



SOLICITUD DE SUBROGACIÓN DEL PAGO DE LOS COSTES DE CUIDADOS EN UNA CLÍNICA DE REPOSO Y DE CURA O EN UN ESTABLECIMIENTO EQUIVALENTE

Para los beneficiarios de la cobertura primaria por el RCSE (*)

De conformidad con las disposiciones del capítulo 4 del título III de las disposiciones generales de aplicación

Remítase a la Oficina de liquidaciones del Régimen Común del Seguro de Enfermedad – **véanse detalles al dorso** U

Apellidos y nombre del afiliado:.....Nº personal/de pensionista:.....
Institución y lugar de empleo:..... Dirección administrativa:..... Tel.:.....
Dirección particular, si es pensionista:.....
Fecha del cese del empleo/fecha de fin del contrato:..... (para el personal temporal o el personal contratado)

Solicitud de subrogación de costes de cuidados incurridos por ¹:

☐ el afiliado al régimen ☐ el cónyuge o pareja reconocida ☐ el hijo ☐ la persona considerada como hijo a cargo.
Apellidos y nombre:..... Fecha de nacimiento:.....

☐ **Estancia en una clínica de reposo y de cura o en un establecimiento equivalente¹:**

Costes mensuales totales²:
incluidos: costes mensuales de cuidados:
costes mensuales de alojamiento:

Fecha de inicio
Número de referencia de la decisión (autorización)³:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA CLÍNICA DE REPOSO Y DE CURA O DEL ESTABLECIMIENTO EQUIVALENTE:

Nombre:
Dirección:
Población/ciudad y país:
Nº de tel.: Fax :
Dirección de correo electrónico:

El abajo firmante declara : ¹⁺⁴

- ☐ No tener ningún seguro complementario que dé lugar a reembolsos extraordinarios.
- ☐ Que recibirá un reembolso deEUR de su seguro complementario, o que notificará el importe de ese reembolso en cuanto conozca su cuantía.

Nota:

Deberá introducir una nueva solicitud de subrogación de pagos si cambia de establecimiento o de tipo de establecimiento.

El abajo firmante declara haber leído y aceptado las condiciones y normas en vigor (véase al dorso)

Fecha.....

☐ Afiliado¹

Firma del solicitante

☐ Representante legal¹ :

Apellidos y nombre :.....

¹ Marque la casilla apropiada

² Es esencial adjuntar una copia de la factura

³ Es esencial mencionar el nº de referencia de la autorización previa concedida

⁴ Información esencial a falta de la cual no se expedirá la carta de subrogación

Reembolso – clínicas de reposo y de cura – (Capítulo 3 del título II de las disposiciones generales de aplicación)

Deberá adjuntarse a la solicitud de autorización previa un informe médico que justifique la necesidad de la estancia en el establecimiento y especifique la naturaleza de los cuidados requeridos por el paciente, así como los dos formularios que figuran en anexo debidamente completados por el médico que atiende al paciente.

La autorización se concederá para un período no superior a 12 meses y será renovable.

Se reembolsará el 85 %, o el 100 % en caso de enfermedad grave, de todos los gastos relativos a los cuidados y a la estancia, con un límite máximo de 36 € al día para los gastos de estancia.

En caso de facturación global que no permita distinguir el precio de los cuidados del de la estancia, se efectuará un reparto a tanto alzado según el grado de dependencia que se recoge en el siguiente cuadro:

Grado de dependencia	Costes de los cuidados	Gastos de alojamiento:
4	30 %	70 %
3	50 %	50 %
2	60 %	40 %
1	70 %	30 %

En este caso, los gastos relativos a la estancia están sujetos al mismo límite máximo de 36 € diarios.

Subrogación de pagos

Si se facturan por separado los costes de los cuidados y del alojamiento, los gastos asumidos corresponderán al importe relativo a los costes de los cuidados, y la factura que reciba usted del establecimiento corresponderá a los costes de alojamiento.

