolsará un 85 % hasta [el límite máximo](#) aplicable. Máximo 2 pares de gafas cada 2 años, salvo si se produce un cambio de dioptrías o de eje de al menos 0,50, certificado médicamente, con respecto al último reembolso.

Se reembolsará un 85 % de las lentillas y productos de mantenimiento, con un [límite máximo](#) aplicable durante un periodo de 2 años. El [formulario](#) debe ser cumplimentado por el óptico y adjuntado a la factura.

Existe un [documento](#) que explica cómo proceder para obtener un reembolso rápido de sus gafas.

Para tener derecho al reembolso, se requiere una factura en regla que debe especificar:

- ✓ el nombre completo del cliente;
- ✓ el tipo de visión y el detalle de las dioptrías;
- ✓ en el caso de las gafas: los precios de la montura y de las lentes deben aparecer por separado;
- ✓ la fecha de compra;
- ✓ el nombre completo de la óptica (sello y firma).

3.8. Audífonos

Se reembolsará un 85 % con un [límite máximo](#) por aparato, sin autorización previa. Para tener derecho al reembolso, un otorrinolaringólogo (ORL) o un audioprotesista deben expedir una prescripción médica, acompañada de los resultados audiométricos con y sin aparato.

Es posible renovar el audífono transcurrido un período de 5 años; el mantenimiento y las baterías no son reembolsables.

3.9. Pedicura médica

Se reembolsará un 80 % con un [límite máximo](#) si:

- ✓ se expide una prescripción médica;
- ✓ la pedicura es realizada por un profesional legalmente reconocido por el Ministerio de Salud Pública del país en el que se presta el servicio médico;
- ✓ se expide un recibo oficial conforme a la legislación del país en el que se ha prestado el tratamiento.

3.10. Osteopatía-fisioterapia

Para la **osteopatía**: basta con una prescripción médica, con un límite de 24 sesiones al año reembolsables al 80 % con un límite máximo. Solo se puede conceder un número superior de sesiones con una AP (véase el punto 5).

Para la **fisioterapia**: basta con una prescripción médica, con un límite de 60 sesiones al año reembolsables al 80 %, con un límite máximo. Si necesita más sesiones, debe solicitar una autorización previa con el informe del médico que justifique la continuación del tratamiento (véase el punto 5).

3.11. Plantillas y calzado ortopédico

Plantillas: no se requiere autorización previa (véase el punto 5), basta con una prescripción médica. Se reembolsa el 85 % hasta un máximo de 4 plantillas al año, con un límite máximo por plantilla.

Calzado ortopédico: debe solicitar una autorización previa (véase el punto 5) más la prescripción médica (debe dirigirse a tiendas especializadas, como ortopedias). Se reembolsa el 85 % con un máximo de 2 pares al año y hasta un límite máximo por par.

3.12. Drenaje linfático

Debe solicitar una autorización previa (véase el punto 5) más la prescripción médica. El número de sesiones está limitado a 20 al año. Se reembolsará el 80 % con un límite máximo. En caso de enfermedad grave, no hay limitación de sesiones ni límite máximo.

3.13. Acupuntura

Sin autorización previa. Debe adjuntar a la solicitud de reembolso una prescripción médica detallada, en la que se indique el nombre y las referencias oficiales del médico que la prescribe, el nombre completo del paciente, la fecha de emisión, el tipo de tratamiento de que se trate, la motivación médica (motivo del tratamiento, contexto patológico) y el número de sesiones prescritas.

El número de sesiones reembolsables está limitado a 30 al año. Se reembolsará el 80 % con un límite máximo.

El tratamiento debe ser realizado por un profesional legalmente autorizado para realizar este tipo de actividad en el país en cuestión.

3.14 Trastornos de la vista

Las normas de reembolso varían en función del tipo de tratamientos oftalmológicos. En algunos casos, se requiere una autorización previa o documentos justificativos.

Atención: para la cirugía de cataratas, si es menor de 55 años, se requiere una autorización previa.

4. Relaciones con el RCAM

4.1. Oficinas liquidadoras

Las oficinas liquidadoras que tramitan las solicitudes de reembolso y las autorizaciones previas dependen del lugar de residencia del afiliado y se distribuyen en tres sedes: Bruselas, Ispra y Luxemburgo. Las direcciones figuran en el punto 12.

4.2. Gastos médicos excesivos

Cuando no se ha fijado ningún límite máximo de reembolso, e incluso en caso de que se reembolse el 100 %, la parte de los gastos que supere sensiblemente los precios medios practicados en el país donde se han prestado los servicios puede quedar excluida del reembolso. Un equipo especializado, previo dictamen del médico asesor, determina caso por caso la parte que puede quedar excluida del reembolso.

4.2 bis Coeficiente de base o reembolsable

En el caso de los gastos médicos incurridos en países considerados «con medicina cara», fuera de la UE (en particular, Estados Unidos, Noruega y Suiza), el importe que debe pagar el afiliado puede ser en ocasiones muy elevado, a pesar de la aplicación del coeficiente de base reembolsable (véase el punto 6.5).

4.3. Reembolso especial

El afiliado puede tener derecho a un [reembolso especial](#) (artículo 72.3 del Estatuto) si los gastos a su cargo, que no están excluidos del ámbito de aplicación de dicho artículo (por ejemplo, por considerarse excesivos) y que no han sido reembolsados por ningún otro seguro, superan durante un período de 12 meses la mitad de su pensión mensual básica.

4.4. Anticipo por gastos médicos elevados

El anticipo solo es posible para los afiliados a título principal. Se concede con carácter excepcional y, en principio, está vinculado al importe de la pensión del afiliado. El tipo de gastos médicos potencialmente cubiertos por el anticipo figura en el [formulario](#) correspondiente.

