



Oficina de Gestión y Liquidación

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

GUÍA PRÁCTICA

Para facilitarle los trámites, como afiliado al Régimen Común de Seguro de Enfermedad de las instituciones de la Unión Europea (en lo sucesivo, RCSE), esta guía práctica le ofrece un resumen fácilmente comprensible de las normas por las que se rige el reembolso de sus gastos médicos (Disposiciones Generales de Aplicación - DGA), en vigor desde el 1 de julio de 2007.

En caso de eventuales diferencias, la referencia será el marco normativo RCSE (Reglamentación común RCSE y DGA).

Índice

1. Consultas y visitas médicas.....	7
2. Hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas	9
3. Prestaciones derivadas de una situación de dependencia	11
4. Productos farmacéuticos.....	13
5. Cuidados y tratamientos dentales	14
6. Análisis y exámenes médicos	15
7. Embarazo, parto e infertilidad	16
8. Tratamientos médicos terapéuticos varios	18
9. Auxiliares médicos.....	22
10. Cura de convalecencia y postoperatoria	23
11. Cura termal	24
12. Gafas.....	26
13. Lentillas	27
14. Aparatos auditivos	28
15. Aparatos ortopédicos y demás material médico	29
16. Gastos de transporte de un beneficiario del RCSE	30
17. Gastos funerarios	31
18. Vacaciones	31
Más información... ..	32

EN POCAS PALABRAS...

¿Quiénes son los beneficiarios del RCSE?

- Los **afiliados**:
 - funcionarios
 - agentes temporales
 - agentes contractuales
 - pensionistas o beneficiarios de una indemnización por cese de funciones
 - miembros de determinadas instituciones
 - Las **personas aseguradas a través de un afiliado**:
 - hijos a cargo
 - cónyuges
 - parejas de hecho reconocidas
- Para estas dos últimas categorías, se aplican determinadas restricciones (sección I, capítulo II de las DGA).

→ Véase el apartado *Más información...*

Tipo de reembolso: ¿cuánto se reembolsa?

Cuando se procede al cálculo de su declaración, se aplica un tipo de reembolso a cada gasto efectuado.

80 %: tipo básico para los gastos siguientes:

- odontología y tratamientos dentales
- tratamientos varios
- auxiliares médicos y cuidadores
- curas termales
- gastos de transporte

85 %: tipo básico para los gastos siguientes:

- consultas y visitas médicas
- intervenciones quirúrgicas
- hospitalización
- productos farmacéuticos
- exámenes médicos
- análisis de laboratorio
- gafas y lentes de contacto
- aparatos ortopédicos y material médico vario

100 %: tipo de reembolso que se aplica únicamente para los gastos efectuados en caso de enfermedad grave reconocida como tal.

Las enfermedades reconocidas como enfermedades graves son dolencias que reúnen, en distinto grado, los cuatro criterios siguientes:

- pronóstico vital desfavorable
- evolución crónica
- necesidad de medidas diagnósticas o terapéuticas mayores
- existencia o riesgo de discapacidad grave

De conformidad con el Estatuto, las enfermedades como la tuberculosis, la poliomiélitis, el cáncer, las enfermedades mentales se consideran graves.

La cobertura al 100 % se aplicará en el período estimado para el tratamiento de una enfermedad grave, con un máximo de 5 años. La fecha de inicio es, en general, la fecha del diagnóstico de la enfermedad reconocida como grave.

Al final de este período podrá presentarse una solicitud de prórroga junto con un informe médico. Dicho informe deberá especificar:

- la evolución de la enfermedad
- el tratamiento o vigilancia que se siguen considerando necesarios.

Si, en esta fase, la enfermedad ha dejado de cumplir los cuatro criterios, no podrá concederse la prolongación de la cobertura al 100 %.

En caso de evolución de la situación, la decisión podrá revisarse a raíz de una nueva solicitud.

Atención:

Determinadas prestaciones están sujetas a un límite máximo de reembolso, incluso en caso de enfermedad grave reconocida como tal.

Límites máximos de reembolso

El límite máximo se define como el importe máximo reembolsable para una prestación. Por lo tanto, el tipo de reembolso no representa en ese momento el 80 %, el 85 % o el 100 %, ya que es de aplicación el límite máximo del reembolso. Por ejemplo, una consulta a un médico generalista no puede superar 35 €. Se reembolsará el 85 % hasta un máximo de 35 €.

Coeficientes de igualdad

Los importes indicados en el folleto son los que se practican en Bélgica. Se aplicará un coeficiente de igualdad a estos importes cuando la prestación se realice en otro Estado miembro, con el fin de garantizar la igualdad de trato.

Gastos excesivos (Artículo 20, apartado 3)

Cuando no se haya fijado ningún límite máximo de reembolso (incluso en caso de enfermedad grave reconocida como tal), la parte de los gastos que sea superior a los precios normales practicados en el país en el que se hayan realizado las prestaciones podrá excluirse del reembolso.

La parte del gasto que se considere excesiva será determinada, caso por caso, por la Oficina de Liquidaciones, previo dictamen del médico asesor.

Prescripción médica: para tener derecho al reembolso

Información que deberá figurar en cualquier receta o prescripción:

- nombre y datos oficiales del médico
- nombre y apellidos completos del paciente
- naturaleza de los actos médicos (tipo de tratamiento, número de sesiones)
- o denominación de los medicamentos prescritos o del producto activo
- fecha
- firma del médico

Atención: la receta deberá haber sido expedida menos de 6 meses antes del primer tratamiento o de la compra de los medicamentos.

Justificantes

Solo podrá reembolsarse una prestación si está prescrita y realizada por un profesional legalmente autorizado para ejercer la profesión médica o paramédica, o en un centro debidamente autorizado por las autoridades competentes.

Los recibos y facturas deberán ajustarse a la legislación del país en el que se hayan emitido y deberán incluir las siguientes menciones:

- nombre y apellidos completos del paciente
- características del acto o actos médicos
- fechas y honorarios percibidos por cada acto médico
- nombre y datos oficiales del prestatario del tratamiento

En Bélgica, es siempre obligatorio un certificado de asistencia que indique la cantidad pagada o un recibo válido a efectos fiscales. A partir del 1 de enero de 2015 no podrá hacerse ningún reembolso sin el documento oficial.

En lo que se refiere más específicamente a los prestatarios que no estén facultados para expedir certificados de asistencia (psicólogos, osteópatas, podólogos y pedicuras médicas en Bélgica), son recibos de un cuaderno cuyo modelo será fijado por el Ministerio de Hacienda; en anexo se encuentran ejemplos correspondientes a las distintas categorías de prestaciones. En caso de pago por transferencia bancaria a su prestatario, podrá adjuntar una nota de honorarios debidamente cumplimentada con la prueba de pago.

En Italia, su prestatario deberá expedirle una factura (véase el anexo).

Atención:

No podrá pedirse un reembolso de anticipos o provisiones de honorarios. Se adjuntarán a la factura final con todos los detalles de las prestaciones en el momento de solicitar el reembolso.

Recordatorio: No se reembolsará el coste de la asistencia sanitaria prestada por un profesional médico o sanitario a un miembro de su familia que sea beneficiario del RCSE.

Autorización previa

Se trata de un procedimiento necesario para determinados reembolsos, que deberá presentar a su oficina de liquidaciones.

