



AIACE – ESPAÑA

VADEMÉCUM

ANEXO II

GUÍA DE USO DEL SISTEMA EN LÍNEA

JSIS on line - RCAM en ligne

Marzo 2018

Sumario

	Página
1. Introducción	3
2. Guía de uso del sistema	5
3. Solicitudes de reembolso standard	6
4. Solicitudes de autorización previa	8
a) Para tratamientos dentales	8
b) Para casos generales	9
c) Para casos de enfermedad grave	11
5. Solicitudes de subrogación de gastos	11
6. Solicitud de certificados	13
7. Otros aspectos prácticos del sistema	14
a) Seguimiento de las solicitudes en curso	
b) Acceso a la información personal	
c) Posibilidades de ayuda	
8. Otros servicios del sistema	15

1. INTRODUCCIÓN

AssMal, el sistema de gestión en línea de las prestaciones del Régimen Común de Seguros y de Enfermedad (RCSE) de la Unión Europea, más conocido por sus siglas en francés RCAM (Régime Commun d'Assurance Maladie) o en inglés JSIS (Joint Security and Insurance System), supone un gran avance. El resultado más visible es sin duda la reducción drástica del tiempo de proceso y de abono de las prestaciones, pero la facilidad de comunicación con el PMO y la seguridad del sistema son también grandes ventajas.

El acceso a AssMal requiere en primer lugar la obtención de una contraseña especial de alta seguridad mediante un procedimiento llamado **EU Login**, anteriormente llamado ECAS (European Commission Authentication System). El objetivo de EU Login es permitir el acceso a todos los servicios en línea de la Comisión: RCAM-JSIS; Staff Matters (anteriormente MyIntracomm); Sysper, y cualquier otro que se desarrolle en el futuro. En la página siguiente encontrarán instrucciones detalladas para obtener una cuenta EU Login.

ATENCIÓN: si se ha obtenido ya acceso al sistema vía ECAS, se pasa automáticamente a EU Login; no hace falta renovar el procedimiento.

El procedimiento de obtención del EU Login tiene dos etapas. La primera, la introducción de los datos personales, va seguida del envío de la contraseña de primer acceso por correo electrónico o por correo certificado. Con esta contraseña se entra en la segunda etapa, en la que hay que completar los datos personales, y las preferencias de acceso.

En la página de acceso a PMOContact (<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>) hay un manual en línea que guía paso a paso todo el procedimiento. Existe un manual de instrucciones en https://webgate.ec.europa.eu/cas/manuals/EU_Login_Tutorial_1.1.pdf, así como un manual del usuario. En <http://www.aiace-es.es/asistencia-medica-y-social/guias-de-la-comision/> en el sitio web de AIACE-ES (<http://www.aiace-es.es/>) puede encontrarlos igualmente. Si hubiese algún problema, puede solicitarse ayuda a AIACE, en helpdesk.rcam.es@gmail.com

Una vez superado este primer acceso, el sistema sigue una lógica simple, muy parecida a la de muchos bancos en línea, basada en códigos de un solo uso que se envían al afiliado según sus preferencias. La opción más usada es la de envío por SMS al teléfono móvil, pero puede elegirse igualmente un sistema Token o códigos PIN o QR vía la EU Login Mobile App, disponible para IOS o Android.

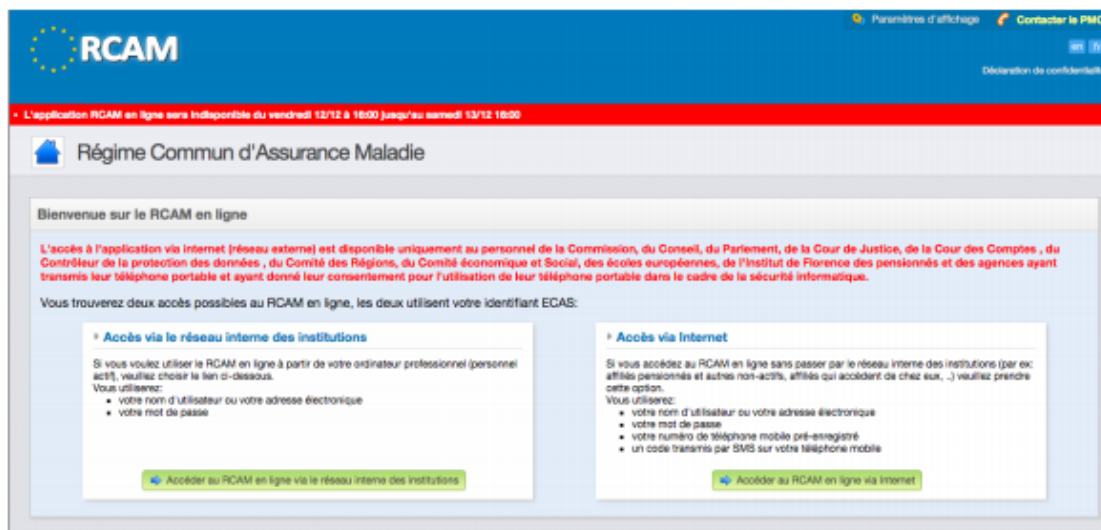
Es importante saber que pueden registrarse dos o más teléfonos móviles. Por ejemplo, de dos países distintos (hay bastantes afiliados que mantienen vivienda o viajan con frecuencia a un país diferente de aquél donde viven), o del afiliado y del cónyuge. También puede compartirse el mismo teléfono móvil entre dos afiliados.

