

Decisão da Comissão

que estabelece as disposições gerais de execução relativas ao reembolso de despesas médicas

A COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS,

Tendo em conta o Estatuto dos funcionários das Comunidades Europeias, bem como o regime aplicável aos outros agentes dessas comunidades (ROA), fixados pelo Regulamento (CEE, Euratom, CECA) n° 259/68 do Conselho¹ e, nomeadamente, o artigo 72.º do referido Estatuto,

Tendo em conta a regulamentação comum relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias, adoptada de comum acordo por todas as instituições comunitárias, em vigor desde 1 de Dezembro de 2005 e, nomeadamente, o seu artigo 52.º,

Tendo em conta o parecer do Comité de Gestão do Seguro de Doença,

Após consulta do Comité do Pessoal,

Tendo em conta o parecer do Comité do Estatuto,

ADOPTOU A PRESENTE DECISÃO:

Artigo 1.º

O anexo da presente decisão constitui as disposições gerais de execução relativas ao reembolso de despesas médicas.

Artigo 2.º

A presente decisão entra em vigor em 1 de de 2007.

Artigo 3.º

Os anexos da regulamentação com a última redacção que lhe foi dada em 26 de Janeiro de 1999 e todas as disposições de interpretação, informações administrativas ou circulares são revogados com a entrada em vigor das presentes disposições gerais de execução.

As prestações médicas pontuais com data anterior à entrada em vigor das presentes disposições gerais de execução serão reembolsadas nas condições previstas nos anexos da regulamentação com a redacção que lhe foi dada em 26 de Janeiro de 1999.

Relativamente a prestações médicas cujos tratamentos tenham tido início antes da entrada em vigor das presentes disposições gerais de execução e se prolonguem para além da mesma, o reembolso será determinado com base nas presentes disposições gerais de execução.

¹ JO L 56 de 4.3.1968, p. 1. Regulamento com a última redacção que lhe foi dada pelo Regulamento (CE, Euratom) n° 2104/2005 (JO L 337 de 22.12.2005, p. 7).

ÍNDICE	
Definições gerais	6
Beneficiários do RCSD	6
Taxas de reembolso	6
Receita médica	7
Autorização prévia	7
Doença grave	7
Limite de reembolso	7
Excessividade	7
Parecer do médico assessor ou do dentista assessor	8
Parecer do Conselho Médico	8
Título I – DIREITOS DE INSCRIÇÃO	
Capítulo 1 – Disposições relativas aos inscritos	9
1. Cobertura dos agentes contratuais – n.º 1, terceiro travessão, do artigo 2.º	9
2. Actividade profissional lucrativa – n.º 3, travessões 5 a 7 do artigo 2.º; artigos 6.º, 7.º e 9.º	9
3. Cobertura em situação de licença sem vencimento por motivos pessoais – n.º 3, sétimo travessão, do artigo 2.º	10
4. Inscrição do ex-parceiro reconhecido – n.º 4 do artigo 2.º	10
5. Comprovativo de inscrição no regime – n.ºs 4 e 5 do artigo 3; artigos 5.º, 6.º, 7.º, 8.º, 9.º e 10.º	10
6. Situação de desemprego – artigo 11.º	11
Capítulo 2 – Disposições relativas aos segurados em função dos inscritos	12
1. Reconhecimento da união de facto – segundo travessão do artigo 12.º	12
2. Cobertura primária do cônjuge ou do parceiro reconhecido – artigo 13.º	12
3. Cobertura complementar dos segurados em função do inscrito – artigos 14.º e 16.º	12
4. Divórcio e fim de união de facto – artigo 15.º	13
5. Cobertura dos filhos a cargo – artigo 16.º	13
6. Cobertura de outras pessoas a cargo do inscrito – artigo 17.º	14
7. Período de prorrogação da cobertura de filhos a cargo e de pessoas equiparadas a filhos a cargo – artigo 18.º	14
Capítulo 3 – Disposições comuns aos inscritos e aos segurados em função dos inscritos	15
1. Prorrogação da cobertura do inscrito em caso de doença grave, de gravidez ou de parto – artigos 7.º e 10.º	15
2. Situação do segurado em função do inscrito no fim do período de cobertura – artigos 12.º, 15.º, 16.º, 17.º e 18.º	15
Título II – NORMAS DE REEMBOLSO	
Capítulo 1 – Consultas e visitas médicas	16
1. Generalidades e definições	16
2. Modalidades de reembolso	16
2.1. Consultas e visitas médicas	16
2.2. Grande autoridade médica	17

3. Prestações não reembolsáveis	17
Capítulo 2 – Hospitalizações e intervenções cirúrgicas	18
1. Hospitalizações	18
1.1. Definições	18
1.2. Autorizações prévias	18
1.3. Modalidades de reembolso	19
2. Intervenções cirúrgicas	20
Capítulo 3 – Prestações associadas a situação de dependência	22
1. Permanência contínua ou de longa duração em estabelecimentos paramédicos e outros	22
1.1. Definições	22
1.2. Autorizações prévias	23
1.3. Modalidades de reembolso	23
2. Auxiliares de enfermagem	24
2.1. Disposições gerais	24
2.2. Reembolsos	25
Capítulo 4 – Produtos farmacêuticos	29
1. Definição	29
2. Condições de reembolso	29
3. Modalidades de reembolso	29
4. Produtos reembolsáveis mediante autorização prévia	30
5. Produtos excluídos do reembolso	31
6. Informação aos inscritos	31
Capítulo 5 – Cuidados, tratamentos e próteses dentárias	32
1. Cuidados e tratamentos preventivos	32
2. Parodontia	32
3. Ortodontia	33
4. Oclusodontia	33
5. Próteses dentárias	33
6. Implantologia	34
7. Doença grave	35
8. Disposições particulares	35
Capítulo 6 – Imagiologia médica, análises, exames de laboratório e outros meios de diagnóstico	36
1. Disposições gerais	36
2. Análises e exames sujeitos a autorização prévia	36
3. Análises excluídas do reembolso	36
4. Informação aos inscritos	36
Capítulo 7 – Gravidez, parto e infertilidade	37
1. Prestações reembolsáveis em caso de gravidez	37
1.1. Definição e generalidades	37
1.2. Particularidades	37
2. Prestações e reembolsos relativos ao parto	37
2.1. Definição	37
2.2. Parto num centro hospitalar	37
2.3. Parto no domicílio	38

2.4. Parto num centro de nascimento ou num centro não hospitalar autorizados	38
3. Prestações e reembolsos relativos a tratamentos de infertilidade	39
Capítulo 8 – Tratamentos diversos	41
1. Disposições gerais	41
2. Disposições particulares	41
Capítulo 9 – Auxiliares médicos	48
Capítulo 10 – Curas	49
<i>Secção 1 – Curas de convalescença e pós-operatórias</i>	49
1. Generalidades	49
2. Condições de obtenção de uma autorização prévia	49
3. Normas de reembolso	49
4. Exclusões de reembolso	50
5. Condições de reembolso	50
<i>Secção 2 – Curas termais</i>	51
1. Generalidades	51
2. Condições de obtenção de autorização prévia para curas termais	51
3. Normas de reembolso	52
4. Exclusões de reembolso	52
Capítulo 11 – Próteses, aparelhos ortopédicos e outro material médico	54
1. Visão	54
1.1. Óculos	54
1.2. Lentes de contacto	55
1.3. Patologia oftalmológica grave	56
1.4. Próteses oculares	56
2. Audição	56
3. Aparelhos ortopédicos, ligaduras e outro material médico	57
Capítulo 12 – Despesas de transporte	58
1. Disposições gerais	58
2. Modalidades de reembolso	58
3. Pessoal afectado fora da União Europeia	59
Capítulo 13 – Subsídio fixo para despesas de funeral	60
ANEXO I – Lista de intervenções cirúrgicas	61
ANEXO II – Aparelhos ortopédicos, ligaduras e outro material médico reembolsados a 85% ou 100% em caso de doença grave reconhecida	74
Título III – PROCEDIMENTOS	
Capítulo 1 – Pedidos de reembolso e documentos justificativos	78
1. Disposições gerais	78
2. Pedido de reembolso	78
3. Informações a transmitir	78
4. Disposições particulares	79
5. Documentos justificativos	79
6. Produtos farmacêuticos	80

Capítulo 2 – Programas de exames de rastreio	81
Capítulo 3 – Regras de aplicação do regime de complementaridade	82
1. Definição	82
2. Beneficiários do regime de complementaridade	82
3. Modalidades	83
4. Reembolsos	83
Capítulo 4 – Tomadas a cargo e adiantamentos	85
1. Tomadas a cargo	85
2. Adiantamentos	86
Capítulo 5 – Reconhecimento do estatuto de doença grave	87
1. Definição	87
2. Âmbito de cobertura	87
3. Procedimentos	87
4. Retroactividade	88
Capítulo 6 – Determinação do reembolso especial – n.º 3 do artigo 72.º do Estatuto	89
1. Modalidades	89
2. Particularidades	89
Capítulo 7 – Determinação dos coeficientes de igualdade – n.º 5 do artigo 20.º	90
1. Estado-Membro de referência	90
2. Período de observação	90
3. Modalidades de cálculo dos coeficientes de igualdade	90
Capítulo 8 – Determinação dos coeficientes de base reembolsável – n.º 1 do artigo 21.º	91
Capítulo 9 – Certificação da situação financeira do RCSD – n.º 5 do artigo 45.º	92

Definições gerais

Em aplicação do artigo 72.º do Estatuto e da Regulamentação comum relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias em vigor desde 1 de Dezembro de 2005, adiante designada "regulamentação comum", o regime de seguro de doença comum às instituições das Comunidades Europeias, adiante designado "RCSD ou regime", garante aos seus beneficiários a cobertura das despesas médicas decorrentes de doença, acidente ou maternidade, assim como o pagamento de um subsídio para despesas de funeral.

Beneficiários do RCSD

Os **beneficiários** do regime são os **inscritos** – ou seja, os funcionários, agentes temporários, agentes contratuais e pensionistas ou beneficiários de uma indemnização por cessação de funções e, em alguns casos, os membros das instituições – e os **segurados em função dos inscritos**, nas condições e limites fixados pela regulamentação comum (artigos 2.º a 18.º) e em conformidade com o Título I das presentes disposições gerais de execução (DGE).

Taxas de reembolso

No âmbito do regime, o reembolso de despesas é efectuado no limite de 80% das despesas apresentadas.

Esta percentagem é aumentada para 85% em caso de:

- consultas e visitas médicas;
- intervenções cirúrgicas;
- hospitalizações;
- produtos farmacêuticos;
- radiologia e análises;
- exames de laboratório; e
- próteses prescritas por médico, excepto próteses dentárias, que são reembolsadas a 80%.

Em caso de tuberculose, poliomielite, cancro, doenças mentais e outras doenças reconhecidas de gravidade comparável pela Entidade Competente para Proceder a Nomeações (ECPN), assim como em casos de rastreio e de parto, as despesas são reembolsadas a 100% sem limites, salvo excepções indicadas nas presentes disposições gerais de execução.

A cobertura das despesas médicas em caso de acidente ou de doença profissional que impliquem a aplicação do artigo 73.º do Estatuto é limitada a 80% e 85%. A tomada a cargo dos 20% ou 15% restantes, respectivamente, é assegurada pelo disposto no artigo 73.º do Estatuto relativo à cobertura de riscos de acidente e de doenças profissionais.

Receita médica

Uma receita médica é um documento onde são indicados o nome e as referências oficiais do prescriptor, o nome completo do doente, os actos médicos (tipo de tratamento e número de sessões) ou a denominação dos medicamentos prescritos, devendo ser datada e assinada pelo prescriptor. A receita é, por definição, anterior ao início do tratamento. Para ter direito ao reembolso, a data não deve ultrapassar 6 meses em relação à data do primeiro tratamento ou da compra dos medicamentos.

Autorização prévia

Para que possam ser reembolsadas, algumas prestações abrangidas pelas presentes DGE estão sujeitas a autorização prévia, ou seja, a um procedimento necessário para o reembolso. O pedido de autorização prévia deve ser apresentado pelo inscrito junto do serviço de liquidação antes do início dos cuidados ou das prestações, salvo em caso de urgência, mediante o preenchimento do formulário previsto para o efeito, acompanhado de uma receita médica pormenorizada ou, dependendo dos prestações em causa, de um relatório médico completo. A decisão relativa a este pedido é tomada em função do parecer do médico assessor, que se pronunciará sobre a coerência médica da prestação.

Nalguns casos, antes de emitir um parecer, o médico assessor pode entrar em contacto com o médico prescriptor e/ou com o beneficiário.

Doença grave

Uma doença grave é uma doença reconhecida como tal por decisão da ECPN, após parecer do médico assessor, com base nos critérios enunciados no Capítulo 5 do Título III das presentes DGE.

As despesas apresentadas a título de uma doença grave são reembolsadas a 100%, sem limites, salvo em casos devidamente especificados nas presentes DGE (por exemplo, prestações de auxiliares de enfermagem ou despesas dentárias). O reembolso destas despesas pode igualmente ser limitado se os preços praticados forem excessivos (ver definição de excessividade).

Limite de reembolso

O artigo 20.º da regulamentação comum prevê a fixação, através das presentes DGE, de limites de reembolso, a fim de salvaguardar o equilíbrio financeiro do regime. Neste caso, a taxa de reembolso é aplicada ao montante das despesas apresentadas. Se o montante obtido for inferior ao limite fixado para o serviço em questão, este montante representará o reembolso autorizado. Se o montante obtido ultrapassar o limite, o reembolso autorizado será limitado ao mesmo. O limite de reembolso é definido como o montante máximo reembolsável por um determinado serviço.