Se requiere una estimación de los costes de la asistencia y de su fecha prevista. El afiliado debe pagar las facturas, solicitar el reembolso y, a continuación, el RCAM deducirá el importe del anticipo que se le debe de los reembolsos posteriores. Para el anticipo en caso de hospitalización, véase el punto 6.4.

4.5. Reembolso prioritario por gastos elevados

Por motivos de solidaridad, también se puede conceder un reembolso prioritario cuando el afiliado ha pagado él mismo sus gastos sanitarios. Se concede a los afiliados a título principal del RCAM que hayan pagado gastos médicos superiores a **600 euros**. El plazo máximo para enviar la solicitud de reembolso es de 15 días tras el pago de los gastos. Debe rellenar el [formulario](#) y adjuntarlo a la solicitud de reembolso.

5. Autorización previa al reembolso

5.1. Principios básicos

Para ser reembolsadas, algunas prestaciones médicas están sujetas a una autorización previa (AP). Para que se pueda realizar el reembolso (AP médica o dental) o para adaptar su porcentaje en caso de enfermedad grave (véase el punto 7), la solicitud de autorización previa (o su renovación) debe presentarse mucho antes del inicio del tratamiento o de la intervención. En caso de urgencia, se puede iniciar el tratamiento necesario antes de que se apruebe el reembolso.

El formulario de AP debe ir acompañado de una prescripción detallada del médico y de un informe médico completo que justifique los tratamientos. El médico asesor o el dentista asesor de la Oficina Liquidadora (Bruselas, Luxemburgo, Ispra) analiza el expediente y emite su dictamen sobre la funcionalidad de los tratamientos previstos.

5.2. ¿En qué casos es necesaria la autorización previa?

Este [formulario](#) detalla las prestaciones sujetas a una AP.

5.3. Cómo rellenar correctamente el formulario:

- ✓ es importante indicar para quién se solicita la AP: afiliado principal, cónyuge o pareja reconocida, hijo, persona asimilada a un hijo a cargo;
- ✓ compruebe que la prescripción y el informe médico estén completos y sean legibles (por ejemplo, problema médico a tratar, número de sesiones, tipo de tratamiento, duración, fecha). Si el informe médico está redactado en un idioma distinto al francés o al inglés, se recomienda adjuntar una traducción libre para acelerar la tramitación del expediente;
- ✓ cuando todos los documentos estén finalizados, debe enviarlos a la oficina liquidadora competente;
- ✓ envío de los documentos: en papel o en línea, pero no ambos.

5.4. Autorización previa y régimen nacional de salud

- ✓ Para el beneficiario de la complementariedad, es necesario justificar que el sistema público nacional al que está afiliado presenta deficiencias (tiempos de espera, falta de material para realizar el diagnóstico...). En este caso, la AP debe introducirse antes del inicio de los tratamientos;
- ✓ Para un beneficiario a título principal o un hijo beneficiario de la complementariedad, esta obligación no existe.

5.5. Autorización previa para el reembolso de gastos dentales

Se requiere una AP dental si la actuación no se considera tratamiento preventivo (véase el punto 3.6). Los casos son los siguientes:

- ✓ prótesis dentales (coronas, puentes, incrustaciones, prótesis completas, etc.). El reembolso de las coronas está sujeto a un [límite máximo](#);

- ✓ implantes: el reembolso se limita a 4 implantes por mandíbula, es decir, un máximo de 8 implantes por beneficiario a lo largo de toda su vida;
- ✓ periodoncia (tratamiento de las encías en adultos);
- ✓ oclusodoncia (férula oclusal);
- ✓ ortodoncia (aparatos dentales en niños).

Para las solicitudes en papel, se deben adjuntar los siguientes documentos al formulario de AP: la parte «presupuesto» del formulario que figura a continuación, las radiografías y el plan detallado del tratamiento. Estos documentos deben enviarse en un sobre cerrado con la mención «secreto médico» a la oficina liquidadora correspondiente.

Atención: Para el reembolso, se debe adjuntar una factura oficial detallada emitida por el dentista a la parte «honorarios» del [formulario](#) correspondiente.

5.6. Autorización previa para el reembolso de productos farmacéuticos

El reembolso de determinados [medicamentos](#) también requiere una AP previa presentación de un informe médico:

Si accede a RCAM en línea², en la pantalla principal, haga clic en la pestaña «búsqueda» y, a continuación, «Lista de productos farmacéuticos», verá si el medicamento es reembolsable y si está sujeto a una AP o no.

5.7. Autorización previa para el reembolso de los gastos de transporte

Todo depende de si el transporte es urgente o no.

- ✓ Transporte **urgente**: no se requiere una AP, basta con justificar la urgencia. El retorno sí requiere una AP.
- ✓ Transporte **no urgente**: se debe adjuntar a la solicitud de AP un certificado médico en el que se indique el motivo médico, el número de desplazamientos, el trayecto realizado y el medio de transporte necesario. Es posible solicitar una AP para una serie de desplazamientos. En este caso, deberá adjuntarse a la prescripción médica el kilometraje y el número de viajes (por ejemplo, sesiones de fisioterapia, quimioterapia).

El reembolso solo se produce en casos muy concretos:

- ✓ desde el centro hospitalario más cercano al domicilio;
- ✓ ida y vuelta para sesiones de radioterapia o quimioterapia;
- ✓ traslado de un centro hospitalario que no dispone del equipo necesario al centro más cercano que disponga de dicho equipamiento.

No se reembolsarán:

- ✓ los gastos de repatriación en caso de enfermedad o accidente;
- ✓ los gastos de transporte para una cura termal o de convalecencia;
- ✓ los gastos de transporte para la consulta de un médico generalista;

² Accesible únicamente a través de un acceso seguro denominado EU Login. Para mayor seguridad, sus datos están protegidos mediante autenticación de dos factores.

- ✓ los gastos de transporte en vehículo privado dentro de la ciudad, salvo tratamientos repetitivos pesados.