La solicitud de autorización previa deberá presentarse antes del inicio del tratamiento. Su aceptación es necesaria para poder solicitar el reembolso de las prestaciones. Sin embargo, no es necesario esperar a la decisión del Jefe de la oficina de liquidaciones para iniciar el tratamiento. Dicha decisión cubrirá un determinado período y bien un número de tratamientos, bien un importe máximo reembolsable. El reembolso se efectuará dentro de los límites de la mencionada decisión.

La solicitud de autorización previa consta de varios documentos:

- formulario de autorización previa o solicitud a través del RCSE en línea
- prescripción médica detallada
- informe médico completo o presupuesto (según las prestaciones de que se trate)

Envíe el expediente completo a su oficina de liquidaciones por correo o a través del RCSE en línea.

La decisión sobre la solicitud se tomará previo dictamen del médico asesor, que deberá pronunciarse en cuanto a la coherencia médica de la prestación.

Subrogación de pagos - Anticipos

La subrogación del pago por el RCSE permite que el hospital envíe la factura de hospitalización directamente al seguro enfermedad, que efectuará el pago directo. El hospital no está obligado a aceptar la subrogación.

La solicitud deberá ser presentada previamente por el afiliado. Se concederá en los siguientes casos:

- hospitalización: incluye las facturas principales y las de los cirujanos y del anestesista
- tratamientos ambulatorios mayores: en el marco de una enfermedad grave reconocida como tal, por ejemplo radioterapia, quimioterapia o diálisis
- adquisición periódica de medicamentos costosos, como hormonas de crecimiento, utilización iterativa de ambulancias o vehículos sanitarios ligeros (VSL) o en el caso de determinadas pruebas costosas

A falta de un acuerdo, no olvide indicar en la solicitud la fecha de ingreso prevista y el coste diario de la habitación o una estimación del coste global.

Tenga presente que, después de la tarificación, una parte de los costes (a veces elevada) correrá a su cargo; en caso de viaje a países cuya medicina es costosa, se recomienda cubrir esos riesgos mediante un seguro.

Si usted opta por la subrogación, las facturas en cuestión serán pagadas, previa recepción y una primera comprobación, por la oficina de liquidaciones que le corresponda. Si desea copias de las facturas podrá dirigirse al hospital. Se recomienda proporcionar a su oficina de liquidaciones -sector de subrogaciones de pagos- toda la información pertinente en relación con su estancia y facturación.

Podrán concederse anticipos de reembolso en determinadas circunstancias con el fin de cubrir gastos importantes (rellene el formulario de solicitud de anticipo y envíelo a su oficina de liquidaciones).

Atención:

La subrogación de pagos es una ayuda financiera, no una garantía de reembolso. Son de aplicación todos los procedimientos de cara al reembolso.

Solicitud de reembolso

Puede presentar su solicitud de reembolso por vía electrónica a través de «RCSE en línea» <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>. La protección de sus datos está garantizada gracias a la conexión segura vía ECAS (véase también al final de este documento «Más información...»). Deberá obligatoriamente conservar sus documentos originales durante 18 meses a partir de la fecha de recepción de su liquidación.

De forma alternativa, los afiliados pueden presentar las solicitudes de reembolso a su oficina de liquidaciones mediante un formulario, adjuntando los justificantes originales.

En caso de solicitud de reembolso complementario, es obligatorio adjuntar una copia de la factura original pagada acompañada de información detallada sobre los reembolsos percibidos en virtud de otro régimen

PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE REEMBOLSO

1. CONSULTAS Y VISITAS MÉDICAS

Consulta: en el consultorio del médico.

Visita médica: el médico se desplaza al domicilio del paciente o al hospital.

¿En qué pueden consistir una consulta o una visita?

- unas preguntas al enfermo
- un examen clínico
- en su caso, una prescripción

¿Qué está incluido también en la consulta o en la visita?

- Medios de diagnóstico como: toma de tensión arterial, frotis
- extracción de sangre
- análisis de orina
- inyecciones
- vacunas
- apósitos
- certificado médico
- gastos derivados de la visita o consulta, así como gastos de desplazamiento del médico

Previo dictamen del médico asesor, podrán no reembolsarse las consultas repetitivas si éste considera que no están justificadas.

1.1. ¿CUÁNTO SE REEMBOLSA?

Honorarios	Tipo de reembolso	Límite máximo ¹	Tipo en caso de enfermedad grave reconocida como tal
Generalista	85 %	35 €	100 %
Especialista	85 %	50 €	100 %
Visitas urgentes, de noche, en fines de semana o festivos	85 %	---	100 %
Consulta del médico de cabecera por teléfono, correo o correo electrónico	85 %	10 €	10 €
Eminencia médica	85 %	150 €	100 %

Información:

¿Qué es una **eminencia médica**? Se trata de un médico especialista, reconocido a escala internacional en un ámbito específico, responsable de un equipo de investigación y autor de publicaciones. No obstante, el reembolso está **limitado a dos visitas anuales para la misma enfermedad**, y únicamente previa autorización.

1.2. NO SE REEMBOLSARÁN

- las consultas por Internet
- las visitas a las que el paciente no haya acudido
- los gastos de envío de informes médicos facturados aparte
- las consultas, reconocimientos, pruebas o actos practicados con objetivos administrativos o no terapéuticos como:
 - dictámenes periciales
 - reconocimientos para seguros
 - pruebas de aptitud profesional o para la obtención del título de piloto

¹ Límites máximos para Bélgica. Si las prestaciones se efectúan en otro Estado miembro, se podrá aplicar un coeficiente de igualdad.

→ véase el apartado *En pocas palabras...*

- reconocimiento practicado en el marco de la medicina laboral (reconocimiento previo a la contratación y reconocimiento médico anual, en su caso reembolsado por el Servicio médico y no por el RCSE).

2. HOSPITALIZACIONES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Se considerarán hospitalizaciones las estancias en un hospital o en una clínica para:

- el tratamiento de enfermedades o intervenciones quirúrgicas, así como partos, incluidas las hospitalizaciones ambulatorias
- la reeducación o rehabilitación subsiguientes a una dolencia médica o una intervención quirúrgica causante de invalidez
- el tratamiento de enfermedades psiquiátricas
- los cuidados paliativos

2.1. AUTORIZACIÓN PREVIA

Se necesita una autorización previa (con un informe médico) para las estancias:

- superiores a 6 meses
- destinadas a una intervención de cirugía plástica (por ejemplo, gastroplastia, corrección del tabique nasal, reconstrucción mamaria)
- superiores a 12 meses en un hospital psiquiátrico
- de reeducación o rehabilitación sin hospitalización previa o si la estancia es superior a dos meses
- en una clínica especializada en detección y diagnóstico
- de reeducación o rehabilitación sin hospitalización previa
- y para acompañar a un paciente hospitalizado

2.2. SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DE PAGOS

La subrogación de pagos permite que el hospital envíe la factura de hospitalización directamente al seguro enfermedad que efectuará el pago directo.

La parte de los gastos (a veces elevada, en países donde la medicina es costosa como los Estados Unidos, Canadá, Suiza o Noruega) a cargo del afiliado después de la tarificación se descontará, en principio, de posteriores reembolsos o, si procede, de la nómina, de la pensión o de cualquier otra cantidad que la institución deba abonarle.