Excessividade

Em aplicação do artigo 20.º da regulamentação comum, sempre que não esteja fixado um limite de reembolso, incluindo em caso de doença grave, a parte das despesas que ultrapasse sensivelmente os preços normalmente praticados no país onde as prestações tenham sido realizadas pode ser excluída do reembolso.

A excessividade das despesas é determinada caso a caso pelo serviço de liquidação após parecer do médico assessor, o qual se pronuncia sobre a natureza exacta da prestação médica para permitir ao serviço de liquidação uma comparação entre os preços praticados.

A situação específica dos países com serviços médicos dispendiosos é regulada através dos coeficientes de base reembolsável (ver Título III, Capítulo 8).

Parecer do médico assessor ou do dentista assessor

O parecer do médico assessor ou do dentista assessor é um parecer médico emitido com base nos elementos médicos relativos ao beneficiário em sua posse, nas informações transmitidas pelo médico assistente, nos resultados dos trabalhos de investigação médica e científica e, se necessário, no parecer do Conselho Médico. O parecer do médico ou do dentista assessor é solicitado no âmbito dos pedidos de autorização prévia, em todos os casos previstos nas presentes DGE e a pedido dos chefes dos serviços de liquidação para questões específicas.

Os médicos e os dentistas assessores emitem pareceres apenas em situações expressamente previstas na regulamentação comum e nas presentes disposições gerais de execução, sempre dentro dos limites previstos nas mesmas.

Parecer do Conselho Médico

O Conselho Médico do RCSD é composto por um médico assessor de cada instituição e pelos médicos assessores de cada serviço de liquidação, sendo consultado pelos órgãos previstos na regulamentação comum, nomeadamente o Comité de Gestão, o serviço central e os serviços de liquidação, em todas as questões de natureza médica que se coloquem no âmbito da gestão do regime.

O Conselho Médico pronuncia-se com base na literatura científica mais recente e, se necessário, após a consulta de especialistas ou de grandes autoridades médicas no domínio em questão.

Os pareceres do Conselho Médico devem ser fundamentados.

Título I - DIREITOS DE INSCRIÇÃO

Capítulo 1 – Disposições relativas aos inscritos

1. Cobertura dos agentes contratuais – n.º 1, terceiro travessão, do artigo 2.º

- 1.1. Quando entra em funções, o agente contratual deve comunicar à ECPN o pedido de manutenção da cobertura de riscos de doença de que beneficiava ao abrigo do último regime nacional de segurança social, por aplicação do artigo 112.º do ROA, ou a sua escolha de inscrição no RCSD. Esta comunicação deve ser efectuada, o mais tardar, no momento de entrada em funções.
- 1.2. O agente contratual é automaticamente inscrito no RCSD a partir do primeiro dia do mês seguinte ao do pagamento da contribuição para o último regime nacional de segurança social pela autoridade habilitada para celebrar contratos de recrutamento (AHCC).

2. Actividade profissional lucrativa – n.º 3, travessões 5 a 7, do artigo 2.º; artigos 6.º, 7.º e 9.º

- 2.1. Sempre que inicia uma actividade profissional lucrativa, o inscrito é obrigado a comunicar este facto ao seu serviço de liquidação, assim como qualquer alteração relativa ao exercício da mesma.
- 2.2. Finda uma actividade profissional lucrativa, o beneficiário de uma pensão antecipada ou diferida, o beneficiário de uma indemnização prevista nos artigos 41.º ou 50.º do Estatuto ou a pessoa que tenha cessado definitivamente as suas funções por força dos Regulamentos 1746/02, 1747/02 e 1748/02 pode, mediante pedido endereçado ao seu serviço de liquidação, acompanhado de um documento justificativo que confirme a cessação da sua actividade, solicitar a sua readmissão no RCSD.
- 2.3. É considerado como exercendo uma actividade profissional lucrativa qualquer beneficiário de rendimentos como os previstos no segundo parágrafo do artigo 13.º da regulamentação comum, excepto pensões.

É igualmente considerado como exercendo uma actividade profissional lucrativa qualquer beneficiário de uma bolsa de investigação não incluída em programas de estudos universitários, de percentagens de participação, de senhas de presença e de rendimentos provenientes de direitos de propriedade intelectual.

- 2.4. O beneficiário de uma actividade profissional contínua ou ocasional que aufera um rendimento anual tributável inferior a 20% do vencimento base anual do grau AST2/1, sujeito ao coeficiente de correcção fixado pelo país onde auferir os rendimentos, pode, se

o solicitar, manter a cobertura a título primário pelo RCSD desde que apresente o comprovativo de impossibilidade de cobertura por um regime de seguro de doença legal ou regulamentar por força das disposições legislativas ou regulamentares do país onde a actividade é ou foi exercida ou do país de residência.

- 2.5. Em relação a cada exercício fiscal, o inscrito é obrigado a enviar ao serviço de liquidação correspondente um documento oficial comprovativo dos rendimentos auferidos (por exemplo, a declaração de rendimentos ou qualquer outro documento emitido pelas autoridades nacionais competentes).

Se o serviço de liquidação entender que o inscrito exerceu uma actividade profissional lucrativa com um rendimento anual tributável superior a 20% do vencimento base anual do grau 2 do primeiro escalão, sujeito ao coeficiente de correcção fixado pelo país onde auferir os rendimentos, e não o declarou por escrito ao serviço de liquidação, a cobertura é suspensa pela duração da referida actividade profissional e as despesas médicas reembolsadas neste período serão recuperadas em conformidade com o disposto no artigo 33.º da regulamentação comum.

3. Cobertura em situação de licença sem vencimento por motivos pessoais – n.º 3, sétimo travessão, do artigo 2.º

- 3.1. O inscrito que pretenda manter a sua cobertura durante a licença sem vencimento por motivos pessoais (CCP) deve apresentar o respectivo pedido à ECPN competente antes do fim do primeiro mês da referida licença, a qual transmitirá o pedido ao serviço de liquidação.
- 3.2. Em caso de renovação da CCP, o inscrito que pretenda continuar a beneficiar da cobertura deverá informar a ECPN/AHCC competente antes do fim do primeiro mês de prorrogação da CCP, a qual transmitirá o pedido ao serviço de liquidação.
- 3.3. O inscrito em situação de CCP que exerça uma actividade profissional lucrativa não pode beneficiar da cobertura de doença. Contudo, em caso de cessação desta actividade, o inscrito em situação de CCP pode, num prazo de 30 dias a contar do fim da actividade, apresentar o pedido de readmissão no RCSD à AIPN/AHCC competente.
- 3.4. Qualquer inscrito que continue coberto pelo RCSD e tenha filhos a cargo entre os 18 e os 26 anos de idade deve enviar para o serviço de liquidação, todos os anos antes do dia 31 de Outubro, o certificado de matrícula de cada filho para justificar a respectiva cobertura pelo RCSD.

4. Inscrição do ex-parceiro reconhecido – n.º 4 do artigo 2.º

Por analogia com o cônjuge divorciado sobrevivente, o ex-parceiro reconhecido, titular de uma pensão de sobrevivência, é igualmente inscrito no regime.

5. Comprovativo de inscrição no regime – n.ºs 4 e 5 do artigo 3.º; artigos 5.º, 6.º, 7.º, 8.º, 9.º e 10.º

As instituições devem fornecer regularmente ao serviço central, pelos menos todos os meses, a lista dos inscritos em regime de quotização e abrangidos pelas presentes disposições.

O incumprimento do envio desta lista não pode suspender o direito à cobertura.

6. Situação de desemprego – artigo 11.º

Qualquer inscrito que beneficie do subsídio de desemprego é obrigado a informar o serviço de liquidação competente, por escrito, de qualquer alteração relativa ao seu endereço e à sua situação familiar (casamento, união de facto, nascimento, falecimento, divórcio, fim da união de facto).

O facto de mencionar unicamente o novo endereço nos pedidos de reembolso não é considerado uma medida suficiente nos termos da presente disposição.

Capítulo 2 – Disposições relativas aos segurados em função dos inscritos

1. Reconhecimento da união de facto – segundo travessão do artigo 12.º

Nos casos em que a união de facto não é reconhecida para o benefício do abono de lar, podendo, no entanto, sê-lo a título do seguro de doença em aplicação do n.º 1, segundo travessão, alínea d), do artigo 72.º, o inscrito é obrigado a apresentar um pedido de cobertura ao serviço de liquidação competente, acompanhado de um documento que ateste oficialmente o estatuto de união de facto.

2. Cobertura primária do cônjuge ou do parceiro reconhecido – artigo 13.º

2.1. Se o cônjuge ou o parceiro reconhecido beneficiar de rendimentos de origem profissional num montante anual inferior a 20% do vencimento base anual do grau AST2/1, poderá ser coberto a título primário pelo RCSD desde que apresente o comprovativo de impossibilidade de cobertura por um regime de seguro de doença legal ou regulamentar por força das disposições legislativas ou regulamentares do país onde a actividade é ou foi exercida ou do país de residência. Esta cobertura é revista anualmente.

2.2. Se um regime de segurança social nacional exigir um período de carência durante o qual o pagamento da quotização não dá direito a qualquer reembolso, o presente regime continuará a cobrir o cônjuge ou o parceiro reconhecido durante o período em questão.

2.3. O cônjuge ou o parceiro reconhecido que beneficie de rendimentos de origem profissional pode, excepcionalmente, ser coberto a título primário pelo RCSD se não lhe for possível inscrever-se num regime de seguro de doença legal ou regulamentar ou se o montante dos prémios a subscrever por um seguro de doença ascender pelo menos a 20% dos rendimentos de origem profissional.

3. Cobertura complementar dos segurados em função do inscrito – artigos 14.º e 16.º

3.1. Disposições gerais

Por cobertura global contra os mesmos riscos entende-se a cobertura que oferece as mesmas prestações enunciadas no artigo 1.º da regulamentação comum.

Qualquer alteração que afecte a situação do cônjuge, do parceiro reconhecido ou dos filhos a cargo deve ser imediatamente comunicada por escrito ao serviço de liquidação e à AIPN/AHCC competente.

3.2. Cônjuge e parceiro reconhecido (artigo 14.º)

a) No que se refere à determinação do direito do cônjuge/parceiro reconhecido à cobertura complementar do regime comum em países sem coeficiente de correcção, será aplicado o coeficiente fixado para a Bélgica.

b) O regime comum intervém no reembolso das prestações a título de regime complementar desde que os procedimentos do regime primário tenham sido previamente respeitados. O segurado coberto pelo RCSD a título complementar é obrigado a utilizar o cartão europeu de seguro de doença ou um atestado equivalente fornecido pelo seu regime primário sempre que viaje na União Europeia e nos países associados ao sistema.

3.3. Filhos a cargo que podem beneficiar de outro regime de seguro de doença legal ou regulamentar (n.º 1, alínea 2, do artigo 16.º)

No que se refere aos filhos segurados a título primário por outro regime legal ou regulamentar, o RCSD intervém como regime complementar, podendo, no entanto, intervir como regime primário para todos os cuidados prestados no estrangeiro ou no âmbito da medicina privada nos países de prestação directa, independentemente do motivo de recusa de intervenção do regime primário.

Neste caso, a única obrigação do inscrito é comprovar que o regime primário recusou o reembolso das prestações em questão.

O RCSD pode assumir a cobertura das despesas hospitalares de um filho coberto a título complementar desde que o inscrito demonstre que o regime primário não concederá qualquer reembolso das prestações em questão.

4. Divórcio e fim de união de facto – artigo 15.º

4.1. A data de início do período máximo de cobertura previsto no n.º 1 do artigo 15.º corresponde à data da nova transcrição no registo civil do divórcio ou do fim da união de facto.

Em caso algum poderá ser autorizada uma prorrogação que exceda este período de 12 meses, salvo em aplicação das disposições previstas em caso de doença grave contraída e comunicada antes da cessação dos direitos à cobertura ou em caso de gravidez iniciada e comunicada antes do fim do período de cobertura.

4.2. As disposições previstas no n.º 2 do artigo 15.º da regulamentação comum são igualmente aplicáveis ao cônjuge.

4.3. Em caso de procedimento oficial de pedido de divórcio ou de fim da união de facto, o cônjuge e/ou parceiro do inscrito poderá ter acesso directo ao RCSD para si próprio ou para os filhos a cargo mediante autorização do inscrito ou decisão da justiça.

5. Cobertura dos filhos a cargo – artigo 16.º

5.1. Nos casos em que a cobertura de filhos por outro regime implique o pagamento de quotizações suplementares a cargo da pessoa beneficiária do direito no outro regime, os filhos serão cobertos a título primário pelo RCSD.

5.2. Compete ao inscrito demonstrar (troca de correspondência ou qualquer outro documento) que a cobertura dos filhos por outro regime não é possível ou que implica contribuições complementares à da pessoa inscrita pelo outro regime.

5.3. Se dois progenitores inscritos partilham a guarda de um filho, ambos podem apresentar os pedidos de reembolso das despesas médicas incorridas pelo filho. Contudo, os pedidos de

autorização prévia e os orçamentos, assim como os pedidos de reembolso das despesas médicas daí resultantes, devem ser apresentados pelo mesmo progenitor.

- 5.4. Em caso de separação oficial, de divórcio ou de fim de união de facto, os filhos previamente segurados a título complementar serão reintegrados no regime a título primário.