5.8. Autorización previa para el reembolso de una cura termal

- ✓ La estancia en un establecimiento termal oscila entre 10 y 21 días.
- ✓ Una cura debe incluir al menos dos tratamientos adecuados al día y no puede interrumpirse.
- ✓ La autorización para una cura está limitada a una al año, con un máximo de ocho a lo largo de la vida del beneficiario, para cada una de las patologías detalladas en las DGE. No obstante, es posible efectuar una cura al año siempre que se realice en el marco del tratamiento de una enfermedad grave reconocida o en el caso de psoriasis grave que no responda a los tratamientos convencionales.
- ✓ Al menos 6 semanas antes de la cura, envíe el formulario de AP acompañado de la prescripción médica del médico responsable independiente del centro de cura y un informe médico detallado, elaborado hace menos de 3 meses. Este informe especificará los antecedentes del paciente, la duración de la cura, la naturaleza de los cuidados que debe seguir y el tipo de centro termal autorizado en relación con la patología de que se trate.
- ✓ El informe médico también especificará los detalles de los tratamientos seguidos durante el año para la patología que necesite la cura.

5.9. Solicitud de reembolso

La [solicitud de reembolso](#) solo se presentará tras notificar al afiliado la autorización de reembolso del tratamiento solicitado. Esta notificación incluirá:

- ✓ la referencia de la autorización;
- ✓ el número de prestaciones reembolsables que se hayan concedido;
- ✓ cualquier observación del médico asesor;
- ✓ el periodo de validez de la autorización.

Atención: el periodo de validez es importante, ya que los tratamientos deben prestarse dentro de los límites estricto de este periodo y condiciona una posible solicitud de renovación.

6. Hospitalización

El RCAM reembolsa, en principio, del 80 % al 85 % de los gastos de hospitalización. Las prestaciones hospitalarias están sujetas a límites máximos. Se han celebrado [acuerdos](#) con clínicas y hospitales de Bélgica, Alemania y Luxemburgo para fijar los honorarios máximos de los médicos, así como los gastos de estancia en estos centros.

Atención: es importante tener en cuenta que el importe que deben abonar los afiliados puede ser elevado (superior al 15 % habitual). Por ello, se recomienda encarecidamente informarse con antelación sobre las tarifas que se aplicarán antes de la intervención o los tratamientos previstos. Se recomienda solicitar un presupuesto a los profesionales médicos o al hospital (véase el punto 6.3). Proporcionar esta estimación de costes es una obligación legal.

Para facilitar la gestión del expediente de reembolso de los gastos relacionados con la hospitalización, es útil enviar el informe de hospitalización elaborado por el médico o el cirujano.

Para más detalles, haga clic [aquí](#).

Caso especial: convalecencia y readaptación

Una cura de convalecencia es un periodo de recuperación en un centro de cuidados y readaptación, o un centro de convalecencia, donde el paciente continúa su curación y recupera progresivamente su autonomía tras una hospitalización. Este tipo de hospitalización es diferente de la hospitalización para revalidación o reeducación funcional. Una hospitalización para revalidación es un programa más intensivo, con objetivos de recuperación y terapéuticos claramente definidos. Una estancia de convalecencia, por el contrario, se centra en la recuperación general, haciendo hincapié en el reposo y la reanudación progresiva de las actividades de la vida cotidiana. El RCAM cubre los gastos de las curas de convalecencia y las curas postoperatorias si comienzan en los tres meses siguientes a la intervención quirúrgica o a la enfermedad para la que se han prescrito.

Para más detalles, haga clic [aquí](#)

6.1. Subrogación de pago

Si el afiliado debe hacer frente a gastos importantes, puede solicitar una subrogación de pago que le permita no tener que pagar por adelantado los gastos.

Sin embargo, no se trata de un derecho, sino de una posibilidad que ofrece el RCAM a sus afiliados y beneficiarios.

En un contexto de urgencia: en este caso, **el RCAM siempre concede** una carta de **subrogación de pago** dentro de la Unión Europea, incluso a posteriori.

Urgencia = ingreso (hospitalización) por el servicio de urgencias del hospital.

6.2. ¿Cuáles son los criterios de admisibilidad?

La subrogación de pago puede concederse según los siguientes criterios:

- ✓ en caso de **hospitalización**, incluso por un solo día, si esta tiene como objetivo:

- el tratamiento de afecciones médicas u operaciones quirúrgicas;
- la revalidación o reeducación funcional tras una enfermedad o una operación quirúrgica invalidante.
- el tratamiento de trastornos psiquiátricos;
- los cuidados paliativos;
- en el caso de **tratamientos ambulatorios intensivos**, en el contexto de una **enfermedad grave** (por ejemplo, quimioterapia);
- ✓ en caso de compras recurrentes de medicamentos costosos, uso recurrente de una ambulancia o un vehículo sanitario ligero o exámenes costosos, si el coste supera el 20 % de la pensión de base del afiliado.

6.3. Cómo rellenar correctamente el formulario

Lea atentamente el formulario y responda con precisión a todas las preguntas.

Atención: no olvide mencionar una estimación del coste global para los centros sanitarios (hospitales, clínicas, centros de rehabilitación) con los que no se ha celebrado ningún acuerdo y también en el caso de exámenes costosos, para que el RCAM pueda determinar si este coste supera el 20 % de la pensión del afiliado.

Los honorarios del cirujano y del anestesista deben separarse del coste de la intervención. El servicio que gestiona la subrogación de pago informará previamente al paciente si el coste a su cargo supera el 15 %, para que pueda negociar con el centro sanitario o cambiar de centro.