Por razones de seguridad, dada la confidencialidad de los datos médicos, el acceso a AssMal requiere una doble autenticación. Tras haberse registrado con EU Login, hay que teclear de nuevo la dirección de AssMal y repetir el proceso de recepción e introducción del código de uso único.

Estas instrucciones pueden parecer muy complejas, pero la facilidad de uso del sistema y la rapidez con las que se recibe el pago de las prestaciones justifican invertir un poco de tiempo en este proceso inicial.

Acceso a RCAM en línea: generalidades

Dirección de acceso: <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>



Pulsar en la opción derecha “Access via Internet” para abrir la pantalla de acceso. La opción izquierda es solo para funcionarios en activo.

Escaneado de documentos

El sistema se basa en el envío de todos los documentos y justificantes por Internet. Para ello, es preciso escanearlos, lo que puede hacerse con un scanner o con un programa de escaneado para móviles o tabletas. La reproducción fotográfica es aceptable, pero no se aconseja si no se puede asegurar la calidad de reproducción y lectura necesaria. En general las fotos de tabletas la dan. Se admiten los formatos DOC, PDF, JPEG y TIFF pero algunos módulos admiten solo PDF (esto se avisa claramente en cada caso)

Tiempo obligatorio de conservación de los documentos

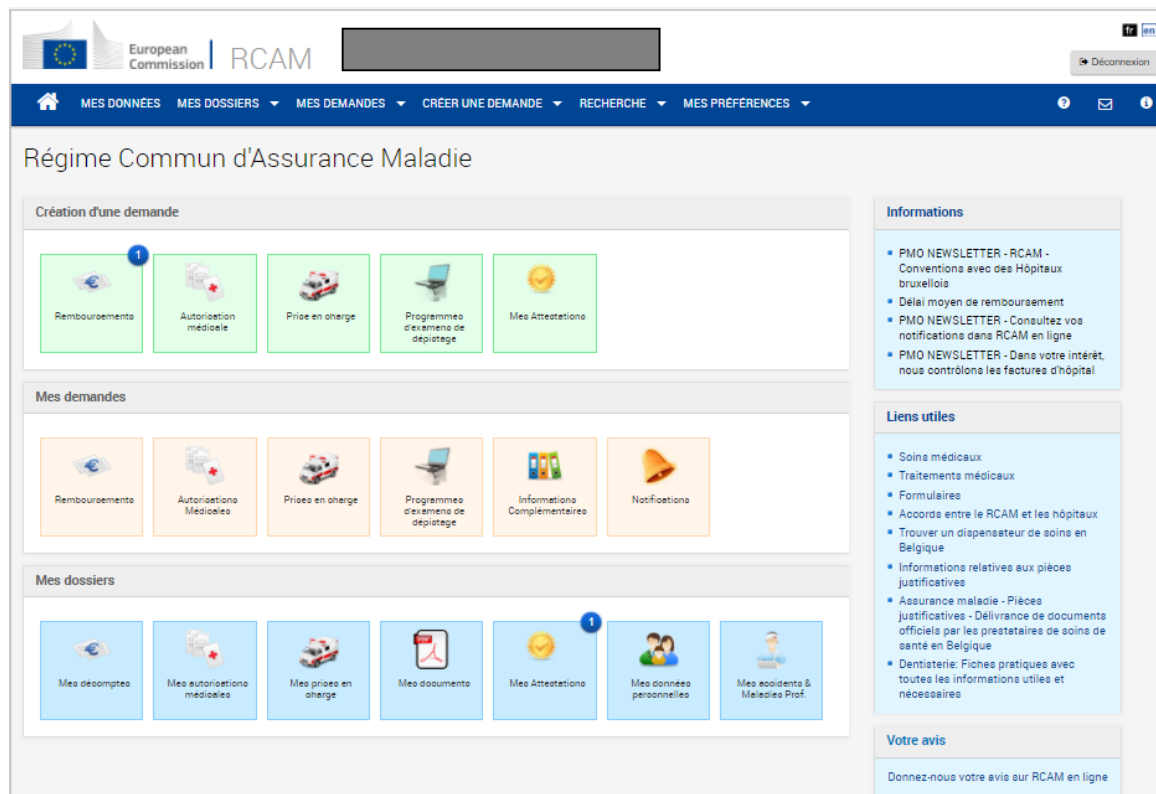
Los originales deben guardarse hasta finalizar su introducción en el sistema, por si la solicitud es seleccionada al azar por el sistema de control. Si este no es el caso, no es necesario guardarlos; a partir de este momento los documentos escaneados son los únicos válidos. Deben guardarse durante 18 meses. Se recomienda asignar nombres significativos, si es posible incluyendo fecha de referencia, a los documentos digitalizados. La facilidad de uso y archivo de los documentos digitales es muy alta, por lo que compensa invertir algo de tiempo en su organización inicial.