6. Cobertura de outras pessoas a cargo do inscrito – artigo 17.º

6.1. A cobertura pode ser autorizada apenas a título primário.

6.2. Nos casos em que a pessoa pode ser coberta por outro regime legal ou regulamentar, não haverá lugar a qualquer complementaridade.

Contudo, se o direito à cobertura da pessoa pelo outro regime não for transferível para outro país e/ou implicar o pagamento de quotizações suplementares às do referido regime, a pessoa pode ser coberta a título primário pelo RCSD.

O mesmo se aplica se uma cobertura for possível apenas a título voluntário mediante o pagamento de quotizações.

6.3. Compete ao inscrito apresentar os comprovativos necessários para o pedido de cobertura da pessoa equiparada a filho a cargo.

7. Período de prorrogação da cobertura de filhos a cargo e de pessoas equiparadas a filhos a cargo – artigo 18.º

7.1. Se, durante o período de prorrogação previsto no artigo 18.º da regulamentação comum, o beneficiário iniciar uma actividade profissional lucrativa na acepção do artigo 2.º da regulamentação, a cobertura do RCSD será suspensa. Em caso de cessação da referida actividade, a cobertura será novamente autorizada até ao fim do período inicial de 12 meses.

Se um regime de segurança social nacional exigir um período de carência durante o qual o pagamento de quotizações não dá direito, em compensação, a qualquer reembolso de prestações, o presente regime continuará a cobrir o beneficiário durante o período em questão, sem exceder o período de prorrogação de 12 meses.

Qualquer inscrito que pretenda beneficiar de uma prorrogação da cobertura deve solicitá-lo por escrito ao serviço de liquidação competente.

A prorrogação não pode ser autorizada automaticamente, mesmo em caso de concessão de um abatimento de imposto.

Capítulo 3 – Disposições comuns aos inscritos e aos segurados em função dos inscritos

1. Prorrogação da cobertura do inscrito em caso de doença grave, de gravidez ou de parto – artigos 7.º e 10.º

A prorrogação é concedida ao inscrito no fim do período de cobertura apenas mediante o preenchimento das seguintes condições cumulativas:

- a. O inscrito suporta a contribuição para o presente regime à razão de metade do valor calculado para o último vencimento base actualizado para o seu escalão e grau;
- b. A doença grave foi contraída antes da cessação de funções e declarada antes da cessação do direito à cobertura ou a gravidez teve início antes da cessação de funções e foi declarada à instituição antes do fim do período de cobertura;
- c. O inscrito, ex-funcionário, não exerce nenhuma actividade profissional lucrativa ou o inscrito, ex-agente temporário ou agente contratual, não pode beneficiar de outro seguro de doença legal ou regulamentar que cubra as despesas médicas associadas à doença grave ou à gravidez, nomeadamente mediante o pagamento de uma quotização;
- d. O período de validade da decisão que reconhece a doença grave ainda está em vigor;
- e. O inscrito submete-se ao controlo médico.

2. Situação do segurado em função do inscrito no fim do período de cobertura – artigos 12.º, 15.º, 16.º, 17.º e 18.º

Em caso de doença grave ou gravidez, é igualmente autorizada uma prorrogação da cobertura do cônjuge, ex-cônjuge, parceiro reconhecido ou ex-parceiro reconhecido no final do prazo aplicável exclusivamente no que se refere às despesas médicas associadas à doença grave e às despesas associadas à gravidez e ao parto, mediante o cumprimento das seguintes condições cumulativas:

- a. A doença grave foi contraída e declarada antes da cessação do direito à cobertura ou a gravidez teve início e foi declarada à instituição antes do fim do período de cobertura;
- b. A pessoa não exerce qualquer actividade profissional lucrativa e não pode beneficiar de outro seguro de doença legal ou regulamentar que cubra as despesas correspondentes, nomeadamente mediante o pagamento de uma quotização;
- c. O período de validade da decisão que reconhece a doença grave ainda está em vigor;
- d. A pessoa submete-se ao controlo médico.

Nas mesmas condições, é igualmente autorizada uma prorrogação da cobertura das despesas médicas associadas a uma doença grave e das despesas associadas à gravidez e ao parto para as pessoas equiparadas a filhos a cargo do inscrito, nos termos do n.º 4 do artigo 2.º do Anexo VII do Estatuto.

Título II – NORMAS DE REEMBOLSO

Capítulo 1 – Consultas e visitas médicas

1. Generalidades e definições

A consulta e a visita incluem, por norma, um questionário ao doente, um exame clínico e, se necessário, uma prescrição terapêutica.

Enquanto a consulta decorre no consultório médico, a visita implica uma deslocação do médico ao domicílio do doente, ao seu local de residência ou ao hospital e exclui a realização de um exame no seu próprio consultório.

Considera-se que estão incluídos na consulta ou na visita:

- os meios de diagnóstico utilizados na prática corrente (medição da pressão arterial, exame ginecológico, toque vaginal ou rectal, esfregaços, à excepção de análises);
- a colheita de sangue venoso;
- as análises qualitativas de urina (albumina e glucose);
- as injecções intravenosas, intramusculares, subcutâneas e intradérmicas;
- as vacinas;
- os pequenos curativos;
- a elaboração de um atestado sumário;
- as eventuais despesas da consulta e as despesas de deslocação do médico.

Os restantes exames e actos médicos realizados durante a consulta ou visita, assim como os relatórios médicos pormenorizados cujos preços são facturados separadamente, serão reembolsados em conformidade com as disposições aplicáveis.

As consultas sucessivas e/ou repetidas poderão não ser reembolsadas, de acordo com o parecer do médico assessor, se não forem justificadas ou se não for reconhecida a sua necessidade.

2. Modalidades de reembolso

2.1. Consultas e visitas médicas

- Os honorários de consultas/visitas de um médico de clínica geral serão reembolsados a 85%, com um limite de 35 euros, e a 100% em caso de doença grave.

- Os honorários de consultas/visitas de um médico especialista serão reembolsados a 85%, com um limite de 50 euros, e a 100% em caso de doença grave.
- Os honorários de visitas urgentes, nocturnas, durante o fim-de-semana e feriados, definidos localmente e em conformidade com as disposições gerais em vigor, serão reembolsados a 85% e a 100% em caso de doença grave.
- A anamnese efectuada por um médico homeopata durante a primeira visita e facturada à parte da visita é reembolsável a 85% com um limite de 35 euros.
- As consultas e pareceres do médico assistente efectuados por telefone, correio postal ou correio electrónico serão reembolsados a 85% com um limite de 10 euros.

2.2. Grande autoridade médica

Uma grande autoridade médica é um médico especialista internacionalmente reconhecido num domínio médico específico, responsável por uma equipa de investigação e autor de publicações.

As consultas de grandes autoridades médicas, desde que a sua necessidade seja reconhecida pelo médico assessor, são reembolsadas a 85% com o triplo do limite previsto para a consulta de um médico especialista e a 100% em caso de doença grave.

O reembolso das consultas de grandes autoridades médicas é limitado a dois por ano para a mesma doença.

3. Prestações não reembolsáveis

Não são reembolsáveis:

- as consultas efectuadas através da Internet;
- os honorários de consultas não respeitadas pelo beneficiário;
- as despesas de envio dos relatórios médicos facturadas separadamente;
- as consultas, exames e actos técnicos realizados para fins não terapêuticos ou administrativos, tais como:
 - peritagem judicial;
 - exame no âmbito de um seguro;
 - exame de aptidão profissional;
 - exame de aptidão para a obtenção de um brevet de piloto;
 - exames realizados no âmbito da medicina do trabalho (exame de contratação e visita médica anual).

Capítulo 2 – Hospitalizações e intervenções cirúrgicas

1. Hospitalizações

1.1. Definições

São consideradas hospitalizações as permanências em hospitais ou clínicas tendo em vista:

- o tratamento de doenças ou a recuperação de intervenções cirúrgicas, assim como partos, incluindo as permanências de um dia;
- a recuperação ou reeducação funcional na sequência de uma doença ou de uma intervenção cirúrgica incapacitante;
- o tratamento de doenças psiquiátricas;
- cuidados paliativos.

Não são consideradas hospitalizações nem são objecto de qualquer reembolso as permanências:

- num estabelecimento que não disponha de infra-estruturas médico-técnicas e logística pluridisciplinares;
- em habitação protegida, apartamento vigiado ou residência de serviço que não disponha de infra-estruturas médicas e/ou paramédicas;
- num hospital, clínica ou qualquer outro tipo de estabelecimento para tratamentos de beleza ou de rejuvenescimento.

1.2. Autorizações prévias

Estão sujeitas a autorização prévia com base num relatório médico:

- as permanências destinadas ao tratamento de doenças ou a intervenções cirúrgicas com duração superior a 6 meses;
- as permanências destinadas a uma intervenção de cirurgia plástica;
- as permanências para recuperação ou reeducação não precedidas de hospitalização por doença ou intervenção cirúrgica (nomeadamente ortopédica, neurológica e reumatológica) ou as permanências superiores a 2 meses na sequência deste tipo de hospitalização;
- as permanências em hospitais psiquiátricos com duração superior a 12 meses;

- as permanências em clínicas especializadas em exames de rastreio e de diagnóstico (exame completo);
- as despesas de acompanhamento.

1.3. Modalidades de reembolso

Taxas de reembolso:

Todas as permanências consideradas como hospitalizações serão reembolsadas a 85% em caso de intervenção cirúrgica ou em caso de hospitalização médica.

Esta taxa de reembolso será aumentada para 100%:

- em caso de doença grave;
- em caso de permanência em unidades de cuidados intensivos com duração de pelo menos 3 dias consecutivos, mesmo que não esteja directamente associada a uma doença grave, aplicável à duração total da permanência;
- em caso de permanência em unidades de cuidados paliativos num estabelecimento hospitalar;
- em caso de hospitalização prolongada, aplicável às despesas de internamento superiores a 30 dias consecutivos, mediante parecer do médico assessor.

Condições de reembolso:

Para ser reembolsada, a hospitalização deve ser objecto de um relatório médico dirigido ao médico assessor do serviço de liquidação.

- Despesas de alojamento:

As despesas de internamento, serviços e taxas são reembolsadas com base nas despesas realmente apresentadas e em função das normas de facturação em vigor nesta matéria no país onde tenha ocorrido a hospitalização. Se estiverem incluídas no preço fixo da diária de hospitalização, o reembolso será efectuado globalmente.

O reembolso das despesas resultantes da escolha do quarto está limitado ao preço do quarto individual particular menos dispendioso do hospital.

O reembolso das despesas está limitado à duração da hospitalização medicamente necessária para proceder às intervenções ou à prestação de cuidados no país onde tenha ocorrido a hospitalização.

- Despesas de diagnóstico e de tratamento:

Para além das despesas de intervenção cirúrgica referidas no ponto 2, são igualmente reembolsadas a 85% ou a 100%, em caso de doença grave, as despesas relativas às seguintes prestações:

- despesas de sala de operações, de sala de gessos, de pensos e de outras despesas relativas à intervenção cirúrgica;
 - honorários médicos para visitas e consultas;
 - análises e exames de laboratório, pesquisas radiológicas;
 - medicamentos, despesas com próteses, órteses e outros instrumentos e aparelhos ortopédicos, desde que estas despesas estejam directamente relacionadas com a intervenção cirúrgica ou a hospitalização;
 - prestações para diagnóstico ou tratamento.
- Despesas de acompanhamento:

Poderá ser excepcionalmente autorizado um reembolso de 85% com um limite de 40 euros por dia, sob prescrição do médico assistente e mediante autorização prévia, relativo às despesas de alojamento de um familiar que acompanhe, no quarto ou no recinto do estabelecimento hospitalar, um beneficiário hospitalizado com idade inferior a 14 anos ou que, tendo em conta a doença ou outra necessidade medicamente justificada, necessite de assistência familiar especial.

Este reembolso pode igualmente ser autorizado em relação às despesas de permanência de uma criança em período de aleitamento que deva acompanhar a mãe no estabelecimento hospitalar.

2. Intervenções cirúrgicas

As despesas relativas a intervenções cirúrgicas são reembolsadas a 85% ou a 100% em caso de doença grave. Estas despesas incluem o total dos honorários do cirurgião, do(s) assistente(s) do cirurgião e do anestesista.

Em caso de reembolso a 85%, as despesas serão assumidas dentro dos limites fixados por intervenção, de acordo com as seguintes categorias:

Categoria	Reembolso a 85% Limite (euros)
A1	535
A2	735
A3	1.350
B1	2.000
B2	2.600
C1	4.250
C2	5.350
D1	10.000
D2	Não aplicável

No Anexo I consta uma lista das intervenções cirúrgicas repartidas por categoria.

As **intervenções cirúrgicas não incluídas nesta lista** podem ser equiparadas às intervenções de importância comparável, sendo as despesas reembolsadas nesta base mediante o parecer do médico assessor.

Em caso de **intervenção com grau de dificuldade excepcional**, poderá ser eventualmente autorizado um reembolso, mediante o parecer do médico assessor, com o limite previsto para a categoria imediatamente superior à fixada para a natureza da intervenção em questão.

Se a regulamentação aplicada em matéria de facturação prever um suplemento de honorários para as **intervenções realizadas de urgência**, as despesas correspondentes serão reembolsadas a 85% e a 100%, em caso de doença grave, sem que o reembolso total da intervenção cirúrgica em questão possa exceder o limite previsto para a categoria imediatamente superior à da intervenção realizada.

