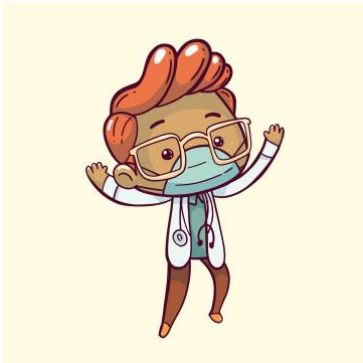




**Asociación Internacional de Antiguos
Funcionarios de la Unión Europea (AIACE)**



**El ABC del seguro de enfermedad de
las instituciones europeas (RCAM)**

Esta guía ha sido concebida por la AIACE Internacional para las familias y allegados de los pensionistas de las instituciones europeas, con el fin de comprender mejor las disposiciones estatutarias que rigen sus derechos pecuniarios y poder ayudarlos en situaciones específicas o complejas. Es una guía práctica que ofrece una visión general de estas disposiciones, que en ningún caso reemplaza a los documentos oficiales en vigor. Se refiere principalmente a la información publicada en el sitio web de la AIACE Internacional, accesible sin ningún login o contraseña, a través de hipervínculos donde se pueden encontrar todos los formularios y documentos necesarios.

El ABC del seguro de enfermedad se ocupa de normas comunes a todos los Estados miembros. No obstante, las características nacionales específicas se tratarán en documentos separados en el sitio web de cada sección.

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

Índice de materias

1. Introducción
2. Cobertura del RCAM: ¿Quién está cubierto y de qué manera?
3. Reembolso
 - 3.1. Generalidades
 - 3.2. Consulta y visita médica
 - 3.3. Teleconsulta médica
 - 3.4. Productos farmacéuticos
 - 3.5. Compra de productos farmacéuticos en línea
 - 3.6. Tratamientos dentales preventivos
 - 3.7. Gafas
 - 3.8. Aparatos auditivos
 - 3.9. Pedicura médica
 - 3.10. Osteopatía y fisioterapia
 - 3.11. Plantillas y zapatos ortopédicos
 - 3.12. Drenaje linfático
 - 3.13. Acupuntura
 - 3.14. Trastornos de la vista
4. Relaciones con el RCAM
 - 4.1. Bureaux liquidadores
 - 4.2. Gastos médicos excesivos
 - 4.2 bis. Coeficiente de base reembolsable
 - 4.3. Reembolso especial
 - 4.4. Anticipo sobre gastos médicos elevados
 - 4.5. Reembolso prioritario para gastos elevados
5. Autorización previa para el reembolso
 - 5.1. Principios básicos
 - 5.2. En qué casos es necesaria la autorización previa
 - 5.3. Cómo completar correctamente el formulario
 - 5.4. Autorización previa y régimen nacional de salud
 - 5.5. Autorización previa para el reembolso de gastos dentales
 - 5.6. Autorización previa para el reembolso de productos farmacéuticos
 - 5.7. Autorización previa para el reembolso de gastos de transporte
 - 5.8. Autorización previa para el reembolso de una cura termal
 - 5.9. Solicitud de reembolso
6. Hospitalización
 - 6.1. La toma a cargo

- 6.2. ¿Cuáles son los criterios de elegibilidad?
- 6.3. Cómo completar correctamente el formulario
- 6.4. Cuando no es posible la toma a cargo: el anticipo
- 6.5. La toma a cargo en países de la UE con medicina cara
- 6.6. Hospitalización fuera de la UE
7. Seguros complementarios CIGNA
 - 7.1. Generalidades
 - 7.2. Seguro "accidente"
 - 7.3. Seguro "hospitalización"
 - 7.4. Contactos CIGNA
 - 7.5. Grupo "seguros"
8. Detección médica
 - 8.1. Generalidades
 - 8.2. ¿A quién se dirigen los programas de detección médica?
 - 8.3. ¿Cómo está organizada la detección médica?
 - 8.4. Opciones posibles
 - 8.5. Procedimiento a seguir
 - 8.6. Etapas del programa
 - 8.7. Normas de reembolso
9. Reconocimiento de enfermedad grave
 - 9.1. Criterios de reconocimiento
 - 9.2. Duración de validez del reconocimiento
 - 9.3. Enfermedades consideradas graves
 - 9.4. Reembolso
10. Dependencia
 - 10.1. Reconocimiento de la dependencia: documentos a presentar
 - 10.2. Casas de reposo y de cuidados
 - 10.3. Cuidados a domicilio
 - 10.4. Aparatos ortopédicos, otro material médico y ayuda doméstica
11. Qué hacer en caso de fallecimiento
 - 11.1. Qué hacer con los recibos de los gastos médicos del fallecido o de sus derechohabientes
 - 11.2. Cuenta bancaria donde se ingresará la pensión de supervivencia
12. ¿A qué oficina liquidadora enviar los documentos?
13. ¿Dónde encontrar información? ¿Dónde encontrar ayuda?

1. Introducción

Los pensionistas de las instituciones de la UE, incluidos sus derechohabientes, están sujetos al Estatuto de los Funcionarios y al régimen aplicable a otros agentes de la UE. El Estatuto regula los derechos pecuniarios relativos, en particular, al seguro de enfermedad, la pensión y las asignaciones familiares.

Seguro de enfermedad

Los pensionistas de las instituciones están afiliados al Régimen Común de Seguro de Enfermedad de las Instituciones, denominado RCAM, que es un régimen primario de seguro de enfermedad. El funcionamiento del RCAM está regulado por el Reglamento Común y las Disposiciones Generales de Ejecución (DGE).

Pensión

Durante su tiempo en servicio, los pensionistas cotizaron mensualmente al Régimen de Pensiones de las Instituciones de la UE. Esta cotización les permitió adquirir derechos para recibir una pensión, cuyo monto se calcula en función de ciertos criterios, incluidos los años de servicio. La pensión se abona directamente por la institución en la cuenta del pensionista. Diversas disposiciones estatutarias se aplican a dicha pensión.

Asignaciones familiares

El pensionista de las instituciones puede tener derecho, dependiendo de su situación y ciertos criterios, a asignaciones familiares abonadas por la institución, tales como una asignación por hogar, una asignación por hijo a cargo o una asignación escolar.

En este documento nos limitaremos al seguro de enfermedad.

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

Los antiguos funcionarios y agentes están cubiertos a título primario.