Coexistencia con el sistema tradicional en papel

El sistema AssMal solo mantiene en papel las liquidaciones, que son enviadas por el PMo por correo ordinario, pero algunas semanas después de que estén disponibles en línea. Los jubilados pueden escoger seguir usando el sistema tradicional en papel, y si lo desean pueden volver a él después de probar el sistema en línea. Lo que no se debe hacer es enviar una misma solicitud por duplicado por vía electrónica y en papel, ni enviar una parte de los documentos por vía electrónica y otra por correo postal.

2. Guía de uso del sistema JSIS online – RCAM en ligne

Esta guía de uso está organizada siguiendo la estructura del sistema, tal y como se presenta en su pantalla de entrada, que se muestra a continuación.



La primera línea es para la presentación de solicitudes; la segunda para seguimiento; y la tercera para datos personales y archivo.

El uso del sistema es muy fácil. Pulsar en cualquiera de las opciones abre la pantalla correspondiente. En ellas, las casillas para la entrada de datos están bien definidas. Hay tres modos generales de entrada de información:

- Seleccionar la opción correspondiente con el ratón
- Para datos específicos al usuario (por ejemplo fecha del acto médico), teclearlo en la casilla correspondiente
- Para otros datos (por ejemplo nombres de medicamentos, consultas de especialistas), empezar a teclear el dato (por ejemplo "consultation") abre una lista corta con las opciones que contienen las letras o términos introducidos. Si se prefiere ver la lista completa, pulsar el icono  a la derecha de la casilla de entrada, buscar el dato en la lista general que se abre, y seleccionarlo con el ratón.

El sistema sólo existe en inglés y en francés. Si no se encuentra algún término (por ejemplo nombre de un medicamento), teclearlo en español y añadir un comentario.

La utilización principal del sistema es la presentación de solicitudes de reembolso. Hay cuatro tipos básicos¹: solicitud standard, accidente, enfermedad profesional y enfermedad grave. Para algunas de ellas hace falta una autorización previa.

3. Introducción de una solicitud de reembolso standard

Notas Es mejor tener escaneados y organizados todos los documentos antes de empezar a introducir la demanda. Se aconseja darles a todos un nombre claro y una fecha. Cada demanda puede contener solo hasta cinco líneas de gasto distintas. Sin embargo, no hay límite al número de demandas que se pueden presentar cada vez.

Se aconseja presentar las demandas a medida que se vayan produciendo, sin esperar a acumular varias. El trabajo será menor tanto para el demandante como para el tarificador del PMO y el pago será más rápido

1. En la pantalla de entrada del sistema, ir al icono “Reembolsos” y pulsar la casilla “Crear una demanda”
- 2) Especificar el lugar de trabajo (Delegación o no)
- 3) Especificar el tipo de demanda que se va a introducir

Notas Si hay una enfermedad grave reconocida, la línea correspondiente estará activa y se podrá seleccionar. Si este no es el caso, la línea estará gris.

Si se trata de un accidente o de una enfermedad profesional, debe indicarse la fecha del accidente o la de reconocimiento de enfermedad profesional.

Esto puede hacerse bien usando el calendario, bien usando la lupa y seleccionando la fecha de la lista que aparecerá.

- 4) Pantalla inicial de introducción de datos

En la parte superior de la pantalla aparecerán los datos ya existentes (por ejemplo, nombre del beneficiario. A continuación, hay que introducir los gastos, uno por uno.

- 5) El sistema indica la información a introducir. Pasando el cursor sobre los iconos o casillas correspondientes se obtendrá información adicional.

- 6) Completar la información del primer gasto (fecha, beneficiario, tipo de gasto, etc.)

Notas Los datos sobre los gastos se pueden introducir de dos maneras:

- Empezar a escribir un elemento significativo del dato (por ejemplo consulta **traumatólogo**). El sistema mostrará todas las opciones que la contienen, para escoger.
- Pulsar en el campo correspondiente para ver la lista completa de tratamientos

El sistema existe solo en inglés y en francés. Para la mayor parte de términos médicos, la equivalencia española no ofrece problemas. Sin embargo, hay algunos casos en los que no existe o es difícil de encontrar. (Por ejemplo, **endocrinología** no existía en inglés inicialmente). Si este es el caso, se puede añadir un comentario y el término en español.