As **intervenções de cirurgia plástica correctiva ou reparadora** são reembolsáveis, nomeadamente em caso de doença grave, de malformação ou de acidente, mediante **autorização prévia** concedida com base no parecer do médico assessor. As intervenções de cirurgia plástica consideradas puramente estéticas não são objecto de qualquer reembolso.

Capítulo 3 – Prestações associadas a situação de dependência

O reembolso de prestações associadas a situação de dependência – internamentos e despesas de enfermagem – excepto internamentos para desintoxicação, depende do nível de dependência do segurado.

O nível de dependência é fixado de acordo com o seguinte quadro, em função do índice mais baixo obtido num dos dois questionários em anexo, a preencher pelo médico assistente:

Índice	Nível de dependência
91-100	5
75-90	4
50-74	3
25-49	2
0-24	1

Os níveis 1 a 4 da escala de dependência são tomados em consideração para o reembolso das despesas, sendo o nível 1 considerado o nível de dependência mais elevado. O nível 5 não confere qualquer direito a reembolso.

1. **Permanência contínua ou de longa duração em estabelecimentos paramédicos e outros**

1.1. Definições

A título do presente capítulo, são reembolsadas as permanências:

- a) num estabelecimento de repouso ou de saúde autorizado pelas autoridades competentes e dotado de infra-estruturas médicas e/ou paramédicas para prestar assistência a pessoas idosas e/ou incapacitadas;
- b) num estabelecimento de saúde psiquiátrica autorizado pelas autoridades competentes e dotado de infra-estruturas médicas e/ou paramédicas para uma permanência contínua e permanente;
- c) num estabelecimento de recuperação ou de reeducação funcional em caso de recusa de autorização prévia para reembolso a título de hospitalização (ver Título II, Capítulo 2, ponto 1.2.) ;
- d) num hospital psiquiátrico para uma estada contínua de longa duração, desde que superior a 12 meses e em caso de recusa de autorização prévia para reembolso a título de hospitalização (ver Título II, Capítulo 2, ponto 1.2.);
- e) num centro de dia;

f) num centro de desintoxicação não hospitalar.

1.2. Autorizações prévias

Para serem reembolsadas, as despesas de permanência e de tratamento nos estabelecimentos enumerados no ponto 1.1 estão sujeitas a autorização prévia com base num relatório médico dirigido ao médico assessor, em conformidade com o disposto no ponto 1.3.

A recusa de autorização prévia a título de hospitalização (ver Título II, Capítulo 2) não prejudica a autorização concedida nos termos do presente capítulo.

1.3. Modalidades de reembolso

As restantes despesas a cargo do beneficiário não são elegíveis para o reembolso especial previsto no artigo 24.º da regulamentação.

a) Estabelecimentos de repouso e de saúde

O pedido de autorização prévia deve ser acompanhado de um relatório médico que justifique a necessidade de permanência no estabelecimento e especifique a natureza dos tratamentos necessários para o doente, assim como dos 2 formulários em anexo devidamente preenchidos pelo médico assistente.

A autorização é concedida por um período não superior a 12 meses, podendo ser renovada.

Todas as despesas de tratamento e de permanência são reembolsáveis a 85% ou a 100%, em caso de doença grave, com um limite de 36 euros por dia para as despesas de permanência.

Em caso de facturação global que não permita distinguir as despesas de tratamento e as despesas de permanência, será efectuada uma repartição fixa em função do nível de dependência, apresentada no seguinte quadro:

Nível de dependência	Despesas de tratamento	Despesas de permanência
4	30%	70%
3	50%	50%
2	60%	40%
1	70%	30%

Neste caso, as despesas de permanência estão sujeitas ao mesmo limite de 36 euros por dia.

b) A permanência e o tratamento num estabelecimento psiquiátrico são reembolsáveis a 85% ou a 100%, em caso de doença grave, conforme as condições aplicáveis aos estabelecimentos de repouso e de saúde.

A autorização pode ser renovada com base num relatório pormenorizado do médico assistente e de acordo com uma periodicidade determinada pelo serviço de liquidação.

- c) A permanência contínua e os tratamentos em estabelecimentos de reeducação ou de recuperação funcional e em hospitais psiquiátricos são reembolsáveis a 85% ou a 100%, em caso de doença grave, conforme as condições aplicáveis aos estabelecimentos de repouso e de saúde.

Em caso de facturação global que não permita distinguir as despesas de tratamento e as despesas de permanência, será efectuada uma repartição fixa em função do nível 1 de dependência.

- d) A permanência num centro de dia e os tratamentos prestados são reembolsáveis nas seguintes condições:

- frequência, apenas durante o dia, de um estabelecimento de repouso e de saúde para pessoas idosas ou de um centro de dia neurológico ou psiquiátrico: as despesas de permanência e de tratamento são reembolsadas, nas mesmas condições que o tipo de permanência previsto na alínea a), com um limite de 18 euros por dia para as despesas de permanência;
- frequência de estabelecimentos médico-pedagógicos: apenas os tratamentos serão reembolsáveis de acordo com as disposições aplicáveis.

- e) A permanência num centro de desintoxicação não hospitalar ou equiparado e os tratamentos prestados são reembolsados exclusivamente a 85%, com um limite de 36 euros por dia para as despesas de permanência.

Em caso de facturação global que não permita distinguir as despesas de tratamento e as despesas de permanência, será efectuada uma repartição fixa em função do nível 1 de dependência.

O reembolso está limitado a uma permanência total de 6 meses num período de 12 meses.

2. **Auxiliares de enfermagem**

2.1. Disposições gerais

a) Definições

Os serviços de auxiliares de enfermagem consistem principalmente na prestação de cuidados de enfermagem no domicílio do doente durante várias horas por dia ou mesmo durante todo o dia e/ou toda a noite.

Os cuidados de enfermagem pontuais (injecções, pensos, etc.) são reembolsados nas condições previstas no Capítulo 9 do Título II.

A vigilância em casa de uma criança doente por um adulto por motivo de ausência dos pais não constitui um serviço de auxiliar de enfermagem.

b) Condições aplicáveis

- Os serviços de auxiliares de enfermagem estão sujeitos a autorização prévia.

O pedido de autorização prévia deve ser acompanhado de um relatório médico que indique a duração das prestações e a natureza e frequência dos cuidados a prestar, assim como dos dois formulários em anexo preenchidos pelo médico assistente.

A autorização é concedida desde que as prestações sejam consideradas rigorosamente necessárias pelo médico assessor do serviço de liquidação, que as avaliará em função do nível de dependência do segurado. Apenas os níveis 1, 2, 3 e 4 permitem o reembolso de prestações de auxiliares de enfermagem.

- Os auxiliares de enfermagem devem estar legalmente autorizados a exercer esta profissão.

Nos países onde a profissão de auxiliar de enfermagem não está regulamentada e/ou em caso de impossibilidade de encontrar um auxiliar de enfermagem oficialmente autorizado (por exemplo, pela Cruz Vermelha), o médico assistente deverá indicar, na prescrição, o nome da pessoa que prestará os serviços e referir que a mesma é competente para o exercício desta função.

Se os auxiliares de enfermagem não dependerem de um organismo oficial (por exemplo, Cruz Vermelha) ou se não exercerem a profissão num quadro independente oficial, o comprovativo da relação contratual (contrato de trabalho válido e/ou contrato de seguro específico para a contratação do auxiliar de enfermagem) deve ser enviado ao serviço de liquidação.

As despesas sociais relativas aos contratos de trabalho e/ou aos prémios de seguro são incluídas nas despesas de auxiliares de enfermagem e reembolsáveis a este título.

- As facturas devem estar em conformidade com a legislação do país onde foram emitidas.

Se não forem apresentados os documentos exigidos, a autorização prévia não poderá ser concedida e, como tal, as despesas correspondentes não serão reembolsadas.

2.2. Reembolsos

As despesas são reembolsadas a 80% ou a 100%, em caso de doença grave, com um montante máximo reembolsável (ver infra), independentemente do número de auxiliares de enfermagem.

As despesas de deslocação, alojamento e alimentação ou quaisquer outras despesas acessórias do auxiliar de enfermagem não serão reembolsadas.

As despesas não reembolsadas não são elegíveis para o reembolso especial previsto no artigo 24.º da regulamentação.

- **Serviços de auxiliares de enfermagem temporários**

As despesas de prestações de auxiliares de enfermagem no domicílio por um período máximo de 60 dias são reembolsadas a 80%, com um limite de 72 euros por dia, ou a 100% em caso de doença grave, com um limite de 90 euros.

- **Serviços de auxiliares de enfermagem de longa duração**

Para períodos superiores a 60 dias, as despesas de auxiliares de enfermagem no domicílio são reembolsadas a 80% ou a 100%, em caso de doença grave, de acordo com os limites indicados no quadro seguinte, aos quais é subtraído um montante correspondente a 10% do rendimento base do inscrito (vencimento, pensão de aposentação, pensão ou subsídio de invalidez, indemnização prevista nos n.º 3, travessões 4 e 5, do artigo 2.º da regulamentação comum).

Nível de dependência	Limite de reembolso
4 e 3	50% do vencimento de base de um funcionário de categoria AST 2/1
2 e 1	100% do vencimento de base de um funcionário de categoria AST 2/1

A autorização pode ser concedida por um período não superior a 12 meses, podendo ser renovada.

- **Serviços de auxiliares de enfermagem em meio hospitalar**

Estas despesas não são reembolsáveis, salvo em estabelecimentos públicos com infra-estruturas sanitárias insuficientes para assegurar os cuidados correntes. Neste caso, as despesas relativas a serviços de auxiliares de enfermagem prescritos pelo médico assistente são reembolsadas a 80%, mediante autorização prévia concedida de acordo com o parecer do médico assessor, com um limite de 60 euros por dia. Em caso de doença grave, estas despesas são reembolsadas a 100% com um limite de 75 euros por dia.

Sr./Sra.

N.º de funcionário

I. AVALIAÇÃO DA AUTONOMIA FUNCIONAL

RUBRICAS	DESCRIÇÃO	ÍNDICE
ALIMENTAÇÃO	- Independente, capaz de se servir das refeições, alimenta-se num tempo razoável - Precisa de ajuda, por exemplo, para cortar os alimentos - Incapaz de se alimentar	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
BANHO	- Toma banho sem ajuda - Incapaz de tomar banho	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
HIGIENE PESSOAL	- Lava a cara, penteia-se, escova os dentes, barbeia-se (liga a ficha da máquina de barbear) - Incapaz de desempenhar estas tarefas	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
VESTUÁRIO	- Independente. Aperta os atacadores dos sapatos, aperta fivelas, coloca suspensórios - Precisa de ajuda, mas desempenha pelo menos metade das tarefas num tempo razoável - Incapaz de desempenhar estas tarefas	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONTROLO INTESTINAL	- Nada a assinalar. Capaz de utilizar clisteres/supositórios, se necessário - Problemas ocasionais. Precisa de ajuda para utilizar clisteres ou supositórios - Incapaz de utilizar clisteres ou supositórios	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONTROLO URINÁRIO	- Nada a assinalar. Se necessário, é capaz de utilizar o material de recolha de urina - Problemas ocasionais e necessidade de ajuda para utilizar o material de recolha - Incapaz de utilizar este material	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
IDA À CASA DE BANHO	- Independente nas idas à casa de banho ou na utilização do lavatório. Segura a roupa, limpa-se, puxa o autoclismo ou limpa o lavatório - Precisa de ajuda para se equilibrar, para segurar a roupa ou o papel higiénico - Incapaz de desempenhar estas tarefas	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
DESLOCAÇÃO PARA A CAMA, O SOFÁ E A CADEIRA	- Independente, mesmo para travar a cadeira de rodas e descer o apoio para pés - Precisa de ajuda mínima ou de mera vigilância - Capaz de se sentar, mas precisa do máximo de ajuda para se deslocar - Totalmente dependente	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
MARCHA	- Independente, caminha sozinho 50 metros. Pode usar bengala, mas não se serve de material com rodas - Faz 50 metros com ajuda - Faz 50 metros sozinho numa cadeira de rodas, apenas se for incapaz de andar - Incapaz de andar	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
SUBIDA DE ESCADAS	- Independente. Pode usar bengala - Precisa de ajuda ou de mera vigilância - Incapaz de subir escadas	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
TOTAL DE TODAS AS RUBRICAS		../100

O médico deve, obrigatoriamente, **assinalar uma caixa** por cada rubrica.*Virar sff. e preencher o verso*

II. AVALIAÇÃO ESPACIOTEMPORAL

RUBRICAS	AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES IDENTIFICADAS		ÍNDICE
1. DIFICULDADES DE EXPRESSÃO Para se fazer compreender por palavras e/ou por Gestos	- sempre - ocasionalmente, raramente - nunca		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
2. PERTURBAÇÃO VERBAL Gritar sem motivo e/ou incomodar os outros gritando e/ou berrando	- sempre - ocasionalmente, raramente - nunca		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
3. PERDA DA NOÇÃO DE COMPORTAMENTO SOCIAL Comportamento inadaptado à mesa e durante as refeições, despir-se inoportunamente, urinar em locais inadequados, cuspir, etc.	- sempre - ocasionalmente, raramente - nunca		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
4. ORIENTAÇÃO TEMPORAL	- sempre desorientado - ocasionalmente - sem dificuldades		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
5. COMPORTAMENTO AGITADO Dificuldades de relacionamento, perturbações de carácter, comportamento auto-agressivo e/ou agitação psicomotora (deambulação, fuga, etc.)	- sempre - ocasionalmente, raramente - nunca		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
6. COMPORTAMENTO NOCTURNO Comportamento errante, perturbação de terceiros, confusão entre dia e noite	- sempre - ocasionalmente, raramente - nunca		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
7. ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO DE VIDA	- sempre desorientado - ocasionalmente - sem dificuldades		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
8. COMPORTAMENTO DESTRUTIVO Violência em relação aos materiais e objectos do ambiente: vestuário, mobiliário, jornais e/ou agressivo com terceiros	- sempre - ocasionalmente, raramente - nunca		0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
9. PERDA DE MEMÓRIA	a) – recente:	SIM NÃO	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) – antiga:	SIM NÃO	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
10. RECONHECIMENTO DAS PESSOAS MAIS PRÓXIMAS Perda da capacidade de reconhecer:	a) - família próxima (filhos, cônjuge):	SIM NÃO	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - amigos, conhecidos, outros:	SIM NÃO	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
TOTAL DE TODAS AS RUBRICAS	 /100	

O médico deve, obrigatoriamente, assinalar uma caixa por cada rubrica.