Atención:

- si el afiliado ha obtenido la subrogación de pagos, el hospital no podrá exigir el pago de un anticipo
- la subrogación de pagos no es posible en el caso de beneficiarios del RCSE con carácter complementario, que deberán acudir a su sistema primario de seguro de enfermedad
- cuando, tras una solicitud de autorización previa, el médico asesor haya emitido un dictamen negativo, no se concederá la subrogación de pagos ni se otorgará reembolso alguno

También podrán concederse, en determinadas condiciones, **anticipos** sobre el reembolso con el fin de cubrir gastos importantes (rellene el formulario de solicitud de anticipo y envíelo a su oficina de liquidaciones).

- Véase Subrogación de pagos y anticipos en el apartado *En pocas palabras...*
- Véase el apartado *Más información...*
- enlace al formulario / RCSE en línea

Si se debe proceder a una hospitalización urgente...

Excepcionalmente, la subrogación podrá solicitarse (por usted o en su nombre) indicando sus datos, número de personal y el hospital de que se trate, al gestor de subrogaciones de su oficina de liquidaciones, dejando un mensaje en el contestador telefónico o, a falta de este último, enviando un correo electrónico.

En su caso, el PMO se pondrá en contacto con el hospital en el que se encuentre la persona interesada y le enviará la carta de subrogación de gastos necesaria.

Después de la hospitalización...

Si se le ha concedido la subrogación de gastos:

Su oficina de liquidaciones le remitirá el cálculo de los gastos. La parte de gastos a su cargo (+/- el 15 %) se recuperará, en principio, en forma de retenciones de sus futuros reembolsos o, si procede, de su nómina, su pensión o cualquier otra cantidad que la institución deba abonarle.

Si ha pagado usted mismo la factura de hospitalización:

- rellene una solicitud de reembolso y adjunte:
 - la factura detallada de las prestaciones efectuadas (nomenclatura nacional oficial)
 - en su caso, la prueba del anticipo que tuvo que abonar a la entrada
- Envíe el expediente completo a su oficina de liquidaciones

2.3. ¿CUÁNTO SE REEMBOLSA?

El tipo de reembolso es el **85 %**, incluidos los honorarios del cirujano y sus ayudantes, así como los del anestesista.

Es el **100 %**:

- en caso de enfermedad grave reconocida como tal
- para la hospitalización en cuidados intensivos durante tres días consecutivos, por lo menos
- para la hospitalización en servicios de cuidados paliativos
- previo dictamen del médico asesor, para los gastos de hospitalización superiores a 30 días consecutivos

En el caso de un reembolso del **85 %**, los límites máximos podrán situarse entre 535 € y 10 000 €, según el tipo de intervención. Para la lista exhaustiva de las intervenciones quirúrgicas desglosadas por categoría, remítase al anexo I de las DGA.

→ Véase el apartado *Más información...*

Para las intervenciones quirúrgicas que no figuran en esta lista pero que pueden asimilarse a intervenciones de importancia comparable, los gastos se reembolsarán previo dictamen del médico asesor.

Gastos de alojamiento:

el reembolso no podrá exceder del precio de la habitación individual más barata del hospital por el tiempo de hospitalización necesario. Se efectuará sobre la base de una factura debidamente redactada.

Gastos de diagnóstico y asistencia sanitaria:

el tipo de reembolso será del **85 %** o del **100 %** (enfermedad grave reconocida como tal) de los gastos de quirófano y otros gastos de asistencia sanitaria inherentes a la intervención quirúrgica, así como de los honorarios de los médicos, análisis, pruebas de laboratorio y demás instrumentos directamente relacionados con la intervención o la hospitalización.

Gastos del acompañante:

podrá concederse excepcionalmente, por prescripción médica y previa autorización del médico de cabecera, el reembolso del **85 %**, (con un límite máximo de 40 € al día), de los gastos de estancia de un miembro de la familia que acompañe a un beneficiario hospitalizado menor de 14 años o que, por razones médicas, necesite una asistencia familiar especial. Este reembolso se aplicará también a los gastos de estancia de un lactante que deba acompañar a su madre.

2.4. NO SE REEMBOLSARÁN

Las operaciones de cirugía plástica que se consideren meramente estéticas.

3. PRESTACIONES DERIVADAS DE UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

El reembolso de las prestaciones derivadas de una situación de dependencia -estancias en un centro y gastos de cuidador-, excepto en los casos de ingresos por desintoxicación, dependerá del grado de dependencia del asegurado que deberá determinar el médico de cabecera a partir de dos cuestionarios. Sólo darán lugar a reembolso los grados de 1 a 4 (véase la sección II, capítulo 3, de las DGA).

→Véase el apartado *Más información...*

En todos los casos, a la solicitud de autorización previa deberán adjuntarse:

- un informe en el que el médico justifique la necesidad de la estancia en el centro en cuestión y en el que se especifique el tipo de cura, así como
- los dos cuestionarios sobre la situación de dependencia cumplimentados por el médico de cabecera

A continuación deberá enviar estos documentos a su oficina de liquidaciones por correo o a través del RCSE en línea.

3.1. ESTANCIAS PERMANENTES O DE LARGA DURACIÓN

3.1.1. Clínica de reposo y de asistencia sanitaria

La autorización será válida durante un período de 12 meses (renovable).

Para los gastos de estancia, el tipo de reembolso es del **85 %** o del **100 %** (enfermedad grave reconocida como tal), con un límite máximo de 36 € diarios.

Si se trata de una factura global que, por lo tanto, no permita distinguir los gastos asistenciales de los relativos a la estancia, el límite máximo será de 36 € y el desglose de los gastos entre asistenciales y de estancia dependerá del grado de dependencia.

3.1.2. Centro psiquiátrico

Se reembolsará el **85 %** o el **100 %** (enfermedad grave reconocida como tal) de la estancia y de los cuidados terapéuticos. La autorización será renovable sobre la base de un informe detallado del médico de cabecera según una periodicidad fijada por la oficina de liquidaciones.

3.1.3. Centro de reeducación o rehabilitación y hospital psiquiátrico

Las modalidades de reembolso son idénticas. En cambio, en caso de facturación global, el desglose a tanto alzado de los gastos se efectuará tomando como referencia el grado 1 de dependencia.

3.1.4. Centro de atención de día

- Asistencia, solamente en régimen diurno, a un centro de reposo y asistencia sanitaria para ancianos o a un centro neurológico o psiquiátrico de atención diurna: los gastos de estancia y asistencia sanitaria se reembolsarán, en las mismas condiciones que la estancia permanente en una clínica de reposo y asistencia sanitaria, con un límite máximo de 18 € diarios para los gastos de estancia
- Asistencia a centros medicopedagógicos: sólo se reembolsará la asistencia sanitaria

3.1.5. Centro de desintoxicación no hospitalario

Se reembolsará exclusivamente el **85 %** de la estancia y asistencia sanitaria, con un límite máximo de 36 € diarios para los gastos de estancia.

En caso de facturación global, el desglose del gasto a tanto alzado se efectuará tomando como referencia el grado 1 de dependencia y el reembolso se limitará a una estancia de seis meses durante un período de doce meses.

3.2. CUIDADORES

= Asistencia al enfermo en su domicilio varias veces al día, o incluso todo el día o toda la noche. Los cuidadores deberán estar legalmente facultados para el ejercicio de esta profesión.

La solicitud de autorización previa deberá presentarse junto con los dos [formularios de evaluación del grado de dependencia](#) cumplimentados por su médico y un **informe médico** en el que se especifique la duración de la prestación, el tipo de cuidados y la frecuencia con que deben darse. También deberá facilitarse la prueba de la relación contractual con el cuidador.