6.4. Cuando la subrogación de pago no es posible: el anticipo

En algunos Estados miembros, determinados hospitales y clínicas no aceptan la subrogación de pago por parte de la Comisión. En estos casos, se puede conceder un anticipo (véase el punto 4.4). Para ello, debe enviar al servicio de subrogación de pago el [formulario](#) de solicitud de anticipo para gastos médicos elevados, acompañado de una estimación de los costes. Este servicio le enviará una ficha financiera que deberá cumplimentar para abonar el importe en la cuenta del afiliado. También es posible solicitar un tratamiento prioritario de una solicitud de reembolso de gastos médicos (véase el punto 4.5).

6.5. Subrogación de pago en los países de la UE con medicina cara

Un número cada vez mayor de hospitales del Reino Unido o Portugal cobran tarifas muy elevadas. El

RCAM ofrece dos alternativas:

- ✓ El afiliado paga las facturas y solicita inmediatamente su reembolso utilizando la posibilidad de [reembolso prioritario para gastos elevados](#) (véase el punto 4.5).
- ✓ El afiliado solicita un [anticipo](#) y posteriormente paga las facturas (véase el punto 4.4).

6.6. Hospitalización fuera de la UE

En caso de hospitalización fuera de la Unión Europea (en particular, Estados Unidos, Suiza, Noruega), el procedimiento es bastante largo y complejo, especialmente en lo que se refiere a la gestión de los expedientes y la verificación financiera. Por este motivo, el RCAM no suele conceder la subrogación de pago, salvo en circunstancias excepcionales, como la admisión en urgencias. El afiliado tendrá las mismas opciones que en los países de la UE con una medicina cara (véase el punto 6.5). Se recomienda encarecidamente que, en caso de viajar a estos países, se contrate un seguro específico, del tipo asistencia, que cubra, entre otros, los gastos de transporte y repatriación no previstos por el RCAM.

7. Seguros complementarios CIGNA

7.1. Generalidades

La AIACE ha suscrito, a través de la correduría de seguros belga CIGNA, un contrato de seguro de «accidentes», similar al garantizado a los funcionarios activos en virtud del Estatuto, así como un contrato de seguro complementario de «hospitalización».

7.2. Seguro de «accidentes»

Este seguro ofrece cobertura mundial y puede contratarse hasta el día antes de cumplir los 80 años. Como complemento al reembolso del RCAM, indemniza el 100 % de los gastos médicos, independientemente de los límites máximos aplicables en virtud del RCAM. No obstante, el médico asesor de CIGNA puede reducir o denegar el reembolso de determinados gastos que considere no indispensables o excesivos. También prevé el pago de un capital en caso de fallecimiento o invalidez como consecuencia de un accidente. La Comisión deduce mensualmente la prima de este seguro del importe de la pensión. La prima se expresa en porcentaje de la pensión, por lo que su importe está vinculado al de la pensión.

Debe enviar la [declaración de accidente](#) y el certificado médico cumplimentados por el médico en un plazo máximo de 15 días a partir del accidente a:

CIGNA Eurprivilèges

PO Box 69

2140 AMBERES - Bélgica o a

benefits@cigna.com

Atención: para evitar la pérdida de su correo, si decide enviar los documentos por correo postal le recomendamos que lo haga mediante correo certificado.

Existe un [documento](#) que describe el historial de este seguro, sus características y sus diferentes opciones. Para solicitar el reembolso de los gastos incurridos, debe enviarse el desglose del RCAM y una copia de las facturas a la dirección postal mencionada anteriormente (se recomienda enviarlo por correo certificado).

7.3. Seguro de «hospitalización»

La AIACE ha suscrito con la misma correduría de seguros CIGNA un contrato que permite cubrir los gastos médicos derivados de una hospitalización o una intervención y que siguen corriendo a cargo del asegurado tras el reembolso del RCAM. El plazo para suscribirlo es el día antes de cumplir 69 años. El importe de la prima anual es fijo, pero está sujeto a una indexación anual. Se puede aplicar una posible revisión de esta prima previo acuerdo con la AIACE.

A partir del 1 de enero de 2026, los niños también podrán beneficiarse de este seguro, pagando una prima reducida. Consulta [la página web dedicada a los seguros](#).

Para solicitar el reembolso de los gastos contraídos, debe enviar el desglose del RCAM y una copia de las facturas a la misma dirección postal que para el seguro de «accidentes» o a:

claims082@eurprivileges.com

Existe un [documento](#) que describe las diferentes opciones de este seguro.

7.4. Contactos CIGNA

CIGNA organiza reuniones presenciales con cita previa en las oficinas de la AIACE en Bruselas o por videoconferencia.

Los puntos de contacto son los siguientes:

info@eurprivileges.com - teléfono: + 32 3 217 65 76.

7.5. Grupo «seguros»

La AIACE cuenta con un grupo «seguros» que supervisa el funcionamiento de estas pólizas, incluidas las tarifas. Este grupo también ofrece asesoramiento sobre seguros y ayuda a los afiliados en caso de dificultades en sus relaciones con la correduría de seguros CIGNA. Para cualquier pregunta, puede ponerse en contacto con este grupo en la siguiente dirección:

aiace.assurances@gmail.com

8. Chequeo médico

8.1. Generalidades

La Comisión ofrece a los pensionistas, cada dos años, [programas de chequeo médico](#) cuyos contenidos se basan en las mejores prácticas científicamente reconocidas y avaladas por las instancias médicas oficiales de las instituciones (Consejo Médico del RCAM).

- ✓ El contenido y la periodicidad del programa dependen de la edad y el sexo del beneficiario.
- ✓ El chequeo médico puede realizarse en un centro «homologado» con el que la PMO haya firmado un contrato o en un centro de su elección.
- ✓ Las pruebas previstas en el programa se reembolsan al 100 % en los centros autorizados que facturarán a la Comisión (facturación directa), o hasta el límite máximo aplicable en los demás centros.

8.2. ¿A quiénes están dirigidos los programas de chequeo médico?