.....
Data

.....
Assinatura e carimbo do médico

Capítulo 4 – Produtos farmacêuticos

1. Definição

No contexto do presente regime, um produto farmacêutico pode ser:

- uma especialidade registada como medicamento e com a devida autorização de introdução no mercado;
- uma fórmula magistral preparada sob a responsabilidade do farmacêutico, cuja composição conste da receita médica ou da factura da farmácia e cujos componentes sejam comprovadamente eficazes e inócuos;
- uma preparação homeopática, uma especialidade em fitoterapia ou uma tintura-mãe cuja eficácia e inocuidade tenham sido cientificamente comprovadas.

2. Condições de reembolso

O produto farmacêutico deve ser receitado pelo médico para uma indicação médica reconhecida e numa dose que esteja de acordo com as recomendações terapêuticas habituais. O produto é fornecido por um farmacêutico, um médico ou por qualquer outro organismo ou sistema devidamente autorizado a fornecer medicamentos.

Se, em virtude da legislação nacional, uma pessoa titular de qualificações não médicas (por exemplo, dentista, parteira, enfermeira, naturopata, etc.) estiver habilitada a prescrever produtos farmacêuticos, estes serão igualmente elegíveis para reembolso nas condições estabelecidas pelo presente regime nos países onde estas práticas sejam oficialmente reconhecidas e legalizadas.

A composição de uma fórmula magistral deve constar da receita médica ou da factura da farmácia e ser anexada ao pedido de reembolso.

Em caso de pedidos de reembolso relativos a doses ligeiramente superiores às recomendações terapêuticas habituais, a parte dos produtos considerada excessiva não será reembolsável, de acordo com o parecer do médico assessor.

3. Modalidades de reembolso

Os produtos farmacêuticos são reembolsáveis a 85% ou a 100%, desde que receitados no âmbito de uma doença grave.

Contudo, podem ser aplicadas outras modalidades de reembolso:

- aos produtos estupefacientes utilizados em curas de desintoxicação ou em tratamentos de substituição para toxicodependentes, os quais são reembolsáveis a 100% durante um período máximo de 6 meses – ver ponto 4.1.;

- aos produtos dietéticos referidos na alínea b) do ponto 4.3, para os quais a taxa de reembolso de 85% ou 100% se aplica a 40% das despesas apresentadas, o que corresponde, em média, à diferença de preço em relação aos produtos convencionais;
- aos produtos farmacêuticos utilizados em tratamentos de cessação tabágica, cujo reembolso está limitado a um montante de 200 euros para o conjunto dos tratamentos seguidos pelo beneficiário ao longo da sua vida.

4. Produtos reembolsáveis mediante autorização prévia

4.1. Os seguintes produtos estão sujeitos a autorização prévia com base na apresentação de um relatório médico:

- produtos adelgaçantes;
- tratamentos hormonais anti-envelhecimento não justificados por um défice hormonal objectivo;
- hormonas de crescimento;
- produtos utilizados no tratamento sintomático da disfunção erétil caso a impotência seja consequência de uma doença grave, de um acidente ou de uma cirurgia à próstata. O montante máximo reembolsado por um período de doze meses para esta categoria de medicamentos é de 400 euros;
- produtos estupefacientes utilizados em curas de desintoxicação ou em tratamentos de substituição para toxicodependentes. Estes produtos beneficiam de um reembolso especial a 100% durante um período máximo de 6 meses.

4.2. Estão sujeitas a autorização prévia mediante a apresentação de um relatório médico as especialidades que beneficiam de uma autorização de introdução no mercado como produtos farmacêuticos, mas que não são utilizadas para a indicação médica reconhecida, com a mesma finalidade que os produtos enumerados no ponto 4.1.

Esta disposição aplica-se igualmente aos produtos capilares.

4.3. Estão sujeitos a autorização prévia mediante apresentação de um relatório médico determinados produtos dietéticos e de higiene, desde que considerados indispensáveis à sobrevivência.

Estes produtos são reembolsados mesmo que não sejam adquiridos numa farmácia, junto do médico ou de outro organismo ou sistema devidamente autorizado a fornecer medicamentos.

Trata-se, nomeadamente, de:

- a) produtos especiais destinados à alimentação entérica ou parentérica, reembolsáveis a uma taxa de 85% ou de 100% em caso de doença grave;
- b) - alimentos líquidos hipercalóricos ou hiperproteicos receitados na sequência de tratamentos de radioterapia e quimioterapia ou de intervenções cirúrgicas importantes;

- leites especiais compostos por preparações semi-elementares com grau de hidrólise muito elevado em caso de diarreia prolongada por alergia grave ao leite de vaca ou à soja ou em caso de choque anafilático, de malabsorção intestinal ou de doença inflamatória intestinal;
- alimentos especiais utilizados no quadro de doenças metabólicas.

A taxa de reembolso para estas 3 categorias de produtos é aplicada a 40% do montante das despesas apresentadas, o que corresponde, em média, à diferença de preço em relação aos produtos convencionais.

- c) produtos de desinfecção ou de higiene indispensáveis ao tratamento de determinadas doenças graves, como, por exemplo, as doenças nosocomiais.

5. Produtos excluídos do reembolso

São excluídos do reembolso:

- 5.1. os produtos para fins cosméticos, higiénicos, estéticos, dietéticos ou de conforto, excepto nos casos referidos no ponto 4 supra;
- 5.2. vinhos e licores tónicos, produtos de organoterapia, oligoelementos em doses catalíticas que beneficiam de uma autorização de introdução no mercado, mas cuja eficácia e/ou inocuidade não tenha sido devidamente comprovada.

6. Informação aos inscritos

Serão regularmente actualizadas e dadas a conhecer aos inscritos duas listas com indicação dos principais produtos farmacêuticos reembolsáveis.

Os produtos não indicados em nenhuma das listas podem ser reembolsados mediante o parecer do médico assessor.

Capítulo 5 - Cuidados, tratamentos e próteses dentárias

1. Cuidados e tratamentos preventivos

As despesas de prevenção odontológica, de radiologia, de cuidados e de cirurgia são reembolsadas a 80%, com um limite de 750 euros por ano civil e por beneficiário, desde que os actos médicos sejam efectuados por pessoas devidamente autorizadas pelas autoridades nacionais competentes.

Em caso de doença grave como cancro, diabetes insulínica, valvulopatia (repercussão à distância de focos dentários) que afecte ou tenha repercussão sobre o foro bucal, as despesas são reembolsadas a 100% após parecer favorável conjunto do médico assessor e do dentista assessor, com um limite de 1500 euros. Este montante é igualmente aplicável em caso de dificuldade de tratamentos em crianças hiperactivas e em mulheres grávidas.

Este montante cobre o conjunto das seguintes prestações:

- consulta;
- radiografia endobucal;
- radiografia panorâmica e telerradiografia efectuadas no consultório do dentista^(*);
- fluoração;
- selagem de cavidades e fissuras;
- destartarização;
- obturação coronária^(**);
- reconstituição, falso coto (com parafuso ou espigão), *inlays* e facetas em acrílico;
- desvitalização e obturação radicular;
- extracção normal, incisão de abcesso, esquirolecctomia;
- extracção cirúrgica, dente incluso, apectomia, amputação radicular, frenectomia^(***);
- anestesia local ou regional.

As prestações não incluídas nesta lista podem, mediante parecer do dentista assessor, ser reembolsadas a 80% ou a 100%, em caso de doença grave, dentro do limite anual.

(*) Os mesmos exames, à semelhança da tomografia maxilofacial, efectuados em clínicas, são reembolsados a 85%.

(**) As despesas relativas à remoção sistemática de todas as obturações em amálgama de prata e à respectiva substituição não são reembolsáveis, excepto em caso de danos ou de recidivas.

(***) A extracção de um dente do siso incluso realizada em meio hospitalar sob anestesia geral ou local é reembolsada nos limites e condições previstos para as intervenções cirúrgicas da categoria A2. Em caso de extracção suplementar durante a mesma intervenção, o reembolso por dente está limitado a metade do montante reembolsável para as intervenções cirúrgicas da categoria A2.

2. Parodontia

As despesas relativas a tratamentos de parodontia previamente autorizados pelo serviço de liquidação mediante o parecer do dentista assessor são reembolsadas a 80%, com um limite de 350 euros por sextante, ou seja, 2100 euros para a boca toda e durante um período de 10 anos. Poderá ser autorizado um segundo reembolso nas mesmas condições ao fim de um prazo de 6 anos a contar da data do fim do período de 10 anos.

As despesas de radiologia são objecto de um reembolso à parte, de acordo com o ponto 1 supra.

3. Ortodontia

As despesas de tratamento ortodôntico (ortopedia dentofacial) são reembolsadas a 80% com um limite de 3300 euros pelo tratamento completo (incluindo a análise cefalométrica, os moldes de estudo, as fotografias, as despesas de contenção), desde que previamente autorizado pelo serviço de liquidação mediante a apresentação de um orçamento e após parecer do dentista assessor. As despesas de radiologia são objecto de um reembolso à parte, de acordo com o ponto 1 supra.

O tratamento ortodôntico deve ser iniciado antes da data do 18.º aniversário, salvo em caso de doença grave do foro bucal, de cirurgia maxilofacial, de traumatismo maxilofacial e de problemas graves de articulação temporomandibular demonstrados a nível radiológico e clínico.

Poderá ser autorizado o reembolso de um segundo tratamento nas mesmas condições acima referidas, em caso de:

- mudança de país de residência do beneficiário que implique a necessidade de recorrer a outro médico e apenas em caso de impossibilidade de prosseguir o tratamento em curso de acordo com a mesma técnica terapêutica. A autorização é concedida apenas se a mudança de país de residência do beneficiário for demonstrada por documentos justificativos e se o novo tratamento der continuidade imediata ao tratamento anterior;
- falecimento do médico assistente ou fecho do consultório;
- agenesias a partir de 5 dentes (excluindo os dentes do siso) por maxilar;
- cirurgia maxilofacial complexa com osteossínteses (traumatismos ou tumores);
- problemas graves de articulação temporomandibular.

4. Oclusodontia

As despesas de tratamento no domínio da oclusodontia (problemas de oclusão) são reembolsadas a 80% com um limite de 450 euros pelo tratamento completo, desde que previamente autorizado pelo serviço de liquidação mediante a apresentação de um orçamento e após parecer do dentista assessor.

Este tratamento, reembolsável apenas uma vez, inclui:

- o estudo prévio, à excepção das radiografias, reembolsadas de acordo com o ponto 1 supra;
- a goteira oclusal;
- as sessões de controlo do aparelho;
- as sessões de equilíbrio oclusal.

5. Próteses dentárias

As despesas relativas a próteses dentárias, previamente autorizadas mediante a apresentação de um orçamento e após parecer do dentista assessor, são reembolsadas a 80%, no limite dos montantes máximos reembolsáveis fixados no quadro seguinte. Em caso de urgência que não permita a apresentação de um orçamento, serão reembolsadas apenas as despesas relativas às próteses provisórias.

Tipo de prestação	Limite (euros)
<i>1. a) Próteses fixas</i>	
<i>Inlay</i> de ouro ou cerâmico, falso coto fundido	250
Coroa fundida, coifa telescópica, coroa ou elemento cerâmico-metálico, faceta cerâmica	250
<i>Attachement</i> (barra Dolder: por pilar)	250
Coroa ou pântico provisórios (*)	30
<i>b) Reparação de próteses fixas</i>	
Remoção ou recolocação de elementos fixos (por elemento)	50
Reparação de coroas ou de elementos de ponte (à excepção de coroas e elementos provisórios) por elemento	90
<i>2. a) Próteses móveis</i>	
Placa de base de acrílico, goteira oclusal (à excepção da goteira de branqueamento)	200
Dente ou gancho em base de acrílico	50
Prótese completa superior ou inferior	800
Placa de base provisória em acrílico	90
Dente ou gancho provisório em base de acrílico	30
Placa metálica fundida (com ganchos)	400
Dente em placa metálica fundida (no máx. 10)	100
<i>b) Reparação de próteses móveis</i>	
Reparação de uma base de acrílico, acrescento (substituição) de um dente ou de um gancho em base de acrílico ou metálica(*)	60
Rebasagem (parcial ou completa/placa acrílica ou metálica)	150

(*) Em caso de coroa provisória e de reparações em base metálica (cromo-cobalto), os montantes máximos reembolsáveis são duplicados.