3.2.1. REEMBOLSO

Para poder obtener el reembolso de los gastos de prestaciones de cuidador tendrá que presentar los siguientes documentos: la factura por mes natural y, en su caso, la prueba de la cotización a la seguridad social, ambas de conformidad con la legislación nacional.

Se reembolsará el **80 %** o el **100 %** (en caso de enfermedad grave reconocida como tal).

- **Prestaciones temporales a domicilio (60 días como máximo):** se reembolsará el **80 %**, con un límite máximo de 72 € diarios, o el **100 %** (en caso de enfermedad grave reconocida como tal), con un límite máximo de 90 €
- **Prestaciones de larga duración a domicilio:** el reembolso dependerá del grado de dependencia
- **Prestaciones en un centro hospitalario:** no se reembolsarán, excepto en centros públicos en los que la infraestructura sanitaria sea insuficiente para garantizar la atención sanitaria corriente. En este caso y previa autorización, se reembolsará el **80 %** de los gastos de cuidador prescritos por el médico de cabecera, con un límite máximo de 60 € diarios, o el **100 %** con un límite máximo de 75 € diarios

3.2.2. NO SE REEMBOLSARÁN

- Los gastos de desplazamiento, alojamiento y subsistencia, así como todos los demás gastos accesorios del cuidador
- La vigilancia por un adulto de un niño enfermo a domicilio, con motivo de la ausencia de los padres (consúltense a los servicios sociales sobre la ayuda familiar)
→Véase el apartado *Más información...*

4. PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Los productos farmacéuticos (medicamentos, preparaciones magistrales u homeopáticas) cuyo reembolso se solicite deberán haber sido prescritos por un médico y sin excesos (es decir, de forma que no supere la posología terapéutica habitual).

4.1. PARA OBTENER EL REEMBOLSO

El reembolso se efectuará previa presentación de **recibos** o **facturas** que incluyan los siguientes datos:

- nombre y apellidos del médico prescriptor
- nombre y apellidos del paciente
- indicación del medicamento recetado o, en el caso de un medicamento genérico, del producto adquirido o de la composición de la preparación magistral, en caso de que se haya prescrito una (el número de la preparación no bastará),
- precio de cada producto
- mención del precio total y, para las personas aseguradas en régimen complementario, el precio efectivamente abonado
- fecha de entrega de los medicamentos
- sello y firma del farmacéutico

Estas indicaciones también serán indispensables en caso de renovación de la receta.

Ayuda:

La lista en la que se recogen los principales productos farmacéuticos reembolsables y no reembolsables se actualiza periódicamente. Para el reembolso de los productos que no figuren en esta lista será necesario el dictamen favorable del médico asesor.

→Véase el apartado *Más información...*

Productos que requieren **autorización previa** (con un informe médico) para su reembolso:

- productos adelgazantes
- tratamientos hormonales contra el envejecimiento
- hormonas de crecimiento
- productos utilizados contra los problemas de erección ocasionados por una operación de próstata, un accidente o una enfermedad grave reconocida como tal (con un límite máximo de 400 € anuales)
- estupefacientes en el caso de curas de desintoxicación (el 100 % durante seis meses)
- productos farmacéuticos utilizados al margen de su indicación médica habitual
- productos dietéticos y de higiene indispensables para la supervivencia

4.2. ¿CUÁNTO SE REEMBOLSA?

En la mayoría de los casos, se reembolsa el **85 %** o el **100 %** (en caso de enfermedad grave reconocida como tal). Se aplican tipos distintos para los siguientes productos:

- estupefacientes en el caso de curas de desintoxicación (el 100 %, en determinadas condiciones)
- dietéticos (el 85 % o el 100 % del 40 % del coste)
- desintoxicación del tabaco (200 €, una sola vez, con o sin éxito)

→Véase el apartado *Más información...*

4.3. NO SE REEMBOLSARÁN

- los productos cosméticos, de higiene, estéticos, dietéticos o de comodidad, salvo excepciones
- los vinos y licores tónicos, productos de organoterapia, oligoelementos cuya eficacia no ha sido demostrada.

5. CUIDADOS Y TRATAMIENTOS DENTALES

5.1. PARA OBTENER EL REEMBOLSO Y SABER CUÁNTO SE REEMBOLSA

Cuidados y tratamientos preventivos

Para obtener el reembolso, presente una solicitud de reembolso de gastos y envíela a su oficina de liquidaciones.

Reembolso del 80 % de los gastos corrientes de prevención bucodental, radiología, cuidados y extracciones (con un límite máximo de 750 € por año natural).

Reembolso del 100 % (con un límite máximo de 1 500 €): en caso de algunas enfermedades graves y reconocidas como tales.

Para los siguientes tratamientos es obligatoria una **autorización previa**, que la oficina de liquidaciones expedirá una vez que el afiliado haya enviado un presupuesto detallado, y previo dictamen del dentista asesor:

Parodencia: se reembolsará el **80 %** (con un límite máximo de 350 € por período de seis años, es decir, 2 100 € en total, como máximo, para toda la boca en un período de 16 años).

Ortodoncia: se reembolsará el **80 %** (con un límite máximo de 3 300 €). El tratamiento deberá iniciarse antes de que el interesado cumpla 18 años (excepto en caso de enfermedad grave reconocida como tal). En determinadas condiciones, será posible un segundo tratamiento.

Oclusodoncia: se reembolsará el **80 %** (con un límite máximo de 450 €). Este tratamiento sólo se reembolsará una vez.

Prótesis dentales: se reembolsará el **80 %** (límites máximos diferentes para cada tipo de prestación). La renovación de las prótesis sólo se reembolsará cada seis años (excepto en caso de accidente traumático o de enfermedad grave reconocida como tal, previo dictamen del dentista asesor y con presentación de un justificante médico y de un presupuesto).

Implantología: se reembolsará el **80 %** (con un límite máximo de 550 € por implante). El reembolso se limitará a cuatro implantes por mandíbula, es decir, un máximo de ocho implantes por beneficiario para toda la vida.

En el caso de una enfermedad grave reconocida como tal que afecte la zona bucal, el tipo de reembolso de estos tratamientos será del **100 %** (con el límite máximo del doble de lo previsto por cada prestación) previo dictamen conjunto del médico asesor y del dentista asesor.

Atención:

Para las prestaciones sujetas a una autorización previa, excepto en casos de emergencia o de fuerza mayor, se deberán utilizar los formularios oficiales para presupuestos del RCSE.

5.2. NO SE REEMBOLSARÁN

Los gastos relativos a tratamientos de tipo estéticos:

- emblanquecimiento de los dientes
- sustitución sistemática de amalgamas de plata
- facetas en incisivos intactos
- incrustaciones, etc.

6. ANÁLISIS Y EXÁMENES MÉDICOS

= Imaginería médica, análisis, pruebas de laboratorio y otros medios de diagnóstico.

6.1. PARA OBTENER EL REEMBOLSO

- Rellene una solicitud de reembolso.
- Adjunte la factura con el detalle de las prestaciones (nomenclatura nacional oficial).
- Envíe el expediente completo a su oficina de liquidaciones.