El chequeo médico está dirigido a todas las personas mayores de 18 años cubiertas por el RCAM a título principal o complementario. Los cónyuges que disfrutan de una cobertura primaria tienen exactamente los mismos derechos. Sin embargo, en el caso de los cónyuges con cobertura complementaria, el derecho a la facturación directa (factura enviada directamente desde el centro «autorizado» a la Comisión) por parte del RCAM a un centro autorizado solo se aplica a las personas que residen en países cuyo sistema nacional de salud no cubre los gastos de chequeo médico: Dinamarca, Finlandia, Italia, España, Portugal, Grecia, Irlanda, Suecia y Eslovaquia. En los demás países de la UE, un cónyuge con cobertura complementaria no puede beneficiarse de la facturación directa, sino que deberá pagar la factura o facturas y solicitar posteriormente el reembolso a su régimen nacional de seguridad social antes de que el RCAM le reembolse.

8.3. ¿Cómo se organiza el chequeo médico?

Hay **dos tipos de chequeo médico** para los jubilados:

- ✓ para las mujeres a partir de 60 años: programa 3 cada dos años;
- ✓ para los hombres a partir de 60 años: programa 6 cada dos años.

8.4. Posibles opciones

- El programa puede realizarse en un centro «autorizado» (con el que la PMO ha firmado un acuerdo), que es la solución más sencilla y económica, ya que en este caso se beneficia de la facturación directa;
- Ya sea con médicos o en centros no autorizados porque es la elección del afiliado o porque no hay ningún centro «autorizado» disponible en su país de residencia (libre elección). En este caso, debe pagar las pruebas y solicitar posteriormente su reembolso.

³ Se puede acceder a los programas, centros y documentos a través de un acceso seguro denominado EU Login. Para mayor seguridad, sus datos están protegidos mediante autenticación de dos factores.

8.5. Procedimiento que debe seguirse

Antes de comenzar los exámenes, [solicite una «invitación»](#) a través del RCAM en línea⁴ o creando un [ticket a través el formulario de contacto](#) o llamando al + 32 2 291 11 11 (de lunes a viernes de 9:30 h a 12:30 h, seleccionando el 1 y luego el 4) o por correo postal a la siguiente dirección:

Commission européenne RCAM-Médecine préventive
1049 Bruxelles
Belgique

Una vez validada, esta invitación incluye varios documentos:

- la carta de invitación: será «con facturación directa» si ha elegido un centro «autorizado» o «sin facturación directa» si ha elegido un centro de su elección, pero no autorizado.
- una nota explicativa para el médico;
- los detalles del programa, que deberá firmar y hacer firmar y completar por el médico durante la consulta inicial (véase más adelante);
- una declaración relacionada con su participación en el programa de chequeo médico, que debe firmar y fechar.

La carta de invitación tiene una validez máxima de 18 meses y especifica si se trata de una facturación directa o no.

Atención: la fecha del último examen determina la periodicidad del siguiente programa.

8.6. Etapas del programa

- Concierte **una cita** en el centro autorizado y especifique que se trata de un programa de chequeo médico y cuál es, o concierte una cita con su médico si se trata de una invitación libre (cuando se trate de un centro no autorizado).
- El médico del centro o su médico de cabecera (según el tipo de invitación) le prescribirá las pruebas recomendadas entre las «pruebas estándar» del programa. Si el médico le propone pruebas no previstas en el programa o para las que usted no cumple los requisitos de edad o periodicidad, solicite una autorización previa (véase el punto 5).
- Realice sus exámenes en un centro «autorizado» o con el médico (su médico de cabecera o un médico del centro médico de su elección).
- En el caso de una invitación libre: solicite **una consulta final** al mismo médico que realizó la consulta inicial. Esta consulta puede sustituirse por un informe médico en el caso de una invitación con un centro no autorizado.

8.7. Normas de reembolso

- El reembolso asciende al 100 % dentro de los límites máximos. Sin embargo, preste atención al umbral de excesividad.
- En el caso de una carta de invitación con facturación directa y exámenes en un centro «autorizado»: no tiene que pagar nada, todos los gastos se facturan al RCAM. Por el contrario, debe pagar las consultas iniciales y finales del médico de su elección y solicitar posteriormente el reembolso al RCAM.

⁴ Accesible únicamente a través de un acceso seguro denominado EU Login. Para mayor seguridad, sus datos están protegidos mediante autenticación de dos factores.

- En el caso de una carta de invitación sin facturación directa en un centro no autorizado: debe pagar todos los gastos y solicitar posteriormente el reembolso al RCAM.
- En caso de que se «añadan» pruebas (véase anteriormente), debe pagarlas. Si se acepta la autorización previa, debe solicitar el reembolso y, si no se acepta, debe presentar una solicitud de reembolso normal.

Atención: si el médico prescribe pruebas no previstas en el programa o para las que no se cumplen las condiciones de edad o periodicidad (por ejemplo, mamografía a partir de los 50 años o colonoscopia una vez cada 10 años), estas pueden añadirse al programa con o sin autorización previa. Para ello, deberá seguir el procedimiento habitual de solicitud de AP (véase el punto 5) y adjuntar una copia del programa completado por el médico, así como un justificante médico expedido por el médico. Estas pruebas añadidas deberán pagarse y podrán ser objeto de un reembolso del 100 % si se concede la AP o de un reembolso estándar si se deniega la AP.

Atención: existe un [formulario especial de reembolso](#) «programa de chequeo médico del RCAM». Debe realizar una solicitud única por programa.

Documentos obligatorios que deben adjuntarse a esta solicitud de reembolso:

- los certificados de tratamientos médicos;
- las facturas de las pruebas;
- las posibles autorizaciones previas;
- en caso de que se aplique la complementariedad: los certificados de las cantidades percibidas del régimen nacional.