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

- El cónyuge o pareja reconocida sin ingresos profesionales (o cuyos ingresos sean inferiores al 20% del nivel de salario AST_{2/1}) y que no tengan cobertura

en el sistema nacional de seguro de salud, se benefician de una cobertura primaria. Lo mismo se aplica al ex cónyuge o pareja reconocida cuando ésta reciba una pensión de supervivencia.

- El cónyuge o pareja reconocida con ingresos profesionales y cobertura en el sistema nacional de seguro de salud, se beneficia de una cobertura complementaria, siempre y cuando sus ingresos anuales imponibles no superen el límite definido anualmente por el RCAM en su país. Los límites por país se envían cada año a los afiliados afectados. El beneficio de la cobertura complementaria se otorga sobre la base de la declaración de ingresos del cónyuge o pareja reconocida, la cual debe enviarse antes del 30 de junio y es válida por un año, renovable de julio a julio.
- Los hijos tienen derecho a una cobertura primaria o complementaria, según su situación:
 - Si están cubiertos por el sistema nacional de seguro de salud del cónyuge (padre del niño), se benefician de una cobertura complementaria del RCAM siempre que se paguen asignaciones familiares para estos niños (hasta un máximo de 26 años).
 - Una vez que cesan las asignaciones familiares (por finalización de estudios, más de 26 años o empleo remunerado como estudiante), la cobertura del RCAM también cesa.
 - Es posible solicitar una prórroga de la cobertura por un máximo de 12 meses para los hijos que no tengan un empleo remunerado o que estén en período de prueba para acceder al régimen nacional de seguridad social.

3. Reembolso

3.1. Generalidades

Los pensionistas deben presentar una solicitud de reembolso al RCAM, ya sea a través de MyPMO o RCAM en línea, o en papel, pero nunca ambas formas a la vez. Se aplica una tasa de reembolso del 80% o 85%, dependiendo de los servicios prestados, sujeto a la aplicación del principio de excesividad (ver punto 4.2). En casos de enfermedad grave reconocida por el RCAM, algunos gastos pueden ser reembolsados al 100%, también sujetos a la regla de excesividad.

Se aplican límites de reembolso para mantener el equilibrio financiero del régimen, así como coeficientes de igualdad que se establecen al menos cada dos años para garantizar un trato equitativo en los Estados miembros de la UE.

A partir del primer día de pensión, solo se debe utilizar el número de pensión. El pensionista sigue teniendo la libertad de elección del proveedor de servicios (médico, fisioterapeuta, enfermera, etc.), al igual que los miembros de la familia que se benefician de la cobertura primaria. Sin embargo, el cónyuge con cobertura complementaria no tiene esta libertad de elección y debe recurrir primero al sistema nacional de seguridad social y luego solicitar el reembolso, con el RCAM actuando como régimen complementario.

Nota importante: En el formulario de solicitud de reembolso, siempre se debe indicar el número de pensión en la sección correspondiente.

Las solicitudes de reembolso en papel deben estar acompañadas por los justificantes originales. Las copias deben ser conservadas por el afiliado durante 18 meses a partir de la fecha de recepción del desglose de gastos. Si las solicitudes se realizan en línea, los documentos originales también deben conservarse durante el mismo periodo. En caso de un reembolso complementario, se debe adjuntar la factura original pagada, junto con un desglose detallado de los reembolsos recibidos del sistema nacional.

Advertencia: La solicitud de reembolso debe presentarse dentro de los 18 meses posteriores a la fecha de la prestación.

En Bélgica, teóricamente, las prescripciones médicas son válidas por dos años, siempre que el tratamiento haya comenzado dentro de los seis meses desde la fecha de emisión. Sin embargo, este plazo varía según el Estado miembro y depende del lugar donde se preste el servicio médico.

En caso de accidente, los pensionistas ya no disfrutan de la cobertura que tenían durante su actividad (hay opción de contratar un seguro privado de accidentes; ver punto 6).

3.2. Consultas y visitas médicas

Las consultas y visitas médicas, tanto a médicos generalistas como a especialistas, son reembolsadas al 85% (100% en caso de enfermedad grave) dentro del límite de un tope máximo, al cual se aplica el coeficiente de igualdad.

Los gastos por visitas a urgencias en horario nocturno, los fines de semana y días festivos también son reembolsados al 85% o al 100% en caso de enfermedad grave.

Documentación necesaria: Se debe adjuntar al formulario de solicitud de reembolso la certificación de la consulta en el consultorio o a domicilio, especificando siempre el nombre completo del paciente, la fecha y el importe de los honorarios.

3.3. Teleconsulta médica

A raíz de la pandemia de COVID-19 y las medidas de confinamiento resultantes, las teleconsultas médicas se han extendido. Estas consultas son reembolsadas por el RCAM bajo el mismo código que las consultas presenciales.

3.4. Productos farmacéuticos

Los productos farmacéuticos son reembolsados al 85%.

Nota importante: Algunos productos farmacéuticos están sujetos a autorización previa (AP) y otros no son reembolsables, incluso si son prescritos por un médico (ver punto 5).

Condiciones:

- Deben estar prescritos obligatoriamente.
- Se debe adjuntar el recibo oficial emitido por la farmacia, incluyendo:
 - El nombre del médico prescriptor.
 - El nombre completo del paciente.
 - La denominación del medicamento prescrito.
 - El precio de cada producto.
 - La fecha de entrega de los medicamentos.
 - El sello y la firma del farmacéutico.

Para los países donde no existe un recibo oficial, se debe añadir una copia de la receta médica a la factura original. En caso contrario, no se requiere la receta.

3.5. Compra de productos farmacéuticos en línea

El RCAM puede reembolsar ciertos productos farmacéuticos comprados en línea si en la factura se incluyen todos los datos necesarios para el reembolso (ver sección anterior sobre productos farmacéuticos). Estos pueden ser expedidos por un farmacéutico, un médico u otro organismo o sistema autorizado para dispensar medicamentos en el Estado miembro correspondiente. Se entiende por farmacéutico una farmacia en línea reconocida oficialmente en el Estado miembro.

3.6. Tratamientos dentales preventivos

Son reembolsados al 80%, con un tope anual establecido por calendario y por beneficiario. Los tratamientos relacionados con implantes y coronas están incluidos en los tratamientos preventivos. Si los tratamientos no son preventivos, están sujetos a autorización previa (ver punto 5).

Nota importante: Se debe adjuntar al formulario una factura oficial detallada emitida por el dentista.