Algunos medios de diagnóstico requieren una **autorización previa** como por ejemplo:

- los análisis practicados en el marco de:
 - la medicina antienviejecimiento
 - la hormonología múltiple
 - las alergias e intolerancias alimentarias
 - las pruebas genéticas, excepto cuando se busque una dolencia específica
- las nuevas técnicas en materia de pruebas, análisis e imaginería médica, cuyos gastos no puedan optar a reembolso en, por lo menos, un Estado miembro de la Unión Europea

6.2. ¿CUÁNTO SE REEMBOLSA?

El tipo de reembolso es del **85 %** o del **100 %** (en caso de una enfermedad grave reconocida como tal).

Atención:

La lista exhaustiva de todos los medios de diagnóstico reembolsables y no reembolsables se actualiza con regularidad. → Véase el apartado *Más información...*

6.3. NO SE REEMBOLSARÁN

- Los análisis practicados en el marco de:
 - la medición del «estrés oxidativo»
 - la micronutrición
 - las pruebas de floculación
- Los gastos relativos a los análisis y pruebas que se consideren no funcionales o innecesarios tras el dictamen del médico asesor.

7. EMBARAZO, PARTO E INFERTILIDAD

7.1. EMBARAZO

= período comprendido entre la fecundación y el parto.

7.1.1. PARA OBTENER EL REEMBOLSO Y SABER CUÁNTO SE REEMBOLSA

Las consultas, tratamientos y demás exámenes y prestaciones efectuados por médicos, comadronas, fisioterapeutas u otros prestadores de servicios sanitarios asistenciales se reembolsarán con arreglo a las disposiciones previstas para cada prestación.

El tipo de reembolso será del:

- **85 %** para todos los gastos de consulta y visita médicas
- **80 %** para las sesiones **individuales** (con un límite máximo de 25 € por sesión) o **colectivas** (con un límite máximo de 15 € por sesión) de preparación al parto efectuadas por un fisioterapeuta o una comadrona, previa prescripción médica. Estas sesiones no se incluyen en el número máximo de sesiones de fisioterapia general

7.1.2. NO SE REEMBOLSARÁN

- las sesiones de haptonomía y de preparación al parto en piscina
- los honorarios de disponibilidad de médicos y especialistas

7.2. PARTO

= cualquier nacimiento a partir de la vigésimo segunda semana de embarazo.

Desde julio de 2013 existen umbrales de gastos excesivos para los partos en ocho Estados miembros. De ello resulta que el importe máximo (estancia, honorarios, etc.) de reembolso asciende a 7 171 euros en Bélgica, 9 591 euros en Italia, 5 446 euros en Alemania, 6 203 euros en España, 6 616 euros en Francia, 7 246 euros en Luxemburgo, 6 466 euros en los Países Bajos y 16 713 euros en Reino Unido.

7.2.1. PARA OBTENER EL REEMBOLSO Y SABER CUÁNTO SE REEMBOLSA

7.2.1.1. En un centro hospitalario

El tipo de reembolso es del **100 %** para:

- los honorarios de los médicos que realizan un parto
- los honorarios de la comadrona y del anestesista, los gastos de sala de parto, los gastos de asistencia de un fisioterapeuta durante el parto, así como los demás gastos ocasionados por prestaciones directamente vinculadas al parto
- los gastos de estancia y asistenciales de la madre y del recién nacido en un centro hospitalario por un tiempo máximo de 10 días, o durante toda la hospitalización en caso de complicaciones médicas directamente derivadas del parto. Si la hospitalización dura más de diez días -sin complicaciones- el tipo será del **85 %**
- los gastos de estancia y asistenciales del recién nacido en neonatología

Atención:

Cuando reserve la habitación, recuerde que el reembolso se limita al precio de la habitación individual más barata del hospital.

Después del parto...

Si ha pagado personalmente su factura de hospitalización o facturas complementarias: rellene una solicitud de reembolso y adjunte la factura detallada de las prestaciones efectuadas (nomenclatura nacional oficial). Envíela a su oficina de liquidaciones.

7.2.1.2. Parto en casa

Reembolso del **100 %** de los honorarios (durante 10 días) del médico, la comadrona y demás auxiliares médicos (excepto la ayuda familiar).

7.2.1.3. En una casa de nacimientos o en un centro no hospitalario autorizado

Rellene una **solicitud de reembolso**, adjunte la factura detallada de las prestaciones efectuadas y envíela a su oficina de liquidaciones.

Reembolso del **100 %** de los honorarios (durante 10 días) del médico, la comadrona y demás auxiliares médicos (excepto la ayuda familiar).

Los gastos complementarios de seguimiento y alojamiento en la casa de nacimientos se reembolsarán por un período máximo de 24 horas después del parto.

Si se produjeran **complicaciones** médicas para la madre o el recién nacido directamente derivadas del parto, se ampliará el período de subrogación, previo dictamen del médico asesor. Si dichas complicaciones dieran lugar a hospitalización, se reembolsará el **100 %** de los gastos de estancia y asistenciales.

Se reembolsará el **80 %** (con un límite máximo de 25 € por sesión) de los gastos de sesiones individuales de **fisioterapia posnatal**, efectuadas por un fisioterapeuta por prescripción médica, y dichas sesiones no se incluirán en el número máximo de sesiones anuales.

7.3. INFERTILIDAD

Sea masculina o femenina, la causa de la infertilidad deberá ser una patología del afiliado, de su cónyuge o de su pareja de hecho.

Se requiere una solicitud de autorización previa junto con un informe médico.

Los gastos de tratamiento de la infertilidad se reembolsarán de la siguiente manera:

- Fecundación *in vitro*:
 - como máximo, cinco intentos por hijo
 - el tratamiento deberá iniciarse antes de que la madre cumpla 45 años
- Tratamiento de la infertilidad masculina: la infertilidad no deberá ser el resultado de una anterior esterilización voluntaria

Si se trata de una fecundación *in vitro*:

los posibles gastos de diagnóstico genético del embrión previo a la implantación y de donación de óvulos son reembolsables -en determinadas condiciones- previa autorización.

8. TRATAMIENTOS MÉDICOS TERAPÉUTICOS VARIOS

Como tratamientos de: cinesiterapia, fisioterapia, osteopatía, infrarrojos, ultrasonidos, terapia con aerosoles, acupuntura, logopedia, psicoterapia, psicomotricidad, logopedia/ortofonía, podología, etc.

8.1. PARA OBTENER EL REEMBOLSO

Los **tratamientos médicos** deberán:

- haber sido prescritos por un médico
- haber obtenido una autorización previa, en caso necesario
- haber sido efectuados por personas (psicólogos, fisioterapeutas, osteópatas, acupuntores, etc.) habilitadas profesionalmente y legalmente autorizadas a ejercer la profesión médica o paramédica, o bien por centros médicos o paramédicos debidamente autorizados por las autoridades competentes

En Bélgica, solamente los psicólogos inscritos en la [Comisión de psicólogos](#) están autorizados a practicar esta profesión. Por el contrario, en otros países, además de los psicólogos, los psicoterapeutas están también facultados y legalmente reconocidos y se puede, por lo tanto, obtener el reembolso de sus sesiones.

Las **prescripciones médicas** deberán:

- haber sido recetadas antes de iniciarse el tratamiento
- estar fechadas menos de 6 meses antes de la fecha de presentación
- incluir el nombre y apellidos del paciente
- el motivo del tratamiento
- el tipo de tratamiento y el número de sesiones prescritas

Los justificantes deberán ser conformes a la legislación del país en el que se ha realizado la prestación.

8.2. ¿CUÁNTO SE REEMBOLSA?