¹ Nota: Para los jubilados, las opciones de accidentes y de enfermedades profesionales (excepto si se presentan tardíamente pero corresponden al tiempo de servicio activo) no son de aplicación. (ver seguros en vademecum)

7) Cargar el justificante de pago correspondiente.

Notas. Los justificantes se pueden cargar en el sistema de dos maneras:

- Uno por cada gasto (por ejemplo, visita inicial, análisis, visita siguiente, medicación, etc) Esta es la forma recomendada para agilizar el proceso.
- Introducir todos los gastos y al final cargar todos los justificantes. Quizá sea algo más rápido el proceso de introducción de la demanda, pero complica un poco su análisis.

El número de documentos cargados aparecerá en **rojo**. En cualquiera de ellos se pueden añadir comentarios, que aparecerán también en **rojo**.

Los informes médicos periódicos para enfermedades crónicas pueden también enviarse mediante escaneo



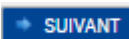
8) Para añadir otro gasto, pulsar en

9) Cuando se añaden gastos, el nombre del beneficiario, el país y la divisa de pago anteriores se añaden automáticamente para facilitar y agilizar la carga de datos. Pueden cambiarse si es necesario. Solo se admiten cinco gastos por solicitud.

Notas. Los gastos de farmacia admiten distintas modalidades de introducción. La recomendada es producto por producto. No obstante, también pueden introducirse factura por factura. En este caso, sería útil pedir al farmacéutico que incluya un máximo de cinco productos en cada factura, pero no es obligatorio. La receta es obligatoria. Para medicaciones de larga duración (por ejemplo enfermedades crónicas) puede enviarse cada vez una fotocopia de la receta inicial. En principio, la receta debe renovarse cada año. Si el producto no es reembolsable, el sistema lo notificará al usuario.

10) Cuando se llega al último gasto permitido, el sistema avisa al usuario. Al final de la página se muestra una lista de los documentos cargados y de los gastos a los que corresponden. Pueden revisarse los contenidos, y borrarlos si son erróneos.

11) Cuando la demanda está completa, pulsar en

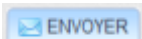


Validación de la solicitud

12) La última pantalla para la validación de la solicitud contiene:

- a) un resumen de la información general (estado de la demanda, Delegación (sí o no), tipo de reembolso solicitado y documentos presentados.
- b) una lista de todos los conceptos de gasto, en el orden en el que se introdujeron, con información adicional (por ejemplo notas) si la hay
- c) Los justificantes correspondientes a cada concepto de gasto aparecen si se pasa el ratón sobre el icono correspondiente

13) El borrador de la solicitud está completo. En este momento pueden (deben) consultarse las condiciones generales pulsando en el título de cada una de ellas. Si todo es correcto, pulsar en las tres y finalmente en el botón



Aceptación de la solicitud

14) Tras la introducción de la solicitud, hay dos opciones de respuesta del sistema:

- a) o bien la confirmación de la recepción correcta
- b) o bien informándole de que esta solicitud ha sido seleccionada al azar para una comprobación de conformidad. En este caso, que se produce aproximadamente en el 10% de las solicitudes, hay

que imprimir el resumen de la solicitud, con la lista de gastos y justificantes, y enviar esta lista con los documentos originales a la oficina de gestión, que realizará la comprobación y archivará los documentos originales. Hasta que este proceso se complete y reciba notificación del resultado del control, el estado de la solicitud en el sistema seguirá siendo “Esperando los documentos originales”

15) Para volver a la página inicial de introducción de solicitudes, pulsar el icono



16) Para ver el estado de sus solicitudes, tanto ya introducidas como en borrador, pulsar en el icono “Reembolsos” en “Mis demandas en curso”

4. Solicitud de autorización previa

Para enfermedades graves, para tratamientos que suponen un coste elevado y para tratamientos dentales, es precisa una autorización previa. En caso de urgencia, no es necesario esperar a obtener la autorización para empezar el tratamiento, pero hay que tener en cuenta que si el Servicio Médico no la estima procedente, los gastos correspondientes no serán abonados, aunque ya hayan sido efectuados.

La imagen muestra la interfaz de usuario de 'Autorisations médicales'. Hay tres secciones principales: 'Autorisation Préalable', 'Maladie Grave' y 'Devis Dentaire'. Cada sección tiene un botón 'Tout montrer'. La sección 'Devis Dentaire' está seleccionada y muestra una tabla con una sola fila de datos. A la derecha de la tabla, hay un botón con un icono de impresora que está rodeado por un círculo rojo y una flecha roja que apunta hacia él.