9. Reconocimiento de enfermedad grave

9.1. Criterios de reconocimiento

Es posible solicitar el reconocimiento de una enfermedad grave, previo dictamen del médico asesor, si la enfermedad cumple los cuatro criterios siguientes:

- pronóstico vital desfavorable;
- evolución crónica;
- necesidad de medidas diagnósticas y/o terapéuticas importantes;
- presencia o riesgo de discapacidad grave.

Debe adjuntar al [formulario de solicitud](#) un informe médico que indique: la fecha del diagnóstico y el diagnóstico preciso, la fase de evolución, las posibles complicaciones y el tratamiento necesario. Debe enviar estos dos documentos en un sobre cerrado al médico asesor del Centro de gestión correspondiente.

9.2. Periodo de validez del reconocimiento

Limitado a 5 años. Antes de la fecha de vencimiento, se puede solicitar una prórroga, con un informe médico que especifique:

- la evolución de la enfermedad;
- el tratamiento y/o la supervisión que aún sean necesarios.

Si la situación evoluciona, la decisión podrá revisarse tras una nueva solicitud. En caso de remisión, es importante señalar que las visitas de seguimiento también pueden ser objeto de reembolso utilizando el formulario «enfermedad grave».

9.3. Enfermedades consideradas graves

De conformidad con el Estatuto, se consideran enfermedades graves la tuberculosis, la poliomielitis, el cáncer, las enfermedades mentales y otras enfermedades reconocidas de gravedad comparable. Otras afecciones (por ejemplo, la DMAE) pueden reconocerse como enfermedades graves en determinadas condiciones, en particular teniendo en cuenta las consecuencias médicas de la patología, que deben detallarse claramente en el informe médico.

9.4. Reembolso

El porcentaje de reembolso de los gastos contraídos en caso de enfermedad grave reconocida, y únicamente estos, es del 100 % sin límite máximo, salvo en algunos casos debidamente especificados en las Disposiciones Generales de Ejecución (DGE) (por ejemplo: asistencia a enfermos o gastos dentales). No obstante, el reembolso de estos gastos puede limitarse en caso de que los precios aplicados sean excesivos (véase el punto 4.2). No olvide indicar en el formulario de reembolso el número de referencia de la decisión relativa al reconocimiento de enfermedad grave.

10. Dependencia

Residencias de ancianos asistidas y cuidado de enfermos a domicilio

10.1. Reconocimiento de la dependencia: documentos que deben presentarse

- Evaluación de la autonomía funcional (aspectos físicos);
- Evaluación espacio-temporal (aspectos cognitivos);
- Declaración de ayuda financiera complementaria en la que se indique si se dispone de otro sistema de seguro;
- Informe o prescripción médicos que explique los motivos por los que el afiliado debe permanecer en una residencia de ancianos asistida o debe recurrir al servicio de asistencia domiciliaria.

El médico responsable deberá rellenar un [formulario de evaluación de la autonomía](#) y una [declaración de posible ayuda económica](#), así como elaborar un informe.

También debe enviarse una [solicitud de autorización previa](#) (AP) (véase el punto 5). Este formulario es idéntico tanto para una estancia en una residencia de ancianos asistida como para el cuidado de enfermos a domicilio. Se deberá rellenar el mismo formulario para los gastos de transporte no urgentes, por ejemplo, desde la residencia asistida hasta el domicilio.

En el caso de las residencias de ancianos asistidas, se deben entregar otros documentos como un plan de cuidados detallado y una factura proforma.

Todos estos documentos deben enviarse al médico asesor, quien determinará el grado de dependencia del afiliado.

Se podrá solicitar [la subrogación de pago de los gastos relacionados con la atención en una residencia de ancianos asistida](#) pero solo se podrá tramitar una vez se conozca la información relativa al centro y la duración de la estancia.

10.2. Residencias de ancianos asistidas

Los gastos de asistencia se reembolsan en un 85 % o en un 100 % si están vinculados con una enfermedad grave. (Atención siempre a la excesividad).

Para los gastos de estancia residencial: con un límite máximo de 36 euros al día (en Bélgica).

Para los gastos no residenciales (en centros de día): con un límite máximo de 18 euros al día (en Bélgica).

Atención: hay que dejar claro a estos centros que los pensionistas no están afiliados al sistema nacional de seguridad social y que, en principio, no pueden beneficiarse de las ayudas nacionales o locales. En estas condiciones, es preferible que las facturas se dividan en dos partes, una para los gastos de estancia (por ejemplo, x días a y euros) y otra para los gastos de asistencia colectiva. Los demás gastos, como las visitas médicas, los análisis, los medicamentos y los gastos de transporte en ambulancia se tramitan mediante las solicitudes de reembolso habituales.

Cabe señalar que, muy a menudo, para garantizar la solvencia de las personas que desean ingresar en una residencia de ancianos, se les pedirá que indiquen el importe de sus ingresos. Este es uno de los pocos casos en los que se debe presentar el boletín de pensión con el importe.

En caso de factura a tanto alzado, esta separación de gastos se realiza en función del grado de dependencia:

- ✓ grado 1 (el más alto): 70 % cuidados - 30 % estancia;
- ✓ grado 2: 60 % cuidados - 40 % estancia;
- ✓ grado 3: 50 % cuidados - 50 % estancia;
- ✓ grado 4: 30 % cuidados - 70 % estancia.
- ✓ el grado 5 no da derecho a reembolso.

10.3. Cuidado de enfermos a domicilio

1. Si el cuidador depende de un organismo oficial (por ejemplo, la Cruz Roja) o de un **organismo no oficial** (cooperativa/empresa/servicio privado), debe adjuntar:

- una copia de los estatutos que demuestren que la organización está reconocida para prestar servicios de cuidado de enfermos;
- una copia del contrato firmado entre este servicio y el afiliado;
- el contrato en debida forma entre la organización y la(s) persona(s) que presta(n) los servicios de cuidado de enfermos, de conformidad con la legislación nacional del país en el que se prestan dichos servicios.