3.7. Gafas

Las gafas son reembolsadas al 85% hasta el límite aplicable. Se permite un máximo de 2 pares de gafas cada 2 años, salvo en caso de un cambio de dioptrías o de eje igual o superior a 0.50, certificado médicamente en comparación con el último reembolso.

Las lentes de contacto y los productos de mantenimiento también se reembolsan al 85%, con un límite aplicable en un periodo continuo de 2 años. El formulario debe ser completado por el óptico y adjuntado a la factura.

Existe un documento que explica cómo proceder para obtener un reembolso rápido de tus gafas.

Para el reembolso, se requiere una factura debidamente conformada que debe especificar:

- El nombre completo del cliente.
- El tipo de visión y el detalle de las dioptrías.

- Para las gafas: los precios de la montura y los cristales deben estar desglosados.
- La fecha de compra.
- El nombre completo del proveedor (sello y firma).

3.8. Aparatos auditivos

Los aparatos auditivos son reembolsados al 85%, con un tope por aparato, sin necesidad de autorización previa. Para tener derecho al reembolso, se requiere una prescripción médica por un médico otorrinolaringólogo (ORL) o un audiólogo, acompañada de los resultados audiométricos con y sin el aparato.

Se permite la renovación después de 5 años. El mantenimiento y las baterías no son reembolsables.

3.9. Pedicura médica

La pedicura médica es reembolsada al 80%, con un tope, bajo las siguientes condiciones:

- Prescripción médica.
- La pedicura debe ser realizada por un profesional legalmente reconocido por el Ministerio de Salud Pública del país donde se realice la prestación médica.
- Recibo oficial conforme a la legislación del país donde se efectúe el tratamiento.

3.10. Osteopatía y fisioterapia

- Osteopatía: Se requiere una prescripción médica, con un límite de 24 sesiones por año, reembolsadas al 80% con un tope máximo. Si se necesita un número mayor de sesiones, es necesario solicitar una autorización previa (ver punto 5).
- Fisioterapia: Una prescripción médica es suficiente, con un límite de 60 sesiones por año, reembolsadas al 80% con un tope máximo. Si se necesitan más sesiones, se debe solicitar una autorización previa junto con el informe médico que justifique la continuación del tratamiento (ver punto 5).

3.11. Plantillas y zapatos ortopédicos

- Plantillas: No se requiere autorización previa (ver punto 5), solo una prescripción médica. El reembolso es del 85%, con un máximo de 4 plantillas por año, hasta un tope por plantilla.
- Zapatos ortopédicos: Requiere autorización previa (ver punto 5), además de la prescripción médica (debe adquirirse en tiendas especializadas tipo ortopedias). El reembolso es del 85%, con un máximo de 2 pares por año y un tope por par.

3.12. Drenaje linfático

Requiere autorización previa (ver punto 5), además de una prescripción médica. El número de sesiones está limitado a 20 por año y el reembolso es del 80%, con un tope máximo. No hay limitación de sesiones ni tope en caso de enfermedad grave.

3.13. Acupuntura

No requiere autorización previa. Se debe adjuntar una prescripción médica detallada a la solicitud de reembolso, que debe incluir:

- El nombre y las referencias oficiales del médico que prescribe.
- El nombre completo del paciente.
- La fecha de emisión.
- El tipo de tratamiento, su motivación médica (razón del tratamiento, contexto patológico) y el número de sesiones prescritas.

El número de sesiones reembolsables está limitado a 30 por año, y el reembolso es del 80%, con un tope. El tratamiento debe ser realizado por un profesional autorizado legalmente a realizar este tipo de procedimientos en el país correspondiente.

3.14 Trastornos de la vista

Las normas de reembolso varían según el tipo de tratamiento oftalmológico. En algunos casos, se requiere una autorización previa o documentos justificativos.

Atención: la cirugía de cataratas requiere autorización previa si tiene menos de 55 años.

4. Relaciones con el RCAM

4.1. Oficinas liquidadoras

Las oficinas liquidadoras que gestionan las solicitudes de reembolso y las autorizaciones previas dependen del lugar de residencia del afiliado y están distribuidas en tres sitios: Bruselas, Ispra y Luxemburgo. Las direcciones están en el punto 12 del documento.

4.2. Gastos médicos excesivos

Cuando no se fija un tope de reembolso y, aun en casos de reembolso al 100%, la parte de los gastos que exceda considerablemente los precios medios aplicados en el país donde se han realizado las prestaciones puede ser excluida del reembolso. La evaluación se realiza caso por caso por un equipo especializado, con el asesoramiento de un médico.

4.2 bis. Coeficiente de base reembolsable

Para los gastos médicos incurridos en países llamados “de medicina cara” fuera de la UE (notablemente en EE. UU., Noruega y Suiza), el monto a cargo del afiliado puede ser muy elevado, a pesar de la aplicación del coeficiente de base reembolsable (ver punto 6.5).

4.3. Reembolso especial

El afiliado puede tener derecho a un reembolso especial (según el artículo 72.3 del Estatuto) si los gastos que quedan a su cargo, que no están excluidos de la aplicación de dicho artículo (por ejemplo, debido a la aplicación del principio de excesividad) y que no han sido reembolsados por otro seguro, superan la mitad de su pensión anual básica durante un período de 12 meses.

4.4. Anticipo sobre gastos médicos elevados

El anticipo es posible solo para los afiliados con cobertura primaria. Se concede de forma excepcional y, en principio, está vinculado al monto de la pensión del afiliado. Los tipos de gastos médicos potencialmente cubiertos por el anticipo se detallan en el formulario correspondiente.

Se requiere una estimación de los costos de los cuidados y la fecha prevista. El afiliado debe pagar las facturas, solicitar el reembolso, y el RCAM deducirá entonces el monto del anticipo de los reembolsos posteriores. Para anticipos en caso de hospitalización, ver el punto 6.4.

4.5. Reembolso prioritario para gastos elevados

Con el fin de facilitar la situación del afiliado, puede concederse un reembolso prioritario cuando el afiliado ha pagado personalmente los gastos médicos. Este reembolso se otorga a los afiliados con cobertura primaria del RCAM que han pagado gastos médicos superiores a 600 euros. El plazo máximo es de 15 días después del pago de los gastos para enviar la solicitud de reembolso. Se debe completar el formulario y adjuntarlo a la solicitud de reembolso.