DATE DEMANDE	RÉFÉRENCE	BÉNÉFICIAIRE	DATE DÉBUT	DATE DE FIN	ÉTAT	COMMENTAIRE
23/08/2013	130823/P4512	[Redacted]	23/08/2013	23/08/2014	ATTENTE D'INFO	

Los pasos a seguir son muy similares para los tres tipos principales de autorización: autorización previa en general; enfermedad grave; tratamientos dentales.

a) Solicitud de autorización previa para tratamientos dentales

Nota: Existe un folleto explicativo para los tratamientos dentales que se puede encontrar en la columna de la derecha (Informaciones y enlaces útiles) de la pantalla de acceso

1. Escoger la opción “Crear una nueva solicitud”
2. Seleccionar el nombre del beneficiario. Si este nombre no aparece en la lista de beneficiarios, contactar al PMO para poner al día los datos.
3. Indicar la fecha del presupuesto médico que se va a presentar
4. Seleccionar “Dental cost estimate” en la lista de autorizaciones

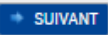
Pulsar SUIVANT

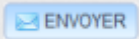
5. La pantalla siguiente pide especificar el tipo de presupuesto: standard o ortodóntico. Si es ortodóntico, aparecerá una nueva pantalla pidiendo la información a facilitar en este caso. Es preciso también especificar el país y la divisa (por defecto, el Euro) Pulsar SUIVANT

6. La pantalla siguiente solicita el presupuesto redactado por el dentista. Pulsar en la lupa para buscar el documento en el disco duro o en cualquier otro soporte digital usado. Asimismo se solicita añadir cualquier otro documento adicional (por ejemplo radiografías) que pudiesen ayudar al PMO a entender bien el caso. Para hacer esto, pulsar  [Ajouter un document](#)

7. En la pantalla siguiente, se solicita el informe médico correspondiente. Es conveniente añadir los documentos justificativos de que se disponga, como por ejemplo radiografías, pruebas médicas, etc.) que pudiesen ayudar al PMO a entender bien el caso.

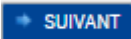
Importante: esta opción no permite documentos .doc o .docx. Hay que convertirlos a PDF.

8. Una vez seleccionado el documento correspondiente, pulsar  [Ajouter un document](#) para cargarlos en el sistema. Un icono de un fichero PDF confirma la correcta recepción del documento en el sistema. Pulsar 

9. La última pantalla presenta un resumen de todos los datos introducidos. Si todo es correcto, pulsar  Una vez cargados en el sistema no pueden hacerse cambios.

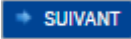
b) Solicitud de autorización previa en general

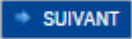
1. Escoger la opción “Crear una nueva solicitud”
2. Seleccionar el nombre del beneficiario. Si este nombre no aparece en la lista de beneficiarios, contactar al PMO para poner al día los datos.
3. Indicar la fecha de la prescripción facultativa o informe médico correspondiente
4. Seleccionar “Authorisation préalable” en la lista de autorizaciones

Pulsar 

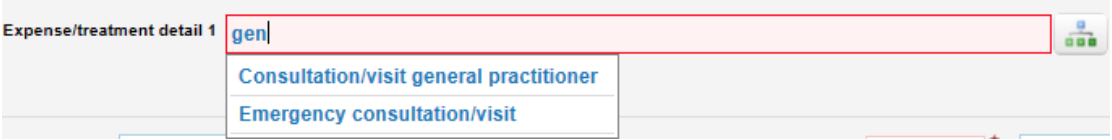
5. Si se trata de la prolongación o ampliación de una autorización previa, seleccionar “Oui” y la autorización correspondiente



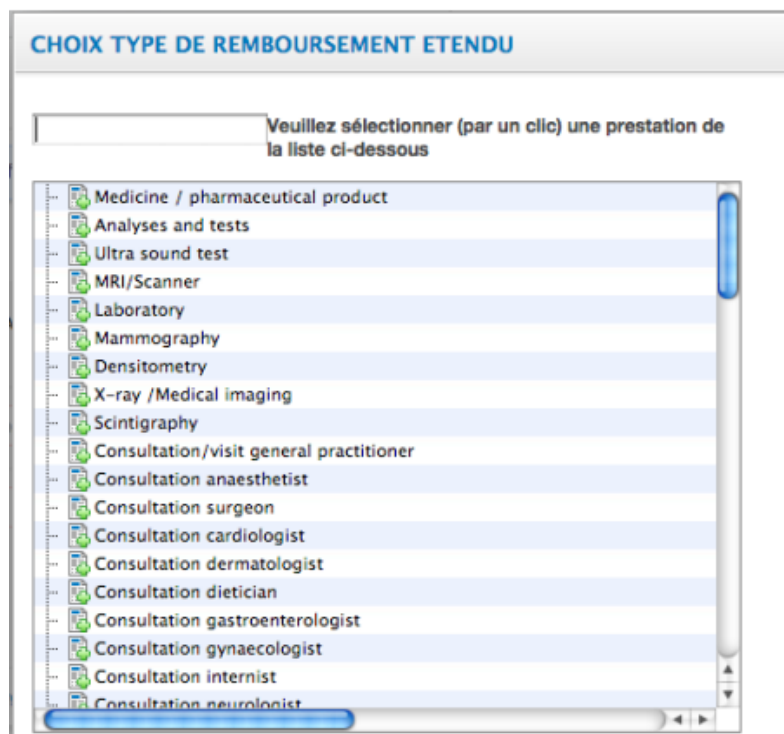
Pulsar 

6. La pantalla siguiente pide el tipo de autorización. El valor por defecto es “Standard” Pulsar 

7. Empezar a teclear una palabra clave (por ejemplo generalista) o un término específico en la casilla y se abrirá una lista reducida de las opciones existentes.