El contrato debe estipular, en particular:

- la naturaleza de los servicios de cuidado de enfermos que deben prestarse (sin tareas domésticas);
- el número de horas que se prestarán;
- el nombre del cuidador o cuidadores;
- la tarifa horaria aplicable.

2. Si el cuidador ejerce en un marco liberal oficial, debe adjuntar:

- la prueba de que está oficialmente reconocido para prestar servicios de cuidado de enfermos cuando así lo prevea la legislación nacional, y/o la copia del registro de la actividad liberal de cuidado de enfermos ante los servicios nacionales competentes;
- la copia del contrato firmado entre el cuidador y el afiliado, de conformidad con la legislación nacional del país en el que se prestan los servicios de cuidado de enfermos.

El contrato debe estipular los mismos elementos recogidos en el punto 1.

3. Si el cuidador está contratado por el afiliado, debe adjuntar:

- **el contrato de trabajo** en debida forma y/o el contrato de seguro específico para el empleo de cuidador (de acuerdo con las disposiciones de la legislación nacional del país en el que se prestan los servicios de cuidado de enfermos). El contrato debe estipular claramente que se trata de servicios de cuidado de enfermos y no de tareas domésticas;
- **la prescripción médica del médico que trata** al beneficiario, en la que se mencione el nombre del cuidador, se certifique que este tiene las competencias necesarias y que puede prestar los servicios;
- **copia de un documento de identidad** del cuidador;
- copia del permiso de residencia (en el caso de ciudadanos no pertenecientes a la UE);
- la prueba de inscripción en la seguridad social de conformidad con la legislación nacional del país en el que se prestan los servicios de cuidado de enfermos (las cargas sociales relativas a los contratos de trabajo y/o las primas de seguro que se incluyen en los gastos de cuidado de enfermos y que son reembolsables a este título sobre la base de la prueba de pago de las cotizaciones);
- la tarifa horaria aplicable.

Para poder beneficiarse del reembolso de los gastos correspondientes al cuidado de enfermos, debe presentarse un formulario de solicitud de reembolso: debe estar fechado, firmado y mencionar únicamente los importes de la factura por gastos de cuidado de enfermos relativos al mes anterior (y nunca facturas quincenales o de varios meses). Debe ir acompañado de:

- En los casos previstos en los puntos 1 y 2: la factura (conforme a la legislación del país en el que se prestan los servicios), en la que debe figurar la siguiente información:

- número de factura;
- número de identificación de la empresa/número de IVA;
- fecha de la factura;
- nombre del beneficiario;
- nombre del/de la/los cuidador(es);
- denominación exacta de «servicios de cuidado de enfermos»;
- número de horas prestadas y precio unitario y total.

- En los casos previstos en el punto 3:

copia de la nómina mensual y de los pagos de las cotizaciones sociales.

Si la factura se refiere a un/a cuidador/a cuyo nombre no figura en el contrato, el reembolso solo podrá efectuarse si se ha establecido una cláusula adicional al contrato y se ha concedido una nueva AP antes de la facturación.

A falta de los documentos solicitados, no se podrá conceder la AP y no se reembolsarán las prestaciones correspondientes.

El **importe del reembolso** de las prestaciones por cuidados de enfermos depende de la duración (menos de 60 días y más de 60 días). Está sujeto a un límite máximo. En el caso de prestaciones por cuidados de enfermos de más de 60 días, el límite máximo depende del grado de dependencia y del nivel de la pensión.

Aparatos ortopédicos, otro material médico y ayuda doméstica

El reembolso de los gastos vinculados a estos aparatos, así como a la ayuda doméstica, está sujeto a un **límite máximo**.

10.4. Cama medicalizada

Requisitos que deben cumplirse: la necesidad debe estar reconocida y la cama debe estar prescrita por un médico.

Procedimientos que deben seguirse: debe adjuntar a la prescripción médica una solicitud de autorización previa (AP) (véase el punto 5).

Formularios que deben rellenarse: solicitud de AP, no renovable para la compra.

Condiciones de reembolso: 85 % con un límite máximo para la compra. La reparación o el uso en un centro médico no son reembolsables.

Alquiler inferior a 3 meses: prescripción médica. Se reembolsa el 85 %.

Alquiler superior a 3 meses: prescripción médica y solicitud de AP. Se reembolsa el 85 %.

10.5. Silla de ruedas sencilla, propulsión personal

Requisitos que deben cumplirse: la necesidad debe estar reconocida y el aparato debe estar prescrito por un médico. Procedimiento que debe seguirse: debe adjuntar a la prescripción médica una solicitud de autorización previa (véase el punto 5).

Formularios que deben rellenarse: solicitud de AP (válida durante 5 años).

Alquiler inferior a 3 meses: prescripción médica. Se reembolsa el 85 %.

Alquiler superior o igual a 3 meses: prescripción médica y solicitud de AP (válida durante 5 años). Se reembolsa el 85 %.

Condiciones de reembolso: el importe máximo reembolsable está limitado tanto para la compra como para el alquiler. En caso de necesidad a largo plazo, es preferible la compra. El alquiler puede transformarse en compra durante el periodo de alquiler, pero el importe reembolsable sigue estando sujeto a un límite.

Los gastos de mantenimiento, incluidas las ruedas, no son reembolsables. Los gastos de reparación son reembolsables previa autorización.

10.6. Material para la incontinencia

Se requiere una prescripción médica y una solicitud de AP (véase el punto 5). Este material se reembolsa al 85 % con un límite máximo.

10.7. Silla con orinal, silla de ducha (en el domicilio)

Compra: prescripción médica y solicitud de autorización previa no renovable. Se reembolsa el 85 % con un límite máximo.

Alquiler inferior a 3 meses: prescripción médica. Se reembolsa el 85 %.