5. La autorización previa para el reembolso

5.1. Principios básicos

Para que algunos servicios médicos sean reembolsados, es necesario obtener una autorización previa (AP). Para permitir el reembolso (ya sea de carácter médico o dental) o para ajustar el porcentaje de reembolso en casos de enfermedad grave (ver punto 7), la solicitud de autorización previa debe ser presentada mucho antes de que comience un tratamiento o intervención. Si hay una urgencia, los cuidados necesarios pueden comenzar antes de recibir la aprobación del reembolso.

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

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

Este formulario detalla los servicios que requieren una autorización previa.

5.3. Cómo completar correctamente el formulario:

Es importante indicar para quién se solicita la AP: afiliado principal, cónyuge o pareja reconocida, hijo o persona asimilada a un hijo a cargo.

- Verificar que la prescripción y el informe médico estén completos y sean legibles (especificando el problema médico a tratar, el número de sesiones, tipo de tratamiento, duración, fecha).
- Si el informe médico está redactado en un idioma diferente al francés o al inglés, se recomienda adjuntar una traducción libre para acelerar la gestión del expediente.
- Una vez completados todos los documentos, enviarlos a la Oficina Liquidadora correspondiente.

Transmisión de los documentos: Puede hacerse en papel o en línea, pero nunca ambas formas a la vez.

5.4. La autorización previa y el régimen nacional de salud

Para el beneficiario de la cobertura complementaria, es necesario justificar que el sistema público nacional al que está afiliado tiene carencias (como tiempo de espera, falta de equipamiento para diagnóstico, etc.). En este caso, la AP debe ser solicitada antes del inicio de los cuidados.

Para un beneficiario con cobertura primaria o un niño con cobertura complementaria, esta obligación no existe.

5.5. La autorización previa para el reembolso de gastos dentales

Una autorización previa es necesaria si el tratamiento dental no es preventivo (ver punto 3.6). Los casos en los que se requiere AP son los siguientes:

- Prótesis dentales (coronas, puentes, inlays, prótesis completas...). El reembolso de coronas está sujeto a un tope.
- Implantes: el reembolso está limitado a 4 implantes por mandíbula, con un máximo de 8 implantes por beneficiario a lo largo de su vida.
- Tratamiento periodontal (tratamiento de las encías en adultos).
- Oclusodontia (férula oclusal).
- Ortodoncia (aparato dental en niños).

Para las solicitudes en papel, los documentos siguientes deben acompañar el formulario de AP: la parte del presupuesto del formulario, las radiografías y

el plan detallado del tratamiento. Estos documentos deben enviarse en un sobre cerrado marcado con “secreto médico” a la Oficina Liquidadora correspondiente.

Advertencia: Para el reembolso, se debe adjuntar una factura oficial detallada emitida por el dentista a la parte “honorarios” del formulario correspondiente.

5.6. La autorización previa para el reembolso de productos farmacéuticos

El reembolso de ciertos medicamentos también requiere una AP, presentando un informe médico.

Si accedes a RCAM en línea, en la pantalla principal, haz clic en la pestaña “búsqueda”, luego “lista de productos farmacéuticos”, y podrás ver si el medicamento es reembolsable y si está sujeto a AP o no.

5.7. La autorización previa para el reembolso de gastos de transporte

Esto depende de si el transporte es urgente o no.

- Transporte urgente: No se requiere AP, pero se deberá justificar la urgencia. El viaje de regreso, sin embargo, sí requiere una AP.
- Transporte no urgente: Se debe adjuntar a la solicitud de AP un certificado médico que indique el motivo médico, el número de desplazamientos, la ruta realizada y el modo de transporte necesario. Es posible solicitar una AP para una serie de desplazamientos, en cuyo caso se deberá adjuntar a la prescripción médica el kilometraje y el número de viajes (por ejemplo, para sesiones de fisioterapia o quimioterapia).

El reembolso solo se otorga en casos específicos:

- Del centro hospitalario más cercano al domicilio.
- Viajes de ida y vuelta para sesiones de radioterapia o quimioterapia.
- Traslado de un centro hospitalario que no tiene el equipo necesario al centro más cercano que sí lo tenga.

No se reembolsan los siguientes casos:

- Gastos de repatriación en caso de enfermedad o accidente.
- Gastos de transporte para consultas con un médico generalista.
- Gastos de transporte en vehículo privado dentro de la misma ciudad, excepto para tratamientos repetitivos importantes.

5.8. La autorización previa para el reembolso de una cura termal

La estancia en un centro termal debe durar entre 10 y 21 días. Una cura debe incluir al menos dos tratamientos adecuados por día y no puede ser interrumpida.

Se permite una cura por año, con un máximo de 8 curas a lo largo de la vida del beneficiario para cada una de las patologías detalladas en las Disposiciones Generales de Ejecución (DGE). Sin embargo, es posible realizar una cura por año en el caso de una enfermedad grave reconocida o de psoriasis severa que no responda a tratamientos convencionales.

Al menos 6 semanas antes de la cura, se debe enviar el formulario de AP acompañado de la prescripción médica del médico tratante, independiente del centro de cura, y un informe médico detallado realizado en los últimos 3 meses. Este informe deberá especificar los antecedentes del paciente, la duración de la cura, la naturaleza de los tratamientos a seguir y el tipo de centro termal adecuado según la patología.

5.9. Solicitud de reembolso

La solicitud de reembolso solo se presentará después de que el afiliado haya recibido la notificación de la autorización para el reembolso del tratamiento solicitado. Esta notificación incluirá:

- La referencia de la autorización.
- El número de prestaciones reembolsables eventualmente concedidas.
- Cualquier comentario del médico asesor.
- El período de validez de la autorización.

Advertencia: El período de validez es importante, ya que los cuidados deben realizarse estrictamente dentro de dicho período y condiciona una eventual solicitud de renovación.

6. Hospitalización

Los gastos de hospitalización son reembolsados por el RCAM, en principio, a una tasa del 80% al 85%. Las prestaciones hospitalarias están sujetas a límites. Se han celebrado acuerdos con clínicas y hospitales en Bélgica, Alemania y Luxemburgo para fijar los honorarios máximos de los médicos, así como los costos de estancia en estos establecimientos.

Advertencia: Es importante ser consciente de que el monto que queda a cargo del afiliado puede ser elevado (más allá del 15% habitual). Por ello, se recomienda informarse de antemano sobre las tarifas que se aplicarán antes de la intervención o los cuidados previstos. Se aconseja solicitar una estimación de los costos a los prestadores o al hospital (ver punto 6.3).

Es útil enviar el informe de hospitalización emitido por el médico o el cirujano para facilitar la gestión del expediente de reembolso de los gastos hospitalarios.