Si se prefiere, pulsar el botón  y se abrirá la lista general de tratamientos



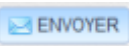
8. Una vez encontrado el tratamiento deseado, seleccionarlo y moverlo a la casilla de la derecha pulsando dos veces sobre él, o arrastrándolo con el ratón, o pulsando en la flecha azul. En caso de error, se puede borrar pulsando la “X”

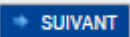
Pulsar 

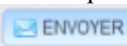
Nota: Pueden solicitarse un máximo de tres tratamientos cada vez. El Servicio Médico podrá pedirle que aporte información complementaria necesaria para la evaluación de su solicitud.

9. En la pantalla siguiente se solicitan los documentos necesarios para justificar la solicitud de autorización previa (por ejemplo, informe médico). Los documentos a aportar obligatoriamente aparecen en rojo. Se recomienda enviar también otros documentos útiles para que el Servicio aprecie bien su solicitud (por ejemplo radiografías, resultados de pruebas clínicas, etc.).

Importante: esta opción no permite documentos .doc o .docx Hay que convertirlos a PDF.

10. Una vez seleccionado el documento correspondiente, no olvidar pulsar  para cargarlos en el sistema. Un icono de un fichero PDF confirma su correcta recepción. Pulsar



11. La última pantalla presenta un resumen de todos los datos introducidos. Si todo es correcto, pulsar  Una vez hecho esto, no pueden hacerse cambios.

12. Permanecer atentos a las notificaciones del sistema, en las que aparecerá lo antes posible la respuesta del servicio correspondiente.

c) Solicitud de reconocimiento o prolongación de enfermedad grave

1. Escoger la opción “Crear una nueva solicitud”

2. Seleccionar el nombre del beneficiario. Si este nombre no aparece en la lista de beneficiarios, contactar al PMO para poner al día los datos.
3. Indicar la fecha de diagnóstico o de reconocimiento de la enfermedad grave, o la del informe médico en la que se ha basado

4. Seleccionar “Enfermedad grave” en la lista de autorizaciones. Pulsar

5. En la pantalla siguiente, se solicita el informe médico correspondiente. Es conveniente añadir otros documentos justificativos, como por ejemplo radiografías, pruebas médicas, etc.) que pudiesen ayudar al PMO a entender bien el caso. Para ello, pulsar en

Importante: esta opción no permite documentos .doc o .docx. Hay que convertirlos a PDF.

6. Una vez seleccionado el documento correspondiente, no olvidar pulsar

7. La última pantalla presenta un resumen de todos los datos introducidos. Si todo es correcto, pulsar Una vez cargados en el sistema no pueden hacerse cambios.

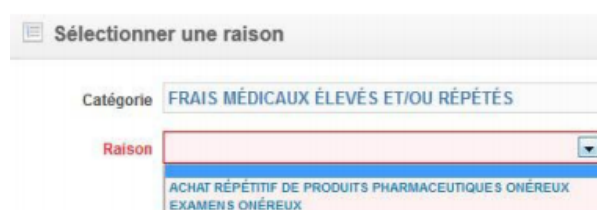
8. Permanecer atentos a las notificaciones del sistema, en las que aparecerá lo antes posible la respuesta del servicio correspondiente. El PMO avisa por correo electrónico de la existencia de una nueva notificación, pero no la envía; hay que descargarla.

5. Solicitud de subrogación de gastos (direct billing / prise en charge)

Para enfermedades que requieran hospitalización, que comporten costes elevados o que sean de larga duración, puede solicitarse la subrogación del gasto. En este caso, el PMO pagará directamente la factura del prestatario de servicios (hospital, casa de reposo, etc.)

1. En la primera pantalla del sistema, seleccionar “Prise en charge”
2. En la pantalla “Información general”, seleccionar el beneficiario; especificar si se trata de una extensión de una solicitud previa; seleccionar el tipo de solicitud.
3. En el caso de enfermedad grave ya reconocida, seleccionar el número de la decisión correspondiente de la lista. Si se ha introducido una solicitud de reconocimiento, pero todavía no se ha recibido la respuesta del PMO, hay que esperar a recibirla.
4. Seleccionar el tipo de subrogación de gasto

5. Según el tipo de gasto, se piden más detalles. Por ejemplo, para gastos elevados



6. Una vez seleccionado el tipo y la razón del gasto, hay que completar la información en las casillas correspondientes.

Para **Hospitalización**

- Fecha probable de ingreso en el hospital (o fecha estimada del parto)
- Descripción breve del tipo de operación
- Precio de la habitación al día
- Coste total estimado (**Nota: puede dejarse en blanco, ya que es imposible fijar con certeza el número de días de hospitalización**)
- Divisa de pago
- Documentación pertinente (informe médico, presupuesto, etc.)