Alquiler superior o igual a 3 meses: prescripción médica y solicitud de AP. Se reembolsa el 85 %. La reparación no es reembolsable.

10.8. Andador con dos ruedas y asiento

Compra: prescripción médica y solicitud de autorización previa no renovable. Se reembolsa el 85 % con un límite máximo.

Alquiler inferior a 3 meses: solo prescripción médica. Se reembolsa el 85 %.

Alquiler superior o igual a 3 meses: prescripción médica y solicitud de autorización previa. Se reembolsa el 85 %. Las reparaciones no son reembolsables.

10.9. Aparato para la apnea del sueño

Se prevé el reembolso de la compra o el alquiler de un aparato que garantice la ventilación con presión positiva continua (en inglés, CCAP, Continuous Positive Airway Pressure), que permite tratar determinados trastornos respiratorios, en particular el síndrome de apnea del sueño (SAS). Los accesorios y el mantenimiento también son reembolsables.

La necesidad del material debe ser reconocida y el aparato debe ser prescrito por un neumólogo, acompañando la prescripción de una prueba de sueño sin equipo y con equipo.

Debe adjuntar a la prescripción médica una solicitud de AP para la compra (véase el punto 5), excepto en el caso de un alquiler inferior a 3 meses o un alquiler superior o igual a 3 meses. En el caso de una compra en la que sea necesaria la AP, su duración es de 5 años.

Atención: tras la sentencia del Tribunal de Justicia del 16 de diciembre de 2020, se mantiene el límite máximo de reembolso de 1700 euros para la compra, pero se suprime ese mismo límite máximo que se aplicaba hasta ahora al alquiler a largo plazo. La tasa de reembolso es del 85 % para la compra, al igual que para el alquiler. Se recomienda optar primero por un alquiler de 3 meses y luego pasar a la compra o al alquiler a largo plazo. La solicitud de autorización previa para el alquiler de larga duración puede transformarse en compra. En este caso, los accesorios y el mantenimiento son reembolsables en un

85 % a partir de un año después de la compra, con un límite máximo de 350 euros al año sin prescripción médica.

10.10. Ayuda doméstica

La concesión de una ayuda económica para el pago de tareas domésticas está vinculada a una situación de dependencia reconocida (véase el punto 10.1). En este caso, el organismo competente no es el RCAM, sino la DG de Recursos Humanos (HR). Condiciones que deben cumplirse: la ayuda está sujeta a un límite máximo de ingresos. Procedimiento que debe seguirse: obtener un certificado del médico que determine el estado de dependencia y dirigirse a los servicios sociales de la Comisión según su lugar de residencia (véase el punto 13).

11. Qué hacer en caso de fallecimiento

Debe consultar el documento de la Comisión: [Disposiciones en caso de fallecimiento de un pensionista](#).

Independientemente de los demás trámites que figuran en dicho folleto, hay que tener en cuenta dos puntos adicionales:

11.1. ¿Qué hacer con los recibos de los gastos médicos del fallecido o de sus derechohabientes?

La solicitud de reembolso debe presentarse sin demora por correo postal a la Oficina Liquidadora, rellorando el formulario en papel y adjuntando los gastos médicos incurridos. La solicitud puede ser firmada por un heredero, que deberá indicar su identidad debajo de su firma.

11.2. Cuenta bancaria en la que se ingresará la pensión de supervivencia

En algunos Estados miembros, la cuenta bancaria del fallecido se bloquea en el momento del

fallecimiento. En este caso, se debe enviar al servicio de «pensiones» la [ficha financiera](#) en la que se especifican los

datos de la cuenta bancaria en la que se ingresarán los tres meses de pensión completa y la pensión de supervivencia a los beneficiarios del fallecido. También es útil indicar al servicio de «pensiones» el nombre y la dirección postal del notario que liquidará la sucesión del fallecido.

12. Procuración: designación de una persona de confianza para todas sus gestiones con la PMO

En caso de que el afiliado ya no pueda gestionar su expediente médico, por razones médicas o relacionadas con la edad, puede otorgar una procuración a una persona de confianza que haya designado (hijos, nietos o familiares) que firmará y presentará las solicitudes al RCAM y se pondrá en contacto con la PMO para cualquier pregunta relacionada con sus gastos médicos, pensión o asignaciones.

Para ello, deberá completar el [formulario de procuración](#) y enviarlo por correo a la dirección que figura al final del mismo. Si el afiliado no puede enviar el formulario completo personalmente, un [embajador/voluntario de la AIACE podrá enviar una copia escaneada](#).

Nota: La opción de enviar el documento a través de Service Now, como se menciona al final del documento, no está disponible para los pensionistas.

Gracias de antemano por completar el documento.

**** Procuración en la acepción 2 del Diccionario de la RAE:**

Comisión o poder que alguien da a otra persona para que en su nombre haga o ejecute algo.

13. ¿A qué oficina liquidadora se deben enviar los documentos?

En [el documento adjunto](#) encontrarás los datos de contacto de las tres oficinas de liquidación según tu lugar de residencia.

14. ¿Dónde encontrar la información? ¿Dónde encontrar ayuda?

- En la [página web](#) de AIACE Internacional.
- A través de los «[embajadores](#)» de las secciones nacionales de la AIACE, que actúan como enlace entre los jubilados y la administración de la Comisión en materia de seguro médico y pensiones.
- A través de los [coordinadores de los voluntarios sociales](#) de las secciones nacionales de la AIACE
- A través de **los asistentes sociales** de las instituciones cuyos datos de contacto figuran en el siguiente documento: [Servicios sociales para jubilados y sus familias](#).
- A través del número de teléfono único de la PMO: + 32 2 291 11 11. Después de seleccionar el idioma (FR/EN), marque el 2 para pensionistas, la opción **1** para seguro médico, la opción **2** para pensiones y la opción 5 para problemas con EU Login y las aplicaciones informáticas de la Comisión.