6.1. La toma a cargo

Si el afiliado debe enfrentarse a gastos importantes, puede solicitarse una “toma a cargo” que permita no tener que adelantar los gastos. Sin embargo, esto no es un derecho, sino una posibilidad ofrecida por el RCAM a sus afiliados y beneficiarios.

- En un contexto de urgencia: En este caso, el RCAM siempre concede una carta de toma a cargo dentro de la Unión Europea, incluso a posteriori. Se considera una urgencia cuando la admisión en el hospital es por el servicio de urgencias.

6.2. ¿Cuáles son los criterios de elegibilidad?

La toma a cargo puede concederse según los siguientes criterios:

- En caso de hospitalización, incluso si es solo por un día, cuando se trata de:
- Tratamiento de afecciones médicas o intervenciones quirúrgicas.
- Rehabilitación o reeducación funcional tras una afección médica o una operación quirúrgica invalidante.
- Tratamiento de trastornos psiquiátricos.
- Cuidados paliativos.

- En el caso de tratamientos ambulatorios pesados en el contexto de una enfermedad grave (por ejemplo, quimioterapia).
- En el caso de compras recurrentes de medicamentos costosos de uso regular, de una ambulancia o de un vehículo sanitario ligero, o de exámenes costosos si el costo supera el 20% de la pensión básica del afiliado.

6.3. Cómo completar correctamente el formulario

Es importante leer atentamente el formulario y responder con precisión a todas las preguntas.

Advertencia: No olvidar mencionar una estimación del costo total para los establecimientos de salud (hospitales, clínicas, centros de rehabilitación) con los que no se haya celebrado ningún acuerdo, y también en el caso de exámenes costosos, de manera que el RCAM pueda determinar si dicho costo supera el 20% de la pensión del afiliado.

Los honorarios del cirujano y del anestesista deben desglosarse del costo de la intervención. El afiliado será informado con antelación por el servicio de toma a cargo si hay un exceso del 15% a su cargo, para que pueda eventualmente negociar con el establecimiento de salud o cambiarlo.

6.4. Cuando no es posible la toma a cargo: el anticipo

En algunos Estados miembros, ciertos hospitales y clínicas no aceptan la toma a cargo de la Comisión. En este caso, puede concederse un anticipo (ver punto 4.4). El afiliado deberá enviar al servicio de toma a cargo el formulario de solicitud de anticipo para gastos médicos elevados, acompañado de una estimación de los costos. Este servicio enviará una ficha financiera para completar y así acreditar la cuenta del afiliado.

6.5. La toma a cargo en países de la UE con medicina cara

Un número creciente de hospitales en países como el Reino Unido o Portugal facturan tarifas muy elevadas.

El RCAM ofrece dos alternativas:

1. El afiliado paga las facturas y solicita inmediatamente el reembolso, utilizando la posibilidad de un reembolso prioritario para gastos elevados (ver punto 4.5).
2. El afiliado solicita un anticipo y luego paga las facturas (ver punto 4.4).

6.6. Hospitalización fuera de la UE

En el caso de hospitalización fuera de la Unión Europea (particularmente en EE.UU., Suiza, Noruega), el procedimiento es bastante largo y complejo, especialmente en la gestión de los expedientes y la verificación financiera. Por esta razón, el RCAM generalmente no concede la toma a cargo, salvo en circunstancias excepcionales, como una admisión de urgencia. El afiliado tendrá las mismas opciones que para los países de la UE con medicina cara (ver punto 6.5).

Se recomienda encarecidamente, en caso de viaje a estos países, contratar un seguro específico de tipo asistencia que cubra, entre otras cosas, los gastos de transporte y repatriación, los cuales no están previstos por el RCAM.

7. Seguros complementarios CIGNA

7.1. Generalidades

La AIACE ha suscrito, a través del corredor de seguros belga CIGNA, un contrato de seguro de “accidente” similar al que garantiza el Estatuto para los empleados en activo, así como un contrato de seguro complementario de “hospitalización”.

7.2. Seguro “accidente”

Este seguro ofrece cobertura mundial y puede contratarse hasta la víspera del 80º cumpleaños. Proporciona una indemnización complementaria al reembolso del RCAM para los gastos médicos, cubriendo hasta el 100% de los costes, independientemente de los límites aplicables bajo el RCAM. Sin embargo, el médico asesor de CIGNA puede reducir o rechazar el reembolso de ciertos gastos considerados no esenciales o excesivos. El seguro también prevé el pago de un capital en caso de fallecimiento o invalidez debido a un accidente.

La prima correspondiente a este seguro se deduce mensualmente de la pensión por parte de la Comisión. La prima se expresa en porcentaje de la pensión y, por lo tanto, su monto está relacionado con la cuantía de la misma.

Para declarar un accidente y solicitar el reembolso de los gastos incurridos, se debe enviar el formulario de declaración de accidente y el certificado médico completado por el médico, dentro de los 15 días posteriores al accidente, a:

- CIGNA Eurprivilèges

PO Box 69

2140 ANVERS, Bélgica

O enviar por correo electrónico a *benefits@cigna.com*.

Advertencia: Dado el riesgo de pérdida del correo, se recomienda enviar la documentación por correo certificado si se opta por enviarla por correo postal.

Existe un documento que describe el historial de este seguro, sus características y sus diferentes opciones. Para solicitar el reembolso de los gastos incurridos, se debe enviar el desglose de RCAM y una copia de las facturas a la dirección postal mencionada anteriormente (se recomienda enviar por correo certificado) o a *benefits@cigna.com*.

7.3. Seguro “hospitalización”

La AIACE ha suscrito con el mismo corredor, CIGNA, un contrato que permite cubrir los gastos médicos derivados de una hospitalización o intervención que no hayan sido reembolsados completamente por el RCAM. El plazo para suscribirse a este seguro es hasta la víspera del 67º cumpleaños. El importe de la prima anual es fijo, pero sujeto a indexación anual. Una eventual revisión de esta prima puede aplicarse en acuerdo con la AIACE.

Para solicitar el reembolso de los gastos incurridos, se debe enviar el desglose del RCAM y una copia de las facturas a la misma dirección postal que para el seguro de “accidente” o a *claimso82@eurprivileges.com*.

Existe un documento que describe las diferentes opciones de este seguro.