El sistema muestra el número de documentos cargados. Sólo son obligatorios:

- Para cirugía plástica, la autorización previa
- Para cirugía de implante dental, el presupuesto correspondiente

Para otros tratamientos, la autorización previa es opcional

Para **Costes altos y/o repetitivos**

- Fecha de inicio del tratamiento
- Fecha de finalización
- Coste mensual
- Divisa de pago
- Descripción del tratamiento o nombre del (los) medicamento(s)
- Es obligatorio incluir al menos una prescripción facultativa

La autorización previa es opcional

Para **Convalecencia, casa de reposo o equivalente**

- Fecha de entrada
- Fecha de salida
- Autorización previa
- Coste mensual
- Divisa de pago

En los tres casos, hay dos modos de indicar el **proveedor de servicios** (hospital, farmacia, residencia, etc.). Solo los datos del hospital o clínica son necesarios; no los del médico.

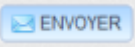
Atención: Es importante asegurarse de que el proveedor de servicios escogido conoce las reglas de funcionamiento RCAM.

Si el proveedor ya está incluido en la base de datos del PMO, una vez seleccionado el país, al teclear su nombre el sistema mostrará todos los datos necesarios.

Si el proveedor no está incluido en la base de datos del PMO, es preciso entrar sus datos (nombre, dirección, teléfono, fax, e-mail, etc.) y solicitar su inclusión. Para ello, el proveedor deberá rellenar dos fichas financieras (ver Vademecum p.11 y Anexo I)

7. Verificación y confirmación. Este paso es importante, ya que después no pueden hacerse cambios. Una vez comprobado que la información dada es correcta, hay que

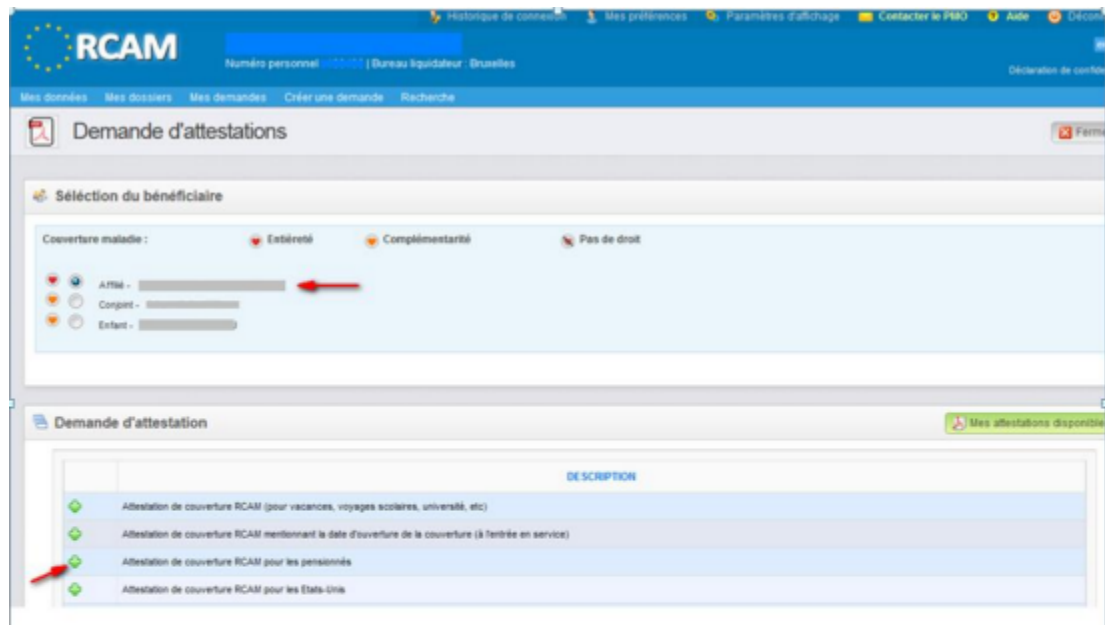
- contestar la pregunta relativa a la existencia de seguros complementarios
- aceptar las condiciones generales y la reglamentación vigente