Se reembolsa el **80 %** de los tratamientos médicos, dentro de los límites máximos fijados para cada prestación, y el **100 %** en caso de enfermedad grave reconocida como tal, aunque con un límite máximo para determinados tratamientos. En efecto, el reembolso se efectúa dentro del límite máximo normal, que se duplica en caso de una enfermedad grave reconocida como tal.

Para cada tratamiento, hay un número máximo de sesiones por año civil. Salvo indicación contraria, podrá reembolsarse un número mayor de sesiones, previa autorización, en caso de enfermedad grave reconocida, de recuperación postoperatoria o postraumática o de problemas de movilidad reducida.

→ Véase más abajo el punto 8.4. *Cuadro de tratamientos*

8.3. NO SE REEMBOLSARÁN

- los tratamientos con fines estéticos
- los abonos en una piscina
- los gastos de inscripción en centros deportivos y gimnasios

8.4. CUADRO DE TRATAMIENTOS

PM = prescripción médica

AP = autorización previa

A. TRATAMIENTOS QUE REQUIEREN UNA PRESCRIPCIÓN MÉDICA						
	Tipo de tratamiento o prestación	PM	AP	Número máximo de sesiones anuales / (12 meses)	Límite máximo 80 % (€)	Observaciones
A1	Terapia con aerosoles	x		30	--	
A2	Consulta de un nutricionista	x		10	25	
A3	Cinesiterapia, fisioterapia y tratamientos asimilables ²	x		60	25	
A4	Podología terapéutica	x		12	25	

B. TRATAMIENTOS QUE DEBERÁN SER EFECTUADOS POR UN MÉDICO O EN UN CENTRO HOSPITALARIO						
	Tipo de tratamiento o prestación	PM	AP	Número máximo de sesiones anuales / (12 meses)	Límite máximo 80 % (€)	Observaciones
B1	Acupuntura	x		30	25	Efectuado por un profesional legalmente autorizado para realizar este tipo de acto
B2	Mesoterapia	x	x	30	45	- Efectuado por un médico o en un centro hospitalario (honorarios del médico incluidos en el límite máximo de 45 € por sesión) - No podrán concederse más sesiones anuales
B3	Rayos ultravioleta	x	x		35	

² Tratamientos asimilables: masajes terapéuticos, gimnasia terapéutica, movilización, rehabilitación, mecanoterapia, tracciones, baños de lodo (fango), hidromasajes, hidroterapia, electroterapia, corrientes diadinámicas, radar, ionización, ondas cortas, corrientes especiales, rayos infrarrojos, ultrasonidos, etc.

C. TRATAMIENTOS QUE REQUIEREN UNA PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y, EN DETERMINADOS CASOS, UNA AUTORIZACIÓN PREVIA						
	Tipo de tratamiento o prestación	PM	AP	Número máximo de sesiones anuales / (12 meses)	Límite máximo 80 % (€)	Observaciones
C1	Evaluación / examen psicológico completo efectuado por un único profesional	x			150	
C2	Quiropráctica / osteopatía	x		24	40	Un número superior de sesiones anuales sólo se concederá con AP. No se reembolsarán los tratamientos de osteopatía craneal, energética y visceral, ni la microosteopatía
	Personas de 12 años o más					
	Menores de 12 años	x	x	24		
C3	Logopedia/ortofonía (informe médico redactado por un médico ORL o un neurólogo)				35	Desórdenes neurológicos graves: más de 180 sesiones con autorización previa Se refiere a: - niños con sordera grave o enfermedades neurológicas - adultos aquejados de enfermedades neurológicas o de laringe
	· Menores hasta la edad de 12 años cumplidos	x		180 repartidas en un año o más		
	· Menores de entre 13 y 17 años	x	x	30 para todo el tratamiento		
	· Mayores de 18 años	x	x			
	Evaluación logopédica / ortofónica				40	
C4	Psicomotricidad, grafomotricidad	x		60	35	
C5	Psicoterapia	x		30 sin distinción de tipos de sesión	60	· Terapia individual · Terapia familiar · Terapia de grupo Un número superior de sesiones anuales podrá concederse con AP o prescripción del psiquiatra, neuropsiquiatra o neurólogo o el médico generalista podrá prescribir las diez primeras sesiones o para los menores de 15 años el pediatra podrá firmar la prescripción
	A cargo de				90	
	· un médico especialista en psiquiatría, neuropsiquiatría o neurología				25	
	· un psicólogo o un psicoterapeuta	x	x			

D. TRATAMIENTOS QUE REQUIEREN SIEMPRE UNA AUTORIZACIÓN PREVIA						
	Tipo de tratamiento o prestación	PM	AP	Número máximo de sesiones anuales / (12 meses)	Límite máximo 80 % (€)	Observaciones
D1	Evaluación neuropsicológica pluridisciplinar	x	x		600	Sobre la base del informe médico de un neuropediatra o de un psiquiatra
D2	Cámara hiperbárica	x	x		--	
D3	Drenaje linfático	x	x	20 /12 meses	25	En caso de enfermedad grave reconocida como tal, no habrá limitación del número de sesiones ni límite máximo
D4	Endermología con objetivos no estéticos	x	x	5 /12 meses	--	Tratamiento de cicatrices viciosas
D5	Depilación	x	x		Importe máximo reembolsable equivalente a intervención quirúrgica - Cat. A1 - Cat. A2	Sólo en caso de hipertricosis patológica de la cara - Cat. A1 para casos poco extendidos - Cat. A2 para casos extendidos
D6	Ergoterapia	x	x	--	--	
D7	Láser: tratamiento láser o fototerapia dinámica en dermatología	x	x	20	--	
D8	Ortótica	x	x	20 /12 meses	35	Prescripción por especialista en oftalmología con indicación de la identidad del ortótico
D9	Rehabilitación funcional pluridisciplinar ambulatoria en un servicio hospitalario	x	x	--	--	
D10	Rehabilitación con aparato MDX, tratamientos con método «David Back Clinic» o Escuela de la Espalda	x	x	24 renovable en principio sólo una vez	40	
D11	Terapias por ondas de choque en reumatología	x	x	--	--	
D12	Otros tratamientos no especificados	x	x	--	--	NB: se determinará si el gasto es excesivo caso por caso

9. AUXILIARES MÉDICOS

En caso de enfermedad grave reconocida como tal, se reembolsará el **80 %** o el **100 %** de los gastos por prestaciones de personal de enfermería, siempre y cuando dichas prestaciones hayan sido prescritas por un médico y realizadas por una persona legalmente autorizada para ejercer la profesión.

Para las prestaciones complementarias de las efectuadas por un cuidador, se requiere autorización previa.

NO SE REEMBOLSARÁN

Los gastos de desplazamiento del prestatario.

10. CURA DE CONVALECENCIA Y POSTOPERATORIA

Dos requisitos para que la cura se reembolse (de oficio, previa solicitud de autorización):

- que se efectúe bajo control médico en un centro de convalecencia con infraestructura médica y paramédica adecuada
- que se inicie en un plazo de tres meses después de la intervención quirúrgica o la enfermedad para la que se haya prescrito, salvo contraindicación médica debidamente justificada en el informe adjunto a la prescripción y que sea aceptada por el médico asesor

La autorización de cura podrá renovarse en caso de recaída o nueva enfermedad.