A autorização de renovação de próteses móveis ou fixas que já tenham sido objecto de reembolso pelo regime só poderá ser concedida ao fim de 6 anos. O reembolso é efectuado de acordo com as condições acima fixadas.

Contudo, a título excepcional, nomeadamente em caso de acidente traumático ou de doença grave (por exemplo, cancro do maxilar, etc.) que afectem ou tenham repercussão sobre o foro bucal e tornem impossível a colocação correcta da prótese, os prazos de renovação poderão ser reduzidos, após parecer do dentista assessor, mediante a apresentação de uma justificação médica pormenorizada e de um orçamento.

6. Implantologia

- 6.1. Os tratamentos relativos à colocação de implantes devem ser previamente autorizados pelo serviço de liquidação mediante a apresentação de um orçamento e após parecer do dentista assessor.

- 6.2. O reembolso está limitado a 4 implantes por maxilar, ou seja, um máximo de 8 implantes por beneficiário ao longo de toda a vida.
- 6.3. As prestações relativas à colocação de implantes são reembolsadas a 80%, com um limite de 550 euros por implante. As despesas relativas à colocação de implantes incluem:
- o estudo prévio, à excepção das radiografias, reembolsadas à parte;
 - o enxerto de osso sintético;
 - o material colocado: implante, pilar, membrana e material esterilizado descartável;
 - as anestésias locais administradas pelo médico;
 - o acto cirúrgico para a colocação intra-óssea do implante;
 - a detecção e exposição do implante obtido ao fim de alguns meses após a sua osteointegração.
- 6.4. No caso da colocação de implantes em meio hospitalar, igualmente sujeita a autorização prévia, as despesas de internamento, de anestesia geral e outras despesas acessórias são reembolsadas nas condições previstas para cada serviço, à excepção dos honorários do médico e das prestações referidas no ponto 6.3.
- 6.5. Após autorização prévia, as despesas relativas ao enxerto de osso autógeno – obrigatoriamente realizado por um cirurgião maxilofacial – são reembolsadas a 85%, dentro do limite aplicável a intervenções cirúrgicas da categoria B1. As despesas de internamento e outras despesas acessórias são reembolsadas nas condições previstas para cada serviço.

7. Doença grave

Em caso de doença grave que afecte ou tenha repercussão sobre o foro bucal, após parecer conjunto do médico assessor e do dentista assessor, as despesas relativas aos tratamentos previstos nos pontos 2 a 6 são reembolsadas a 100% com o dobro do limite previsto para cada serviço.

8. Disposições particulares

No caso de prestações sujeitas a autorização prévia, deverão ser utilizados os orçamentos oficiais do RCSD, salvo em caso de urgência ou de força maior. Excepto em caso de impossibilidade resultante de uma disposição regulamentar nacional, as notas de honorários devem ser elaboradas com base no mesmo sistema que os orçamentos. As notas de honorários e os orçamentos devem indicar os diferentes montantes por serviço, assim como o número de dentes tratados.

Os orçamentos relativos a tratamentos de ortodontia, de parodontia, próteses fixas e implantes devem ser acompanhados das radiografias e/ou dos moldes de estudo. Se o dentista assessor assim o entender, poderá realizar ou ordenar a realização de um exame físico do doente.

Os tratamentos referidos nos orçamentos devem ser iniciados num prazo de doze meses a contar da data da respectiva autorização. A título excepcional, este prazo pode ser prolongado após parecer do dentista assessor.

As despesas relativas a tratamentos estéticos (como o branqueamento dos dentes, a substituição sistemática de amálgamas de prata, facetas em incisivos intactos, incrustações, etc.) não são reembolsáveis.

Capítulo 6 – Imagiologia médica, análises, exames de laboratório e outros meios de diagnóstico

1. Disposições gerais

As despesas relativas a estas prestações são reembolsadas a 85% ou a 100% em caso de doença grave.

2. Análises e exames sujeitos a autorização prévia

Estão sujeitas a autorização prévia:

- As análises efectuadas no âmbito:
 - de tratamentos anti-envelhecimento;
 - de hormonologia múltipla;
 - de alergias e intolerâncias alimentares;
 - de exames genéticos não incluídos na investigação de uma doença específica.
- As novas técnicas em matéria de exames, análises e imagiologia médica cujas despesas não sejam elegíveis para reembolso em pelo menos um Estado-Membro da União Europeia.

3. Análises excluídas do reembolso

Não são reembolsáveis:

- As análises efectuadas no âmbito:
 - da medição do “stress oxidativo”;
 - da micronutrição;
 - de testes de floculação.
- As despesas relativas às análises e exames considerados como não funcionais e/ou desnecessários após parecer do Conselho Médico.
São consideradas como não funcionais as análises e os exames cujos resultados não estejam cientificamente comprovados em termos de eficácia e de inocuidade.

4. Informação aos inscritos

Serão regularmente actualizadas e dadas a conhecer aos inscritos duas listas com indicação das principais análises, categorias de análises e exames reembolsáveis e não reembolsáveis.

As análises e os exames não indicados em nenhuma das listas podem ser reembolsados após parecer do médico assessor.

Capítulo 7 – Gravidez, parto e infertilidade

1. Prestações reembolsáveis em caso de gravidez

1.1. Definição e generalidades

Entende-se por gravidez o período entre a fecundação e o parto.

As consultas, os tratamentos de cinesiterapia (pré-natal e pós-natal), assim como todos os restantes exames e prestações relativos à gravidez e efectuados por médicos, parteiras, cinesiterapeutas e/ou outros prestadores de cuidados, são reembolsados de acordo com as disposições previstas para cada uma das prestações.

Os honorários de disponibilidade (telefónica e outras) dos prestadores de cuidados durante o período de gravidez não são reembolsáveis.

1.2. Particularidades

As análises e os medicamentos prescritos por uma parteira são reembolsáveis nos países onde estes actos sejam oficialmente reconhecidos e legalizados.

O acompanhamento prestado por uma parteira é reembolsável sem receita médica.

As sessões de cinesiterapia pré-natal e pós-natal sob prescrição médica não são incluídas no número máximo de sessões previsto no Capítulo 8 do Título II das presentes disposições gerais de execução. Contudo, o seu reembolso está sujeito às mesmas condições.

As sessões colectivas de preparação para o parto, realizadas por um cinesiterapeuta ou por uma parteira sob prescrição médica, são reembolsadas a 80%, com um limite de 15 euros por sessão.

As despesas relativas a sessões de haptonomia e de piscina não são reembolsáveis.

2. Prestações e reembolsos relativos ao parto

2.1. Definição

Considera-se como parto qualquer nascimento a partir da 22.^a semana de gravidez.

2.2. Parto num centro hospitalar

São reembolsáveis a 100%:

- os honorários dos médicos que realizem um parto normal, distócico, gemelar ou por cesariana;

- os honorários de parteiras e anestesistas, as despesas de sala de partos, as despesas de assistência de um cinesiterapeuta durante o parto, assim como as restantes despesas relativas a prestações directamente relacionadas com o parto;
- as despesas de internamento e de tratamento da mãe e da criança num estabelecimento hospitalar por um período máximo de 10 dias ou por toda a duração da hospitalização em caso de complicações médicas directamente relacionadas com o parto;
- as despesas de internamento e de tratamento da criança em neonatologia.

O reembolso das despesas resultantes da escolha do quarto será limitado ao preço do quarto individual particular menos dispendioso do hospital.

Se, num estabelecimento hospitalar, o preço fixo por dia de hospitalização incluir as despesas de internamento e a totalidade ou parte das despesas de parto, de assistência, de exames, assim como outras despesas relativas ao parto, o reembolso é efectuado a 100% numa base global.

A eventual determinação da excessividade prevista no n.º 2 do artigo 20.º da regulamentação comum é feita em função das normas de facturação aplicadas no país onde teve lugar o parto, após parecer do médico assessor.

2.3. Parto no domicílio

Em caso de parto no domicílio, são reembolsados a 100% por um período máximo de 10 dias:

- os honorários do médico e/ou da parteira relativos ao parto;
- as despesas com enfermeiros e outros auxiliares médicos;
- todas as restantes despesas médicas directamente relacionadas com o parto.

Em caso de complicações médicas, a tomada a cargo pode ser prolongada após parecer do médico assessor. Se estas complicações implicarem a hospitalização da mãe e/ou da criança, as despesas de internamento e de tratamento resultantes serão reembolsadas a 100%.

Sempre que um conjunto de prestações de natureza médica e outras seja prestado por um serviço que inclua diferentes prestadores, nomeadamente auxiliares médicos, o reembolso refere-se ao conjunto das prestações, independentemente da respectiva natureza.

As despesas de apoio familiar não são reembolsadas.

2.4. Parto num centro de nascimento ou num centro não hospitalar autorizados

Em caso de parto num “centro de nascimento” ou num centro não hospitalar autorizados pelas autoridades sanitárias competentes:

- os honorários relativos ao parto são reembolsados nas mesmas condições que o parto no domicílio;
- as despesas complementares relativas ao acompanhamento e ao alojamento são reembolsadas por um período máximo de 24 horas após o parto.

As prestações posteriores ao parto e realizadas no domicílio por pessoal de enfermagem ou por auxiliares médicos são reembolsadas a 100% por um período máximo de dez dias, incluindo a permanência fora do domicílio.

Em caso de complicações médicas para a mãe e/ou para a criança directamente relacionadas com o parto, a tomada a cargo é prolongada após parecer do médico assessor. Se estas complicações implicarem uma hospitalização, as despesas de internamento e de tratamento são reembolsadas a 100%.

A determinação de excessividade dos internamentos em centros de nascimento ou em centros não hospitalares, prevista no n.º 2 do artigo 20.º da regulamentação, é efectuada com base nos preços de internamento e hospitalização praticados no país onde teve lugar o parto.

3. Prestações e reembolsos relativos a tratamentos de infertilidade

3.1. As despesas de fecundação *in vitro* resultante de esterilidade associada a um problema patológico do(a) inscrito(a) ou do seu cônjuge ou parceiro são reembolsáveis nas seguintes condições mediante autorização prévia:

- o número máximo de tentativas autorizadas é de 5 por filho;
- o tratamento é reembolsável desde que tenha sido iniciado antes do 45.º aniversário da mãe.

Este reembolso tem lugar após recurso às possibilidades de reembolso do regime primário do cônjuge ou do parceiro reconhecido.

São reembolsadas a 85%:

- as despesas relativas à colheita de ovócitos ou espermatozóides, fecundação e cultura, com um limite correspondente à categoria B1 das intervenções cirúrgicas;
- as despesas de estimulação, de exames, de análises, de laboratório e de conservação (de ovócitos e de espermatozóides).

As eventuais despesas de diagnóstico genético pré-implantatório no embrião são reembolsáveis, mediante autorização prévia, em caso de doença ou de anomalia genética identificada num dos parentes de primeiro ou de segundo grau.

As eventuais despesas de doação de óvulos (despesas de estimulação e de colheita na doadora, à excepção das restantes despesas) são reembolsáveis, mediante autorização prévia, em caso de esterilidade patológica da mãe, na sequência de quimioterapia, radioterapia ou ovariectomia bilateral, excepto esterilizações voluntárias, a menos que se devam a um problema patológico comprovado.

3.2. No que se refere especificamente à infertilidade masculina, desde que não seja resultante de uma esterilização voluntária anterior, é efectuado um reembolso a 85% nas seguintes condições:

a) intervenções cirúrgicas com um limite correspondente à categoria de intervenção cirúrgica:

- vasectomia: categoria B1
- anastomose epididimodeferencial: categoria B1
- repermeabilização dos canais ejaculadores: categoria B1

- tratamento de varicocele: categoria A2
- b) inseminações artificiais com espermatozoides do doente ou de um dador;
- c) fecundações *in vitro*, incluindo fecundações com injeção intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI) nas condições previstas no ponto 3.1.
- d) colheitas de espermatozoides (deferencial, epididimária ou testicular) e respectiva preparação para a ICSI, com um limite correspondente à categoria A2 das intervenções cirúrgicas.

Nota: A melhoria da qualidade espermática é abordada no capítulo relativo aos medicamentos, enquanto os implantes penianos são abordados no capítulo relativo às próteses.

Capítulo 8 – Tratamentos diversos

1. Disposições gerais

- 1.1. As despesas relativas aos tratamentos enumerados no ponto 2, prescritos por um médico ou, no caso da psicoterapia e de tratamentos idênticos, por um psiquiatra, um neuropsiquiatra ou um neurologista, são reembolsadas a 80%, no limite dos montantes máximos reembolsáveis fixados por tipo de prestação ou a 100% em caso de doença grave, no dobro dos limites previstos.
- 1.2. Por cada tipo de tratamento é indicado o número máximo de sessões reembolsáveis por ano civil. Salvo indicação em contrário, é possível o reembolso de um maior número de sessões, mediante autorização prévia, em caso de doença grave, de recuperação pós-operatória ou pós-traumática ou de problemas de mobilidade reduzida.
- 1.3. As receitas médicas devem ser fornecidas antes do início do tratamento e apresentar uma data inferior a seis meses em relação ao início do primeiro tratamento. Além disso, devem conter pelo menos os seguintes dados:
 - o nome do doente;
 - o motivo do tratamento;
 - o tipo de tratamento e o número de sessões prescritas.

Dependendo dos tratamentos, poderão ser exigidas outras indicações específicas ou condições enumeradas no ponto 2.