7.4. Contactos CIGNA

CIGNA organiza reuniones con cita previa, ya sea en persona en las oficinas de AIACE en Bruselas o a través de videoconferencia. Los puntos de contacto son los siguientes:

- Correo electrónico: *info@eurprivileges.com*
- Teléfono: +32 3 217 65 76

7.5. Grupo de “seguros”

La AIACE dispone de un grupo de “seguros” que supervisa el funcionamiento de estas pólizas, incluidos los precios. Este grupo también ofrece asesoramiento sobre seguros y asiste a los afiliados en caso de dificultades en sus relaciones con el corredor CIGNA. Para cualquier pregunta, el grupo está disponible en la siguiente dirección de correo electrónico: *aiace.assurances@gmail.com*.

8. Detección médica

8.1. Generalidades

La Comisión ofrece a los pensionistas programas de detección médica cada 2 años, cuyos contenidos se basan en las mejores prácticas científicamente reconocidas y avaladas por las instancias médicas oficiales de las instituciones (Consejo médico del RCAM).

El contenido y la periodicidad del programa dependen de la edad y el sexo del beneficiario.

La detección puede realizarse en un centro “acreditado”, con el cual el PMO ha celebrado un contrato, o en un centro de elección personal.

Los exámenes previstos en el programa se reembolsan al 100% en los centros acreditados, los cuales facturan directamente a la Comisión, o hasta el límite aplicable en otros centros.

8.2. ¿A quién se dirigen los programas de detección médica?

El programa de detección está dirigido a todas las personas mayores de 18 años cubiertas por el RCAM a título primario o complementario. Los cónyuges que se benefician de una cobertura primaria tienen exactamente los mismos derechos. Sin embargo, para los cónyuges con cobertura complementaria, el derecho a facturación directa por el RCAM a un centro acreditado solo se aplica a las personas que residen en países donde el sistema nacional de salud no cubre los gastos de detección médica, como Dinamarca, Finlandia, Italia, España, Portugal, Grecia, Irlanda, Suecia y Eslovaquia.

En los demás países de la UE, un cónyuge con cobertura complementaria no puede beneficiarse de la facturación directa, por lo que debe pagar las

facturas y luego solicitar el reembolso a su régimen nacional de seguridad social antes de ser reembolsado por el RCAM.

8.3. ¿Cómo está organizada la detección médica?

Existen dos tipos de programas de detección médica para los pensionistas:

- Para las mujeres a partir de los 60 años: programa 3, cada dos años.
- Para los hombres a partir de los 60 años: programa 6, cada dos años.

8.4. Opciones posibles

- El programa puede realizarse en un centro “acreditado” (con el cual el PMO ha celebrado un acuerdo), siendo esta la opción más simple y económica, ya que se beneficia de la facturación directa.
- También puede realizarse con médicos o centros no acreditados, por elección del afiliado o porque no hay un centro acreditado disponible en su país de residencia (filiación libre). En este caso, se deben pagar los exámenes y luego solicitar el reembolso.

8.5. Procedimiento a seguir

Antes de comenzar los exámenes, se debe solicitar una “invitación” ya sea a través de RCAM en línea, mediante un ticket en el Staff contact, llamando al +32 2 291 11 11 (de lunes a viernes, de 9:30 a 12:30, seleccionando la opción 1 y luego la opción 4), o por correo a la siguiente dirección:

Commission européenne RCAM-Médecine préventive

1049 Bruxelles,

Belgique

Esta invitación, una vez validada, incluye varios documentos:

- La carta de invitación, que indicará “con facturación directa” si has elegido un centro acreditado, o “sin facturación directa” si has elegido un centro no acreditado.
- Una nota explicativa para el médico.

- El detalle del programa, que debe ser firmado por ti y por el médico en la consulta inicial (ver más adelante).
- Una declaración relacionada con tu participación en el programa de detección, que debes firmar y fechar.

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

Advertencia: La fecha del último examen determina la periodicidad para el programa siguiente.

8.6. Etapas del programa

- Solicitar una cita en el centro acreditado, especificando que se trata de un programa de detección y cuál es el programa.
- El médico del centro o tu médico generalista (según el tipo de invitación) prescribirá los exámenes recomendados entre los “exámenes estándar” del programa. Si se proponen exámenes adicionales no previstos en el programa o para los cuales no cumples los requisitos de edad o periodicidad, se debe solicitar una autorización previa (ver punto 5).
- Realizar los exámenes en el centro acreditado o con el médico de tu elección.
- En el caso de una invitación libre, solicitar una consulta de cierre con el mismo médico que realizó la consulta inicial. Esta consulta puede sustituirse por un informe médico si la invitación es para un centro no acreditado.

8.7. Normas de reembolso

- El reembolso es del 100%, con los límites aplicables. Advertencia: Se debe tener en cuenta el límite de excesividad.
- En caso de una carta de invitación con facturación directa en un centro acreditado, no tienes que pagar nada, ya que los gastos son facturados al RCAM. Sin embargo, debes pagar las consultas iniciales y de cierre con el médico de tu elección, y luego solicitar el reembolso al RCAM.
- En caso de una carta de invitación sin facturación directa en un centro no acreditado, debes pagar todos los gastos y luego solicitar el reembolso al RCAM.

- En caso de exámenes “añadidos” que no figuren en el programa o para los cuales no se cumplan los requisitos de edad o periodicidad, se pueden añadir al programa con o sin autorización previa. Para ello, deberás seguir el procedimiento habitual de solicitud de AP (ver punto 5) y adjuntar una copia del programa completado por el médico, así como una justificación médica del médico. Estos exámenes añadidos deberán pagarse y podrán reembolsarse al 100% si se concede la AP, o al porcentaje estándar si la AP es denegada.

Advertencia: Existe un formulario especial de reembolso para el “programa de detección del RCAM”. Debes hacer una única solicitud por programa.

Documentos obligatorios para adjuntar a la solicitud de reembolso:

- Los certificados médicos del médico.
- Las facturas de los exámenes.
- Las posibles autorizaciones previas.
- En caso de que aplique la cobertura complementaria, las certificaciones de los montos recibidos del régimen nacional.

9. Reconocimiento de enfermedad grave

9.1. Criterios de reconocimiento

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

- Pronóstico vital desfavorable.
- Evolución crónica.
- Necesidad de medidas diagnósticas y/o terapéuticas complejas.
- Presencia o riesgo de discapacidad grave.

Se debe adjuntar al formulario de solicitud un informe médico que incluya:

- La fecha del diagnóstico y el diagnóstico preciso.
- El estado de evolución.

- Las posibles complicaciones.
- El tratamiento necesario.