10.1. REEMBOLSO: ¿CUÁNTO SE REEMBOLSA?

Gastos de estancia: se reembolsará el **80 %** (con un límite máximo de 36 € diarios) para 28 días/año como máximo o el **100 %** (con un límite máximo de 45 € diarios).

Gastos de cura: se reembolsarán por separado con arreglo a las disposiciones generales de aplicación.

Gastos de acompañante: se reembolsará excepcionalmente el **85 %** (con un límite máximo de 40 € diarios), con prescripción médica y previa autorización, en los siguientes casos:

- para un miembro de la familia que acompañe, en la habitación o en el recinto del centro de cura, a un beneficiario que esté en cura antes de cumplir los 14 años o que necesite una asistencia especial, en función de su dolencia o de otros factores que lo justifiquen desde el punto de vista médico
- para los gastos de estancia de un lactante que deba acompañar a su madre mientras esta esté en cura

En todos los demás casos, los gastos de acompañante no se reembolsarán.

10.2. NO SE REEMBOLSARÁN

Los gastos de viaje.

11. CURA TERMAL

= estancia de **entre 10 y 21 días** en un centro especializado que dispense tratamientos, bajo control médico, con aguas tomadas en la fuente antes de que pierdan determinadas propiedades o en centros paramédicos especializados autorizados por las autoridades sanitarias nacionales.

Para que sea reembolsable, la cura deberá incluir por lo menos **dos tratamientos adecuados al día y no interrumpirse**, excepto con presentación de un certificado del médico responsable de la cura en el que se justifique la interrupción por razones de salud o por motivos familiares de fuerza mayor (fallecimiento, enfermedad grave de un miembro de familia, etc.).

La autorización de cura se limitará a:

- una cura al año, con un máximo de ocho curas a lo largo de toda la vida, para las siguientes patologías:
 - reumatismo y secuelas de traumatismos osteoarticulares
 - flebología y enfermedades cardioarteriales
 - neurología
 - enfermedades del aparato digestivo y sus órganos anexos, así como enfermedades metabólicas
 - ginecología y enfermedades del aparato renourinario
 - dermatología y estomatología
 - vías respiratorias
- una cura al año siempre y cuando se efectúe en el marco del tratamiento de una enfermedad grave o en el caso de una psoriasis severa que no responda a los tratamientos clásicos.

Atención:

Sólo se le concederá la autorización si:

- el médico asesor considera que la cura termal es necesaria
- usted ha hecho a lo largo del año los tratamientos prescritos y éstos han resultado insuficientes
- la cura tiene un valor terapéutico probado

11.1. PARA OBTENER EL REEMBOLSO

Antes de la cura...

Al menos 6 semanas antes de la fecha de la cura, deberá presentar una solicitud de autorización previa, que consta de los siguientes documentos:

- la prescripción del médico de cabecera que no esté relacionado con ningún centro de cura
- el informe médico detallado, realizado en los últimos tres meses, en el que deberán especificarse:
 - los antecedentes del paciente y el detalle de los tratamientos aplicados a la patología que requiere la cura a lo largo del último año
 - la duración de la cura, el tipo de cura termal que deba hacerse y el tipo de centro termal autorizado en relación con la patología de que se trate
- en su caso, la prescripción médica en la que se indiquen los motivos que justifican acompañar al paciente

Después de la cura...

Si se le ha **concedido** la autorización previa:

- rellene una **solicitud de reembolso** y adjunte:
 - la factura detallada ya pagada
- envíe el expediente completo a su oficina de liquidaciones

Si **no se le ha concedido** la autorización previa, todavía es posible el reembolso de los gastos de cura:

- rellene una **solicitud de reembolso** y adjunte:
 - el original de la prescripción del médico de cabecera que no esté relacionado con ningún centro de cura, fechada menos de seis meses antes y en la que se indiquen el diagnóstico, así como el número y tipo de cuidados requeridos
 - la factura detallada, conforme a la prescripción médica y en la que se indiquen las fechas, el número de sesiones y el precio del tratamiento
- Envíe el expediente completo a su oficina de liquidaciones

11.2. ¿CUÁNTO SE REEMBOLSA?

Gastos de tratamiento y de control médico: el **80 %** (con un límite máximo global de 64 € diarios) o el **100 %** (con un límite máximo global especial de 80 € diarios) en caso de enfermedad grave reconocida como tal.

Gastos de acompañante: el **85 %** (con un límite máximo de 40 € diarios), por prescripción médica y previa autorización, en los siguientes casos:

- para un miembro de la familia que acompañe, en la misma habitación o en el recinto del centro de cura, a un menor que realice la cura antes de cumplir los 14 años o que, habida cuenta de su dolencia o por otra necesidad justificada desde el punto de vista médico, necesite asistencia especial
- para los gastos de estancia de un lactante que deba acompañar a su madre mientras esta esté en cura

11.3. NO SE REEMBOLSARÁN

- las curas de talasoterapia o de mantenimiento físico
- los gastos de viaje
- los gastos de estancia, alojamiento y comida
- los gastos derivados de los cuidados
- los tratamientos como:
 - baños de mar, en un lago, baños de arena
 - sauna, solárium, etc.

12. GAFAS

Se reembolsarán:

- cada año para menores de 18 años
- cada 2 años para mayores de 18 años
- con más frecuencia, si las dioptrías o el eje sufren un cambio de 0,50 como mínimo, certificado por un oftalmólogo

El reembolso se limita a dos gafas que incluyen la montura y las lentes graduadas, sean cuales sean sus características:

- bien unas gafas con lentes unifocales para la visión de cerca y unas con lentes unifocales para la visión de lejos
- bien unas gafas con lentes multifocales o progresivas y, si procede, unas gafas con lentes unifocales para la visión de cerca o de lejos

12.1. PARA OBTENER EL REEMBOLSO

La factura original deberá incluir:

- el tipo de visión (de lejos, de cerca o multifocal)
- las características de las lentes (potencia de cada lente correctora y dioptrías)
- el precio de las lentes
- el precio de la montura, por separado

12.2. ¿CUÁNTO SE REEMBOLSA?

El **tipo de reembolso** es del **85 %**:

- para las monturas (con un límite máximo de 120 €)
- para las lentes con los siguientes criterios:

Lentes normales	Límite máximo por lente (en €)
hasta 4 dioptrías	110
entre 4,25 y 6 dioptrías inclusive	140
entre 6,25 y 8 dioptrías inclusive	180
más de 8,25 dioptrías	300
Lentes multifocales o progresivas	350

12.3. NO SE REEMBOLSARÁN

- las gafas con cristales no correctores
- las gafas de sol
- las gafas para trabajar con ordenador (en su caso, las reembolsa el Servicio médico y no el RCSE).

13. LENTILLAS

13.1. PARA OBTENER EL REEMBOLSO

La **factura** deberá incluir:

- el tipo de visión (de lejos, de cerca o multifocal)
- las características de las lentillas (potencia y dioptrías)
- el tipo de lentillas (desechables o convencionales)
- el precio de las lentillas

13.2. ¿CUÁNTO SE REEMBOLSA?

Se reembolsará el **85 %** de los gastos de adquisición de lentillas correctoras, convencionales o desechables, así como los gastos de adquisición de los productos necesarios para su utilización, con un límite máximo global de 500 € por período de 24 meses.

Si las lentillas han sido adquiridas a través de Internet, el reembolso solo podrá efectuarse previa presentación de una factura debidamente establecida (véase el apartado «Justificantes»).