Pulsar 

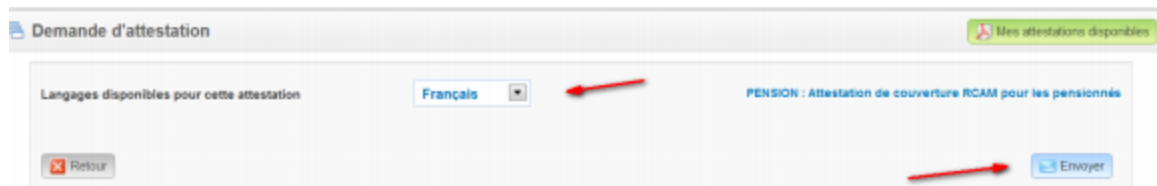
6. Solicitud de certificados

La última opción general del sistema (ver pantalla de entrada) se refiere a la obtención de certificados. Se recomienda obtener el certificado general de cobertura y llevarlo consigo. Fuera de las ciudades donde existen sedes de instituciones o agencias de la UE, es probable que la existencia y cobertura del JSIS – RCAM no sea conocida. Asimismo se recomienda obtener dos copias, una en el idioma del país donde se reside y otra en inglés para casos de viajes al extranjero.

1. Seleccionar el beneficiario



2. Seleccionar el idioma deseado



Normalmente, el certificado está disponible en breves minutos. Se notifica al usuario por correo electrónico para su descarga.

7. Otros aspectos prácticos del sistema

a) Seguimiento de las solicitudes presentadas

La segunda fila de iconos de la pantalla de entrada se destina al seguimiento de las solicitudes en curso. Pueden descargarse o imprimirse copias de todos sus documentos.

En esta línea se ofrece asimismo la posibilidad de consultar las notificaciones recibidas. Es conveniente hacerlo de vez en cuando. El sistema avisa del envío de una notificación personal por correo electrónico o por SMS, pero no del envío de notificaciones de carácter general (por ejemplo, de la próxima finalización del plazo para presentar información sobre otros beneficiarios a cargo del afiliado).

Nota. Las liquidaciones de las solicitudes presentadas se recibirán inmediatamente por vía electrónica (notificación) pero también por correo postal. En caso de duda o desacuerdo, conviene tomar contacto con el PMO a la mayor brevedad posible.

b) Acceso a la información personal

La última fila de iconos sirve para acceder a toda la información sobre el afiliado contenida en el sistema: datos administrativos, liquidaciones, solicitudes de reembolso, solicitudes de subrogación en el gasto, certificados, etc

Al empezar a usar el sistema es conveniente comprobar toda la información administrativa existente. Para su puesta en marcha, ha sido necesario digitalizar un gran número de documentos (más de tres millones) por lo que puede haber algunos errores. Hasta ahora, la experiencia del help-desk es muy satisfactoria en cuanto a esta posible existencia de errores, ya que se ha detectado un número casi insignificante.

c) Posibilidades de ayuda

Los números de teléfono y direcciones de correo electrónico de los distintos servicios del PMO están disponibles en el Vademecum y en el sitio internet de AIACE-ES.

Durante el uso del sistema, en cualquier momento puede accederse al servicio de atención Contact



PMO pulsando el icono del sobre. Al hacerlo se muestran una serie de casillas con los temas principales de consulta. En cada una de ellas hay una lista de “Preguntas frecuentes” junto con la opción de enviar una pregunta propia por correo. El acuse de recibo indica que las preguntas se contestarán en un plazo máximo de tres semanas, pero la experiencia muestra que la respuesta es mucho más rápida.

Para ayudar a los afiliados que empiezan a usar el sistema en línea, AIACE-ES ha puesto en marcha un servicio de “help-desk” disponible en helpdesk.rcam.es@gmail.com. Previa petición de cita, es posible también obtener la ayuda directa de un voluntario.

8. Otros servicios del sistema

Panel de información	Comentarios
 Informations - PMO NEWSLETTER - Dans votre intérêt, nous contrôlons les factures d'hôpital - Délai moyen de remboursement - PMO NEWSLETTER - RCAM - Conventions avec des Hôpitaux bruxellois - PMO NEWSLETTER - Consultez vos notifications dans RCAM en ligne Liens utiles - Soins médicaux - Traitements médicaux - Formulaires - Accords entre le RCAM et les hôpitaux - Trouver un dispensateur de soins en Belgique - Informations relatives aux pièces justificatives - Assurance maladie - Pièces justificatives - Délivrance de documents officiels par les prestataires de soins de santé en Belgique - Dentisterie: Fiches pratiques avec toutes les informations utiles et nécessaires Votre avis Donnez-nous votre avis sur RCAM en ligne	Estos enlaces refieren en general a información accesible en Staff Matters (antes MyIntracomm). Para acceder a ella, es necesario disponer del EU Login (ver introducción) Aquí aparecerán sus avisos de notificaciones (que recibirá asimismo por e-mail)

Nota para usuarios que prefieren el uso de menús desplegables



La guía se ha redactado refiriéndose a los iconos del sistema. Los usuarios que prefieran usar la barra de menú pueden hacerlo directamente desde la pantalla de entrada.