Enviar estos documentos bajo sobre cerrado al médico asesor del centro de gestión correspondiente.

9.2. Duración de validez del reconocimiento

La validez está limitada a 5 años. Antes de la fecha de vencimiento, se puede solicitar una prórroga mediante un informe médico que especifique:

- La evolución de la enfermedad.
- El tratamiento y/o la vigilancia que aún es necesaria.

En caso de cambios en la situación, la decisión puede ser revisada tras una nueva solicitud. En caso de remisión, es importante notar que las visitas de seguimiento también pueden ser reembolsadas utilizando el formulario “enfermedad grave”.

9.3. Enfermedades consideradas graves

De acuerdo con el Estatuto, enfermedades como la tuberculosis, poliomielitis, cáncer, enfermedad mental y otras enfermedades reconocidas de gravedad comparable son consideradas graves. Otras afecciones (como la degeneración macular relacionada con la edad - DMLA, por ejemplo) pueden ser reconocidas como enfermedades graves bajo ciertas condiciones, especialmente teniendo en cuenta las consecuencias médicas de la patología, lo cual debe ser claramente detallado en el informe médico.

9.4. Reembolso

La tasa de reembolso para los gastos incurridos en caso de enfermedad grave reconocida, y únicamente para estos casos, es del 100% sin tope, salvo en algunos casos debidamente especificados en las Disposiciones Generales de Ejecución (DGE). Por ejemplo, el cuidado de un enfermo en casa o los gastos dentales pueden estar limitados. El reembolso de estos gastos puede estar limitado si los precios aplicados son excesivos (ver punto 4.2). No olvides indicar en el formulario de reembolso el número de referencia de la decisión relativa al reconocimiento de la enfermedad grave.

10. Dependencia

10.1. Reconocimiento de la dependencia: documentos a presentar

Para solicitar el reconocimiento de la dependencia, se deben presentar los siguientes documentos:

- Evaluación de la autonomía funcional (aspectos físicos).
- Evaluación espacio-temporal (aspectos cognitivos).
- Declaración de ayuda financiera complementaria, indicando si se dispone de otro sistema de seguro.
- Informe o prescripción médica que explique las razones por las cuales el afiliado debe residir en una casa de reposo o recibir cuidados en casa.

Un formulario de evaluación de la autonomía y una declaración de ayuda financiera deben ser respectivamente completados y firmados por el médico tratante.

Una solicitud de autorización previa (AP) también debe ser enviada (ver punto 5). Este formulario es idéntico tanto para una estancia en una casa de reposo y cuidados como para los cuidados domiciliarios. Se debe rellenar el mismo formulario para los gastos de transporte no urgentes (por ejemplo, desde la casa de cuidados hasta el domicilio).

Para las casas de reposo y cuidados, se deben presentar documentos adicionales: un plan de cuidados detallado y una factura proforma.

Todos estos documentos deben ser enviados al médico asesor, quien establecerá el grado de dependencia del afiliado.

Los gastos relacionados con los cuidados en casas de reposo podrán ser reembolsados, pero solo se podrán enviar cuando se conozcan los detalles de la casa de reposo y la duración de la estancia.

10.2. Casas de reposo y de cuidados

Los gastos de cuidados son reembolsados al 85% o al 100% si están relacionados con una enfermedad grave (siempre sujeto a la regla de excesividad).

- Gastos de estancia residencial: limitados a 36 euros por día (en Bélgica).
- Gastos no residenciales (en centros de día): limitados a 18 euros por día (en Bélgica).

Advertencia: Es importante hacer comprender a estos establecimientos que los pensionistas no están afiliados al sistema de seguridad social nacional y que, en principio, no pueden beneficiarse de la ayuda nacional o local. Por lo tanto, las facturas deberán, preferiblemente, estar separadas en dos partes: una para los gastos de estancia (ej. x días a y euros) y otra para los gastos de cuidados colectivos. Otros gastos, como las visitas médicas, análisis, medicamentos y transporte en ambulancia, se tratarán en las solicitudes habituales de reembolso.

Es muy frecuente que las casas de reposo pidan demostrar la solvencia de las personas que desean ingresar, por lo que se requerirá información sobre sus ingresos. Este es uno de los pocos casos en que el recibo de la pensión con el monto debe ser proporcionado.

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

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

10.3. Cuidados a domicilio

1. Si el/la cuidador(a) depende de un organismo oficial (ej. Cruz Roja) o de un organismo no oficial (cooperativa/sociedad/servicio privado), se debe adjuntar:

- Una copia del estatuto que pruebe que el organismo está reconocido para proporcionar servicios de cuidados.
- Una copia del contrato firmado entre el afiliado y el servicio.

- El contrato firmado entre el organismo y la persona que proporciona los cuidados de acuerdo con el derecho nacional del país donde se prestan los servicios.

El contrato debe especificar:

- La naturaleza de los servicios de cuidados (no se incluyen tareas del hogar).
- El número de horas a prestar.
- El nombre del/de la cuidador(a).
- El precio por hora aplicable.

2. Si el/la cuidador(a) ejerce de manera independiente dentro de un marco oficial, se debe adjuntar:

- La prueba de que está oficialmente reconocido(a) para proporcionar servicios de cuidados (cuando la legislación nacional lo permita).
- La copia del contrato firmado entre el/la cuidador(a) y el afiliado según el derecho nacional del país donde se prestan los servicios.

El contrato debe especificar los mismos detalles que en el punto 1.

3. Si el/la cuidador(a) es contratado directamente por el afiliado, se debe adjuntar:

- El contrato de trabajo y/o el contrato de seguro específico para el empleo de cuidador(a), según las disposiciones de la legislación nacional.
- La prescripción médica del médico tratante que indique el nombre del cuidador(a) y certifique que está capacitado para dispensar los cuidados.
- Una copia del documento de identidad del/de la cuidador(a).
- Una copia del permiso de residencia (en el caso de ciudadanos no pertenecientes a la UE).
- La prueba de inscripción en la seguridad social conforme a la legislación nacional (las cargas sociales y/o las primas de seguro que se incluyen en los gastos de cuidado pueden ser reembolsadas con base en la prueba de pago de las cotizaciones).

- El precio por hora aplicable.