14. APARATOS AUDITIVOS

= compra o reparación de aparatos prescritos por un ORL o un audiometrista.

14.1. PARA OBTENER EL REEMBOLSO

- Rellene una solicitud de reembolso y adjunte la prescripción del ORL o del audiometrista, así como la factura pagada.

14.2. ¿CUÁNTO SE REEMBOLSA?

Se reembolsará el **85 %** (con un límite máximo de 1500 € por oído).

Podrán renovarse cada cinco años, excepto en caso de variación de las condiciones audiométricas.

14.3. No se reembolsarán

El mantenimiento ni las pilas.

Atención:

En caso de enfermedad grave reconocida como tal de la esfera auditiva o si el aparato está destinado a menores de 18 años, los límites máximos y los plazos para un cambio de aparato podrán modificarse previa autorización.

15. APARATOS ORTOPÉDICOS Y DEMÁS MATERIAL MÉDICO

Atención:

En el anexo 2 de la sección II de las DGA puede consultarse el cuadro en el que se recogen los tipos de aparatos, el porcentaje de reembolso y los límites máximos así como las condiciones de reembolso.

→ Véase el apartado *Más información...*

NO SE REEMBOLSARÁN

- los gastos de adaptación fijos del domicilio o de un vehículo, los accesorios domóticos, informáticos, de televigilancia, el mobiliario que no sea estrictamente médico, como sillones de relax y otros artículos similares.

16. GASTOS DE TRANSPORTE DE UN BENEFICIARIO DEL RCSE

16.1. PARA OBTENER EL REEMBOLSO

Antes del desplazamiento...

Rellene una solicitud de **autorización previa** y adjunte un certificado médico que justifique el tipo y la necesidad del transporte. En caso de repetidos viajes de ida y vuelta, la prescripción deberá especificar los motivos y justificar el número de trayectos que se consideren indispensables.

Por lo que se refiere a las condiciones, en la decisión se tendrán en cuenta, entre otros, el hecho de que los cuidados no puedan efectuarse en el lugar de destino o de residencia del beneficiario o que éste no pueda utilizar otros medios de transporte públicos o privados.

Después del desplazamiento...

Rellene una **solicitud de reembolso** y adjunte:

- los justificantes del transporte (por ejemplo, facturas pagadas, títulos de transporte o billetes de viaje, etc.).

16.2. ¿CUÁNTO SE REEMBOLSA?

Se reembolsará el **80 %** o el **100 %** (en caso de enfermedad grave reconocida como tal).

Si no dispone de los justificantes requeridos, se le reembolsará el **80 %** o el **100 %** del precio de un billete de tren en 1ª clase o, en su caso, del límite máximo de 0,22 €/Km.

Solo se tomará en consideración el reembolso del medio de transporte adaptado al caso del beneficiario hacia el centro médico o el facultativo situado lo más cerca posible y que esté en condiciones de tratar de forma adecuada su patología.

16.3. NO SE REEMBOLSARÁN

Los gastos de transporte:

- por razones familiares, lingüísticas o de conveniencia personal
- para una consulta con un médico generalista
- para una cura termal o de convalecencia
- para acudir al lugar de trabajo o por cualquier otra razón que la oficina de liquidaciones no admita
- para repatriación en caso de enfermedad o accidente
- de búsqueda en la montaña, en el mar, etc.
- en vehículo privado dentro de la aglomeración de residencia. Excepto cuando se trate de tratamientos periódicos importantes como radioterapia, quimioterapia, diálisis, etc., en cuyo caso los gastos se reembolsarán previo dictamen del médico asesor

Atención:

El transporte urgente justificado (por ejemplo, en caso de accidente) se reembolsará sin autorización previa. Pero, en su caso, el médico asesor podrá tener que emitir un dictamen.

La libre elección del prestatario o del hospital no implica necesariamente el reembolso de los gastos de desplazamiento.

17. GASTOS FUNERARIOS

Se abonará una indemnización global para gastos funerarios:

- **al afiliado:** en caso de fallecimiento de una persona afiliada a su cargo o de un hijo nonato (de 22 semanas por lo menos)
- **al cónyuge, pareja de hecho reconocida, hijos o, en su defecto, a cualquier otra persona que justifique haber abonado los gastos funerarios:** en caso de fallecimiento del afiliado

17.1. PARA OBTENER EL REEMBOLSO

El afiliado (en caso de fallecimiento de una persona afiliada a su cargo o de un hijo nonato): deberá enviar una copia de la partida de defunción a la oficina de liquidaciones del afiliado.

Los derechohabientes: deberán enviar una copia de la partida de defunción a la oficina de liquidaciones del afiliado.

Los terceros: deberán enviar la prueba del pago de los gastos funerarios a la oficina de liquidaciones del afiliado.

17.2. ¿CUÁNTO SE REEMBOLSA?

El importe de la indemnización global para gastos funerarios asciende a 2 350 €.

18. VACACIONES

Se sugiere que haga lo siguiente:

- imprima un certificado de cobertura de nuestro seguro de enfermedad para usted y su familia (véase el RCSE en línea): <https://webgate.ec.testa.eu/RCAM>
- imprima asimismo una solicitud de subrogación de costes http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#1d
- y una declaración de accidente http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#4a

Atención:

Algunos hospitales no aceptan la subrogación de pagos y exigen un pago inmediato. Por ello, le aconsejamos que contrate un seguro complementario en una compañía de seguros privada. Este cubrirá también los costes que no estén cubiertos por nuestro seguro de enfermedad, como los gastos de transporte o repatriación hacia el domicilio o la parte de los gastos que pudieran correr a cargo del afiliado, en particular en los países cuya medicina es costosa.

MÁS INFORMACIÓN...

SI TIENE ACCESO A MYINTRACOMM ...

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx

(acceso para la Comisión)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx

(acceso para otras instituciones y agencias)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>

(acceso para los jubilados)

RCSE en línea

Con su contraseña ECAS puede acceder fácilmente al RCSE en línea. Puede seguir la situación de su expediente en el Régimen Común de Seguro de Enfermedad y, en esta fase, presentar sus solicitudes de reembolso y solicitudes de autorizaciones médicas (presupuesto del dentista, enfermedad grave, autorización previa). Siga la evolución de sus expedientes a través del RCSE en línea previa notificación por correo electrónico o conectándose de vez en cuando a:

<https://webgate.ec.europa.eu/RCAM/>

Las versiones más recientes de todos los formularios impresos están en:

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx

(acceso para la Comisión)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx

(acceso para otras instituciones y agencias)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>

(acceso para los jubilados)

- solicitud de autorización previa
- solicitud de reembolso de gastos médicos
- solicitud para que una enfermedad grave sea reconocida como tal
- solicitud de subrogación de pagos
- solicitud de subrogación de pagos para clínicas de reposo o de cura
- solicitud de anticipo por gastos médicos elevados
- nota de honorarios de dentista
- presupuesto del dentista para solicitar la autorización previa
- presupuesto de ortodoncia para solicitar la autorización previa


¿Quiere **ponerse en contacto con la PMO**, buscar una respuesta o presentar una solicitud? Esta es la forma más sencilla:

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>





O BIEN...



PMO Contact

 + (32) 2-29.97777

Anexos

- ejemplo de recibo de pedicura 
- ejemplo de recibo de podólogo 
- ejemplo de recibo de osteópata 
- ejemplo de recibo de psicólogo 

- ejemplo de factura Italia 