- 1.4. Os tratamentos devem corresponder aos tratamentos indicados na receita médica e ser efectuados por profissionais devidamente habilitados e legalmente reconhecidos.
- 1.5. As facturas devem ser emitidas pelos próprios profissionais, à excepção dos tratamentos efectuados em centros hospitalares, centros de recuperação e centros de curas termais, caso a cura tenha sido previamente autorizada.

As facturas emitidas por estabelecimentos como centros estéticos, centros de beleza, hotéis, estabelecimentos de talassoterapia e de balneoterapia não são reembolsáveis.

- 1.6. Não são reembolsáveis: os tratamentos estéticos, as mensalidades em piscinas e as despesas de inscrição em centros desportivos e de beleza.
- 1.7. Todos os tratamentos não enumerados no ponto 2 estão sujeitos a autorização prévia.

2. Disposições particulares

RM: Requer receita médica

AP: Requer autorização prévia

A. Tratamentos que requerem receita médica

	Natureza do tratamento/prestações	RM	AP	Número máx. de sessões por ano/(12 meses)	Limite de 80% (euros)	Observações
A 1	Aerossolterapia	x		30	--	
A 2	Consulta de um nutricionista	x		10	25	
A 3	Cinesiterapia, fisioterapia e tratamentos equiparáveis²	x		60	25	
A4	Pedicura médica	x		12	25	

² Tratamentos equiparáveis, como massagens médicas, ginástica médica, mobilização, reeducação, mecanoterapia, tracções, banhos de lama (fango), hidromassagem, hidroterapia, electroterapia, correntes diadinâmicas, radar, ionização, ondas curtas, correntes especiais, raios infravermelhos, ultra-sons, etc.

B. Tratamentos que devem ser efectuados por um médico ou em meio hospitalar

	Natureza do tratamento/prestações	RM	AP	Número máx. de sessões por ano/(12 meses)	Limite de 80% (euros)	Observações
B 1	Acupunctura	x		30	25	Efectuada por um profissional legalmente autorizado a prestar este tipo de tratamento
B 2	Mesoterapia	x	x	30	45	- Efectuada por um médico ou em meio hospitalar (honorários do médico incluídos no limite de 45 euros por sessão) - Não poderá ser autorizado um número superior de sessões por ano.
B 3	Raios ultravioletas	x	x		35	

C. Tratamentos que requerem receita médica e que estão sujeitos a autorização prévia em alguns casos

	Natureza do tratamento/prestações	RM	AP	Número máx. de sessões por ano/(12 meses)	Limite de 80% (euros)	Observações
C 1	Balanço/exame psicológico completo efectuado por um único interveniente	x			150	
C 2	Quiropraxia/osteopatia	x		24	40	Só poderá ser autorizado um número superior de sessões por ano mediante AP. Os tratamentos de osteopatia craniana, energética e visceral e de micro-osteopatia não são reembolsáveis.
	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com idade igual ou superior a 12 anos • Crianças com menos de 12 anos 	x	x	24		
C 3	Logopedia/ortofonia (relatório médico escrito por um otorrinolaringologista ou neurologista)				35	<p>Perturbações neurológicas importantes: possibilidade de mais de 180 sessões mediante autorização prévia.</p> <p>Diz respeito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - crianças afectadas por surdez grave ou doença neurológica; - adultos afectados por doenças neurológicas ou laringeas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças até aos 12 anos, inclusive 	x		180 durante um ou vários anos		
	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças entre os 13 e os 18 anos • Pessoas com mais de 18 anos 	x	x	30 para o conjunto do tratamento		
	Balanço logopédico/ortofónico	x	x		40	

	Natureza do tratamento/prestações	RM	AP	Número máx. de sessões por ano/(12 meses)	Limite de 80% (euros)	Observações
C 4	Psicomotricidade, grafomotricidade	x		60	35	
C5	<p>Psicoterapia</p> <p>Efectuada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • por um médico especialista em psiquiatria, neuropsiquiatria ou neurologia • por um psicólogo ou psicoterapeuta 	x	x	30 para todos os tipos de sessões	60 90 25	<ul style="list-style-type: none"> • Sessão individual • Sessão familiar • Sessão de grupo <p>Poderá ser autorizado um maior número de sessões por ano mediante autorização prévia</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prescrição por um psiquiatra, neuropsiquiatra ou neurologista ○ As 10 primeiras sessões podem ser prescritas por um clínico geral ○ No caso de crianças com menos de 15 anos, a prescrição pode ser feita por um pediatra

D. Tratamentos sempre sujeitos a autorização prévia

	Natureza do tratamento/prestações	RM	AP	Número máx. de sessões por ano/(12 meses)	Limite de 80% (euros)	Observações
D 1	Balanço neuropsicológico pluridisciplinar	x	x		600	Com base num relatório médico de um neuropediatra ou psiquiatra
D 2	Câmara hiperbárica	x	x		--	
D 3	Drenagem linfática	x	x	20/12 meses	25	Sem restrições do número de sessões ou de limite de reembolso em caso de doença grave
D 4	Endermologia não estética	x	x	5/12 meses	--	Tratamento de cicatrizes viciosas
D 5	Depilação	x	x		Montante máx. reembolsável equivalente a intervenção cirúrgica - Cat. A1 - Cat. A2	Unicamente em caso de hipertricose patológica do rosto - Cat. A1 para casos pouco extensos - Cat. A2 para casos extensos
D 6	Ergoterapia	x	x	--	--	
D 7	<u>Laser</u>: tratamento por laser ou fototerapia dinâmica em <u>dermatologia</u>	x	x	20	--	
D 8	Ortóptica	x	x	20/12 meses	35	Prescrição por um especialista em oftalmologia, indicando a identidade do ortoptista

	Natureza do tratamento/prestações	RM	AP	Número máx. de sessões por ano/(12 meses)	Limite de 80% (euros)	Observações
D 9	Recuperação funcional pluridisciplinar em ambulatório ou em serviço hospitalar	x	x	--	--	
D10	Recuperação através de aparelho MDX, de tratamentos pelo método “David Back Clinic” ou de escola das costas	x	x	24, em princípio renovável uma vez	40	
D11	Tratamentos por ondas de choque em reumatologia	x	x	--	--	
D12	Qualquer outro tratamento não especificado	x	x	--	--	

Capítulo 9 – Auxiliares médicos

As despesas de prestações por pessoal de enfermagem são reembolsáveis a 80% ou a 100%, em caso de doença grave, desde que estas prestações tenham sido prescritas por um médico e efectuadas por uma pessoa legalmente autorizada a exercer a profissão.

Caso o segurado beneficie de serviços de auxiliares de enfermagem, é necessária autorização prévia para as prestações técnicas complementares, como injeções ou pensos complexos, que não possam ser legalmente efectuados pelo auxiliar de enfermagem.

Capítulo 10 – Curas

Secção 1 – Curas de convalescença e pós-operatórias

1. Generalidades

As curas de convalescença e as curas pós-operatórias são elegíveis para reembolso mediante autorização prévia, desde que:

1. sejam efectuadas sob controlo médico em centros de convalescença que disponham de infra-estruturas médicas e paramédicas adaptadas, exceptuando qualquer outro tipo de centro;
2. sejam iniciadas nos três meses após a intervenção cirúrgica ou a doença para a qual foram prescritas, salvo contra-indicação médica devidamente justificada no relatório que acompanha a receita médica aceite pelo médico assessor.

A autorização da cura pode ser renovada em caso de recaída ou de nova doença.

2. Condições de obtenção de uma autorização prévia

O pedido de autorização prévia deve ser apresentado junto do serviço de liquidação, acompanhado de uma receita médica emitida há menos de três meses por um médico assistente independente de um centro de cura. A receita é apoiada por um relatório médico pormenorizado que justifique a necessidade terapêutica da cura.

Para ser autorizada, a cura deve ter sido considerada necessária pelo médico assessor com base no relatório médico acima referido.

Não será concedida qualquer autorização *a posteriori*. O regime não reembolsará tratamentos, exames nem consultas prestados num centro de cura se esta não tiver sido previamente autorizada.

3. Normas de reembolso

São reembolsáveis:

- Despesas de permanência:

As despesas de permanência são reembolsadas a 80% por um período máximo de vinte e oito dias por ano, com um limite de reembolso de 36 euros por dia.

Em caso de cura associada a uma doença grave, estas despesas são reembolsadas a 100% com um limite de reembolso especial de 45 euros por dia.

Estas despesas não podem ser consideradas como despesas de hospitalização.

- Despesas de tratamento:

Os tratamentos são reembolsados separadamente, de acordo com as condições previstas nas presentes disposições gerais.

- Despesas de acompanhamento:

As despesas de acompanhamento são reembolsáveis a título excepcional a 85%, com um limite de 40 euros, mediante receita médica e após autorização prévia nos seguintes casos:

- para um familiar que acompanhe, no quarto ou nas instalações do estabelecimentos de cura, um beneficiário submetido a uma cura com idade inferior a 14 anos ou que, tendo em conta a doença ou outra necessidade medicamente justificada, requeira assistência especial.
- para as despesas de permanência de uma criança em período de aleitamento que deva acompanhar a mãe no estabelecimento de cura.

As despesas de acompanhamento não são reembolsadas nos restantes casos.

4. Exclusões de reembolso

Despesas de deslocação.

5. Condições de reembolso

O pedido de reembolso deve ser acompanhado de facturas que discriminem separadamente as despesas de permanência e as despesas de tratamento, assim como de um relatório do médico do estabelecimento com a descrição pormenorizada dos tratamentos efectuados, elaborado após a cura e dirigido ao médico assessor do serviço de liquidação.

Secção 2 – Curas termais

1. Generalidades

Uma cura termal consiste na permanência mínima de 10 dias e máxima de 21 dias num estabelecimento especializado onde os tratamentos são administrados, sob controlo médico, com águas de nascente antes de perderem as propriedades biológicas e farmacodinâmicas decorrentes da sua riqueza em iões e em oligoelementos.

Podem ser equiparadas a curas termais as permanências em centros paramédicos autorizados pelas autoridades sanitárias nacionais e exclusivamente especializados no tratamento de doenças crónicas.

Para ser reembolsada, a cura deve ser previamente autorizada pelo serviço de liquidação após parecer do médico assessor e ser efectuada num centro autorizado pelas autoridades sanitárias nacionais.

A autorização de cura está limitada a:

- Uma cura por ano, com um máximo de oito curas durante toda a vida do beneficiário, por cada uma das categorias de patologias seguintes:
 1. reumatismo e sequelas de traumatismos osteo-articulares;
 2. flebologia e doenças cardio-arteriais;
 3. neurologia;
 4. doenças do aparelho digestivo e respectivos anexos e doenças metabólicas;
 5. ginecologia e doenças do aparelho renal e urinário;
 6. dermatologia e estomatologia;
 7. vias respiratórias.
- Uma cura por ano, desde que efectuada no âmbito do tratamento de uma doença grave ou em caso de psoríase grave sem resposta aos tratamentos convencionais.

Não são consideradas como curas termais elegíveis para reembolso as curas de talassoterapia e os tratamentos de corpo.

2. Condições de obtenção de autorização prévia para curas termais

O pedido de autorização prévia deve ser apresentado junto do serviço de liquidação com uma antecedência mínima de seis semanas em relação à data prevista para o início da cura e indicar as datas da cura, assim como o nome e o endereço do estabelecimento. Além disso, deve ser acompanhado de uma receita médica emitida por um médico assistente independente de um centro de cura e de um relatório médico pormenorizado, com data inferior a 3 meses, justificando a necessidade terapêutica da cura.

O relatório médico pormenorizado deve indicar:

- os antecedentes do doente e uma descrição pormenorizada dos tratamentos seguidos durante o ano para a patologia que requer a cura. O relatório deve descrever a evolução mais recente da patologia e evidenciar os elementos médicos adequados para a justificação da cura;
- a duração da cura, a natureza dos tratamentos termais a seguir e o tipo de centro termal em relação com a patologia em questão, ficando implícito que apenas poderá ser tomado em consideração um centro autorizado pelas autoridades sanitárias nacionais.

A autorização é concedida se a cura termal for considerada rigorosamente necessária pelo médico assessor com base no relatório médico acima referido e desde que o segurado tenha seguido os tratamentos prescritos durante o ano, que estes tratamentos se tenham revelado insuficientes e que a cura tenha um valor terapêutico comprovado.

Não será concedida qualquer autorização *a posteriori* e o regime não reembolsará tratamentos, exames nem consultas prestados num centro de cura se esta não tiver sido previamente autorizada.

3. Normas de reembolso

As despesas de tratamento e de controlo médico apresentadas durante as curas termais são reembolsáveis a 80%, com um limite global de 64 euros por dia. Em caso de cura associada a uma doença grave, estas despesas são reembolsadas a 100% com um limite global especial de 80 euros por dia.

As despesas de acompanhamento poderão ser reembolsadas mediante receita médica e após autorização prévia:

- para um familiar que acompanhe, no quarto ou nas instalações do estabelecimentos de cura, um beneficiário submetido a uma cura com idade inferior a 14 anos ou que, tendo em conta a natureza da doença ou outra necessidade medicamente justificada, requeira assistência familiar especial;
- para as despesas de permanência de uma criança em período de aleitamento que deva acompanhar a mãe no estabelecimento de cura.

Para ser reembolsada, a cura deve incluir pelo menos 2 tratamentos adequados por dia e não sofrer qualquer interrupção, salvo mediante a apresentação de um atestado do médico do centro de cura que justifique a interrupção por motivos de saúde ou por motivos familiares imperativos (falecimento, doença grave de um familiar, etc.).