Para obtener el reembolso, se debe presentar un formulario de solicitud de reembolso, fechado y firmado, indicando únicamente los montos de la factura del mes anterior (nunca por quincena o varios meses). Se debe adjuntar:

- Para los casos de los puntos 1 y 2: una factura conforme a la legislación del país, que incluya el número de factura, número de reconocimiento del organismo, fecha, nombre del beneficiario, nombre del/de la cuidador(a), descripción de “prestaciones de cuidados”, número de horas y precio total.
- Para el caso del punto 3: copia del recibo salarial mensual y los pagos de cotizaciones sociales.

Si la factura corresponde a un(a) cuidador(a) cuyo nombre no figura en el contrato, solo se reembolsará si se ha establecido un anexo al contrato y se ha concedido una nueva autorización previa antes de la facturación.

El monto del reembolso depende de la duración de los servicios de cuidados (< 60 días o > 60 días), y está sujeto a un tope. En el caso de cuidados a domicilio por más de 60 días, el tope depende del grado de dependencia y del nivel de la pensión.

10.4. Aparatos ortopédicos, otro material médico y ayuda doméstica

El reembolso de los gastos relacionados con estos aparatos y la ayuda doméstica está sujeto a un tope.

11. Qué hacer en caso de fallecimiento

Además de otras formalidades que figuran en esta guía, hay dos puntos adicionales que deben tenerse en cuenta:

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

La solicitud de reembolso debe presentarse sin demora por correo postal a la oficina liquidadora correspondiente, utilizando el formulario en papel y adjuntando los recibos de los gastos médicos incurridos. La solicitud puede ser firmada por un heredero, quien debe especificar su identidad debajo de su firma.

11.2. Cuenta bancaria donde se ingresará la pensión de supervivencia

En algunos Estados miembros, la cuenta bancaria del fallecido queda bloqueada al momento del fallecimiento.

En este caso, es necesario enviar al servicio de “pensiones” la hoja de datos financieros donde se indican los detalles de la cuenta bancaria en la que se depositarán los tres meses de pensión completa y la pensión de supervivencia a los derechohabientes del fallecido. También es útil proporcionar al servicio de “pensiones” el nombre y la dirección postal del notario que administrará la sucesión del fallecido.

12. ¿A qué oficina liquidadora enviar los documentos?

Dependiendo de tu lugar de residencia, los documentos deben enviarse a una de las tres oficinas liquidadoras:

Si tu domicilio está en uno de los siguientes países:

Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Países Bajos, Polonia, República Checa, Rumanía, Eslovenia, Eslovaquia, Suecia.

Debes dirigirte a la oficina liquidadora de BRUSELAS:

Comisión Europea

RCAM Bruselas

Oficina liquidadora

B-1049 Bruselas.

Si tu domicilio está en uno de los siguientes países:

Francia, España, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido, Suiza (fuera de la UE).

Debes dirigirte a la oficina liquidadora de ISPRA:

Comisión Europea

RCAM Ispra

PMO.4 - TP 740

Via Enrico Fermi 2749

I-21027 Ispra (VA).

Si tu domicilio está en uno de los siguientes países:

Alemania, Austria, Luxemburgo.

Debes dirigirte a la oficina liquidadora de LUXEMBURGO:

Comisión Europea

RCAM Luxemburgo

12 rue Guillaume Kroll

Oficina DRB B1/061

L-2920 Luxemburgo.

13. ¿Dónde encontrar información? ¿Dónde encontrar ayuda?

Puedes obtener información y ayuda en los siguientes lugares:

En el sitio web de AIACE Internacional

En el sitio web de la Asociación Internacional de Antiguos Funcionarios de la Unión Europea (AIACE), donde podrás encontrar información sobre seguros de salud, pensiones y otros servicios relacionados con los pensionistas.

A través de los “embajadores” de las secciones nacionales de AIACE

Los embajadores actúan como intermediarios entre los pensionistas y la administración de la Comisión en el ámbito del seguro de salud y las pensiones.

A través de los coordinadores de voluntarios sociales de las secciones nacionales de AIACE

Estos voluntarios brindan apoyo y asistencia a los pensionistas en temas de salud y bienestar.

A través de los *asistentes sociales de las Instituciones*

Dependiendo de tu ubicación, puedes contactar a los asistentes sociales de las siguientes instituciones:

- Comisión Europea

- Bruselas (+ CCR Sevilla)

Correo: HR-BXL-AIDE-PENSIONNES@ec.europa.eu

Teléfono: +32 2 295 90 98

- Luxemburgo

Correo: HR-LUX-ASSISTANTS-SOCIAUX@ec.europa.eu

Teléfono: +352 4301 33948

- Ispra (+ CCR)

Correo: HR-PENSIONERS-ISPRA-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu

Teléfono: +39 0332 78 59 10

- CCR Geel

Correo: JRC-GEE-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu

Teléfono: +32 14 57165

- CCR Karlsruhe

Correo: JRC-KRU-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu

Teléfono: +49 7247 951 876

- CCR Petten

Correo: JRC-PTT-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu

Teléfono: +31 224 56 53 21

- Consejo de la UE

Correo: social.assistants@consilium.europa.eu

Teléfono: +32 2 281 52 46 / +32 2 281 24 27

- Parlamento Europeo
- Bruselas

Correo: PERS-SocialServiceBrussels@europarl.europa.eu

Teléfono: +32 2 283 13 00

- Luxemburgo

Correo: PERS-SocialServiceLuxembourg@europarl.europa.eu

Teléfono: +352 4300 22878

- Comité Económico y Social Europeo

Correo: svcmedicosocialcese@eesc.europa.eu

Teléfono: +32 2 546 94 50

- Comité de las Regiones

Correo: Social-Service-CoR@cor.europa.eu

Teléfono: +32 2 282 23 63

- Tribunal de Cuentas Europeo

Correo: ECA-Medical-Service@eca.europa.eu

Teléfono: +352 4398 47390

- Tribunal de Justicia de la UE

Correo: celine.Watrinet@curia.europa.eu

Teléfono: +352 43 03 4584

- Servicio Europeo de Acción Exterior (SEAE)

Correo: PSYCHOSOCIAL-SUPPORT@eeas.europa.eu

Teléfono: +32 460 84 22 77

- Banco Europeo de Inversiones (BEI)

Correo: pensions@eib.org

Teléfono: +352 4379 85421

- CEDEFOP (Grecia)

Correo: cedefop-pensions@cedefop.europa.eu

Teléfono: +30 2310 49 02 64

Número de teléfono único del PMO

Solo para casos urgentes y complejos, puedes contactar el número único del PMO:

+32 2 291 11 11

Opción 1 para seguro de salud, opción 2 para pensiones, opción 7 para servicios de la DG HR.