En caso de facturación global, los gastos asumidos corresponderán al porcentaje de los costes de los cuidados que figuran en el cuadro anterior, la factura que reciba usted del establecimiento deberá indicar el precio total y el importe deducido por la asunción de gastos, y la diferencia corresponderá al porcentaje de los costes de alojamiento.

Nuestro sistema de subrogación de pagos también cubre todos los gastos médicos no incluidos en el importe a tanto alzado correspondiente a los cuidados, como consultas a un médico, productos farmacéuticos, análisis y pruebas, y costes de ambulancia (basados en documentos justificativos adjuntos a la factura). El saldo deberá en principio abonarse en un plazo **máximo** de tres años a partir de la fecha de la concesión del anticipo (artículo 30 de la reglamentación sobre enfermedad).

Costes excesivos (DISPOSICIONES COMUNES, artículo 20, apartado 2)

En los casos de las prestaciones respecto de las que no se haya fijado un tope de reembolso, no se reembolsará la proporción de los costes que se considere excesiva en comparación con los costes normales en el país en el que se hayan realizado los gastos. La porción de costes considerada excesiva será determinada caso por caso por la Oficina de liquidaciones previa consulta al médico asesor.

(*) Normas especiales para los reembolsos complementarios (capítulo 3 del título III de las disposiciones de aplicación generales)

Los beneficiarios de la complementariedad deberán recurrir en primer lugar a su régimen primario nacional de seguridad social y pedir el reembolso de sus gastos médicos a éste, ya que el RCSE sólo interviene como régimen complementario.

No obstante, los gastos relativos a prestaciones para las que el régimen primario no conceda reembolso podrán ser objeto de reembolso por el RCSE siempre y cuando sean reembolsables por este último. En dicho caso, la intervención del RCSE es comparable a la que se concede con carácter primario.

Si, por haber recurrido a la libre elección del facultativo o del profesional de servicios médicos, especialmente para los gastos derivados de prestaciones en el extranjero, no fuere posible el reembolso por el régimen primario, el RCSE también podrá intervenir para prestaciones cuyo reembolso admite, siempre y cuando se establezca mediante documentos probatorios que previamente se han respetado todos los procedimientos y normas del régimen primario. El RCSE sustituirá en este caso al régimen primario sólo en lo referente a dichas prestaciones.

Los beneficiarios del régimen de complementariedad que dependan de un sistema de prestaciones directas sólo podrán solicitar el reembolso de gastos efectuados en el sector privado –en el caso de las prestaciones que se indican en la lista siguiente–, si se comprueba que el sistema público presenta fallos manifiestos (como, por ejemplo, plazos de espera o tratamientos inexistentes):

- hospitalización e intervenciones quirúrgicas,
- tratamiento y pruebas en hospitales o clínicas,
- clínicas de reposo y de cura;
- cuidadores;
- curas termales y de convalecencia.

Se requerirá autorización previa.

Las prestaciones distintas de las que figuran en la lista que precede podrán ser objeto de reembolso por el RCSE siempre y cuando sean reembolsables por este último.

Las restricciones en materia de libre elección no se aplicarán ni al afilado ni a los hijos a cargo cubiertos en régimen de complementariedad.

Direcciones de las oficinas de liquidaciones del RCSE

Oficina de liquidaciones de Bruselas Comisión Europea Oficina SC27 3/04 B-1049 BRUSELAS Tel.: + 32-2-295.98.56 Fax: + 32-2-295.97.01	Oficina de liquidaciones de Ispra, Comisión Europea PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra Tel.: +39-0332-789966 Fax: +39-0332-789423	Oficina de liquidaciones de Luxemburgo, Comisión Europea DRB - B1/073 L-2920 Luxembourg Tel.: +352-4301.36103/36406 Fax: +352-4301.36019
---	---	---

PMO-CONTACT - <https://ec.europa.eu/pmo/contact/en/questions/24>- + 32 (0)2 29 97777

El abajo firmante declara haber tomado conocimiento de las condiciones y normas vigentes y se compromete a cumplirlas:

Fecha.....

Firma del solicitante

☐ Afiliado¹

☐ Representante legal¹ :

Apellidos y nombre :.....