As despesas relativas a tratamentos a cargo do beneficiário são elegíveis para o reembolso especial previsto no artigo 24.º da regulamentação.

4. Exclusões de reembolso

No âmbito de uma cura, não são reembolsáveis:

- as despesas de deslocação;

- as despesas de permanência, alojamento e alimentação;
- as despesas complementares aos tratamentos;
- os tratamentos e cuidados não elegíveis nos termos da regulamentação comum, por exemplo, banhos de mar, banhos de lago, banhos de areia, talassoterapia, sauna, solário, massagens não médicas, tratamentos de corpo, sessões de ioga, reflexologia plantar, shiatsu e/ou qualquer outro tratamento equiparável;
- as análises, os exames e outras prestações não relacionados com a patologia em questão;
- os tratamentos com extractos de timo ou de visco, os tratamentos de ozonoterapia, oxigenação, auto-hemoterapia, procaína e/ou qualquer outro tratamento/produto equiparável.

Se a cura não tiver sido autorizada, o reembolso das despesas de tratamento é possível desde que sejam cumpridas as condições previstas nas disposições gerais de execução, nomeadamente:

- receita original do médico assistente independente do centro de cura, com data inferior a 6 meses, onde sejam referidos o diagnóstico, o nome e o tipo de tratamento;
- factura detalhada correspondente à receita médica, com indicação das datas, do número de sessões e do preço do tratamento.

Desde que os tratamentos sejam efectuados num centro de curas termais autorizado, serão aceites as facturas directamente emitidas pelo estabelecimento.

Se os tratamentos forem efectuados em estabelecimentos não autorizados, os tratamentos de cinesiterapia e de fisioterapia, exceptuando todos os outros tipos de tratamentos, são reembolsáveis desde que as prestações tenham sido realizadas por um cinesiterapeuta diplomado e que a factura correspondente permita identificar as suas qualificações como fisioterapeuta.

Capítulo 11 – Próteses, aparelhos ortopédicos e outro material médico

1. Visão

1.1. Óculos

a) Generalidades

O reembolso de óculos está limitado a dois pares e inclui a armação e as lentes correctoras, independentemente das suas características:

- seja um par de óculos com lentes unifocais para visão ao perto e um par com lentes unifocais para visão ao longe;
- seja um par de óculos com lentes multifocais ou progressivas e, caso aplicável, um par de óculos para visão ao perto ou ao longe.

Não são reembolsados pelo regime:

- os óculos com lentes não correctoras;
- os óculos de sol;
- os óculos destinados a trabalhar com o computador pelo pessoal em actividade.

b) Prazos de renovação

Salvo mudança de dioptria ou de eixo igual ou superior a 0,50, após verificação médica, são estabelecidos prazos de renovação de dois anos ou de um ano para crianças até aos 18 anos. Este prazo começa a contar da data da última aquisição na categoria em questão.

c) Condições de reembolso

As despesas de aquisição de óculos com lentes correctoras prescritos por um oftalmologista ou um optometrista são reembolsáveis a 85%, de acordo com os seguintes limites:

- armações: limite de 120 euros

- lentes:

110 euros por lente para lentes unifocais com características de visão iguais ou inferiores a 4 dioptrias;

140 euros por lente para lentes unifocais com características de visão entre 4,25 e 6 dioptrias;

180 euros por lente para lentes unifocais com características de visão entre 6,25 e 8 dioptrias;

300 euros por lente para lentes unifocais a partir de 8,25 dioptrias;

350 euros por lente para lentes multifocais ou progressivas.

As despesas do exame de optometria, à falta de prescrição e/ou de exame de um oftalmologista, são reembolsadas a 85%, com um limite correspondente à consulta ou à visita de um médico de clínica geral.

As despesas relativas aos diversos exames de centragem ou de medição através de aparelhagens electrónicas e efectuados por um técnico de óptica ou optometrista estão incluídas no limite aplicável às lentes.

Em caso de perda ou de danos na armação ou nas lentes antes do prazo de renovação, as despesas de reparação ou de substituição são reembolsadas com base no limite ainda não gasto até ao referido prazo.

d) Apresentação da factura

A factura original e liquidada deve indicar:

- o tipo de visão (longe, perto, multifocal);
- as características das lentes (potência de cada lente correctora/dioptrias);
- os preços das lentes e da armação, discriminados separadamente.

1.2. Lentes de contacto

a) Generalidades

- O reembolso de lentes de contacto de correcção não exclui o reembolso de um par de óculos com lentes correctoras unifocais para visão ao perto ou ao longe ou de um par de óculos com lentes multifocais ou progressivas.
- Em caso de perda ou de ruptura de lentes antes do prazo de renovação, as despesas de reparação ou de substituição são reembolsadas apenas com base no limite ainda não gasto até ao referido prazo.
- As lentes de cor não correctivas não são reembolsadas pelo regime.

b) Condições de reembolso

As despesas de aquisição de lentes de contacto de correcção, convencionais e/ou descartáveis, prescritas por um oftalmologista ou um optometrista, assim como as despesas de aquisição dos produtos de utilização são reembolsadas a 85%, com um limite de 500 euros por período de 24 meses.

As despesas de adaptação e de fornecimento de lentes de teste pelo oftalmologista ou pelo optometrista estão incluídas no limite aplicável às lentes.

As despesas do exame de optometria, à falta de prescrição e/ou de exame de um oftalmologista, são reembolsadas a 85%, com um limite correspondente à consulta ou à visita de um médico de clínica geral.

c) Apresentação da factura

A factura original e liquidada deve indicar:

- o tipo de visão (longe, perto, multifocal);
- as características das lentes (potência de cada lente correctora/dioptrias);
- o tipo de lentes: descartáveis ou convencionais;
- o preço das lentes.

1.3. Patologia oftalmológica grave

Poderá ser autorizada uma derrogação nas condições de reembolso fixadas por categoria de lentes de óculos ou de lentes de contacto, mediante autorização, em caso de patologia oftalmológica grave reconhecida, justificada por um relatório médico, ou caso o preço de aquisição das lentes de óculos ou de lentes de contacto ultrapassar largamente os montantes máximos reembolsáveis previstos para condições de visão muito limitadas ou para dioptrias extremas.

1.4. Próteses oculares

As despesas de aquisição de olhos artificiais são reembolsadas a 85% ou a 100% em caso de doença grave.

2. AUDICÃO

2.1. Os aparelhos auditivos prescritos por um otorrinolaringologista ou por um audiometrista, assim como as despesas de reparação, são reembolsados a 85%, com um limite de 1500 euros por aparelho.

2.2. As despesas de manutenção e as pilhas não são reembolsadas.

2.3. Em caso de renovação, o reembolso referido no ponto 2.1 só será concedido após um prazo de cinco anos, salvo em caso de variação das condições audiométricas e mediante prescrição de um otorrinolaringologista.

2.4. Poderá ser autorizada uma derrogação dos limites e prazos de renovação em vigor, mediante autorização prévia e após parecer do médico assessor, para os aparelhos adaptados a crianças até aos 18 anos em caso de doença grave do foro auditivo.

3. Aparelhos ortopédicos, ligaduras e outro material médico

- 3.1. As despesas de aquisição, aluguer ou reparação de artigos ou materiais enumerados no quadro apresentado no anexo II são reembolsadas a 85% ou a 100% em caso de doença grave, nos limites e condições estabelecidos e indicados no quadro.
- 3.2. No caso de aparelhos com custo estimado em mais de 2000 euros, é necessária a apresentação de um pedido de autorização prévia, acompanhado de um relatório médico e de dois orçamentos pormenorizados comparativos.
- 3.3. Se for necessário um material específico no âmbito de uma doença grave, a autorização prévia, após parecer do médico assessor, pode derrogar as regras relativas aos montantes máximos reembolsáveis e aos prazos de renovação.
- 3.4. É necessária autorização prévia para o aluguer de aparelhos ou de material ortopédico cuja utilização ultrapasse um período igual ou superior a três meses consecutivos.
- 3.5. As despesas relativas à aquisição de aparelhos e/ou de material não previstos nas presentes DGE poderão ser reembolsadas desde que tenha sido apresentado um pedido de autorização prévia. Em função dos preços praticados no mercado, poderão ser fixados montantes máximos reembolsáveis após parecer do médico assessor.

Capítulo 12 – Despesas de transporte

1. Disposições gerais

- 1.1. Excepto em situações de urgência devidamente justificadas em que só seja possível intervir *a posteriori*, é exigida a apresentação de um pedido de autorização prévia. Este deve ser acompanhado de um atestado do médico assistente que justifique a natureza e a necessidade médica do transporte.
- 1.2. Se o transporte tiver de ser repetido regularmente, a receita médica deve indicar as razões e justificar o número de trajectos indispensáveis.
- 1.3. O acompanhamento por uma terceira pessoa, desde que declarado rigorosamente necessário pelo médico assistente, nomeadamente devido à idade ou ao tipo de doença do beneficiário, deverá igualmente ser objecto de um pedido de autorização prévia.
- 1.4. A autorização prévia é concedida após parecer do médico assessor. A decisão toma em consideração, por exemplo, o facto de os tratamentos não poderem ser efectuados no local de afectação ou de residência do beneficiário e/ou de este não ter capacidade para utilizar meios de transportes públicos ou privados.

2. Modalidades de reembolso

- 2.1. É considerado apenas o reembolso do meio de transporte adaptado ao beneficiário até ao estabelecimento ou ao prestador de cuidados mais próximo com capacidade para tratar adequadamente a sua patologia. À falta de autorização prévia por motivos de urgência, o médico assessor será consultado sobre a pertinência das despesas apresentadas.
- 2.2. As despesas são reembolsadas a 80% ou a 100%, em caso de doença grave, mediante a apresentação dos documentos justificativos originais (facturas pagas, títulos de transporte/viagem, etc.).
- 2.3. À falta dos documentos justificativos exigidos, o reembolso é fixado em 80% ou 100% do preço de um bilhete de comboio em primeira classe. Se não existir uma ligação ferroviária, o reembolso é calculado em 80% ou 100% do limite de 0,22 euros por quilómetro, indexado por analogia com a regulamentação relativa às despesas de missão da Comissão Europeia, devendo o inscrito indicar a quilometragem percorrida até ao estabelecimento ou ao prestador de cuidados.
- 2.4. As despesas de transporte da terceira pessoa acompanhante são reembolsadas a 80%, nas mesmas condições acima referidas, salvo em caso de utilização de um veículo privado, à qual não se aplica qualquer tipo de reembolso.

2.5. Não são reembolsadas pelo regime:

- a) as despesas de transporte por motivos familiares, linguísticos ou de conveniência pessoal, para a consulta de um clínico geral, para curas termais ou de convalescença, para chegar ao local de trabalho ou por qualquer outro motivo não reconhecido pelo serviço de liquidação;
- b) as despesas de repatriamento em caso de doença ou de acidente;
- c) as despesas de busca em montanha, no mar, etc.;
- d) as despesas de transporte em veículo privado no interior da localidade de residência, salvo em caso de tratamentos pesados e repetitivos como radioterapia, quimioterapia, diálise, etc. Neste caso, o reembolso das despesas de transporte – previamente autorizadas após parecer do médico assessor – é efectuado nas condições previstas nos pontos 2.2 e 2.3.

3. **Pessoal afectado fora da União Europeia**

O reembolso de despesas de transporte do pessoal afectado fora da União Europeia é efectuado em conformidade com as disposições estatutárias e os regulamentos aplicáveis, nomeadamente o Anexo X do Estatuto.

Capítulo 13 – Subsídio fixo para despesas de funeral

Disposições gerais

Em aplicação do artigo 25.º da regulamentação comum, o montante do subsídio fixo para despesas de funeral é de 2350 euros.

O pagamento deste subsídio está sujeito à apresentação de uma cópia da certidão de óbito.

Em caso de parto de nado-morto, o subsídio será autorizado desde que o feto tenha atingido pelo menos 22 semanas.

Em caso de falecimento de um segurado em regime de complementaridade, será subtraído ao subsídio o montante já pago no mesmo contexto.

Este subsídio é diferente do reembolso das despesas de transporte do corpo do funcionário em actividade, do seu cônjuge, dos filhos a cargo ou das pessoas equiparadas a filhos a cargo, as quais serão assumidas pela instituição a que pertencia o funcionário, nos termos do artigo 75.º do Estatuto.

ANEXO I

LISTA DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS (distribuídas por categorias)

Nota: As intervenções assinaladas por um asterisco () poderão ter carácter estético, pelo que estão sempre sujeitas a autorização prévia.*

<u>CATEGORIA A1</u>	
<u>Cirurgia geral e plástica</u>	
1	Incisão e drenagem de panarício ósseo ou de aponevroses
2	Excisão de um ou vários tumores cutâneos ou subcutâneos de pequenas dimensões
3	Excisão de tumor supra-aponevrótico sem abertura de cavidade (gânglios, lipomas, etc.)
<u>Ortopedia</u>	
4	Redução de fractura da clavícula
5	Redução de fractura da omoplata ou do esterno
6	Redução de luxação de um dedo do pé ou da mão
<u>Cirurgia abdominal, urológica e ginecológica</u>	
7	Extirpação de um corpo estranho do recto
8	Operação de um pólipos do recto
9	Operação de uma rasgadura incompleta do períneo
10	Tumorectomia da mama
11	Conização do colo do útero
<u>Cirurgia vascular e torácica</u>	
12	Laqueação ou ressecção de uma veia varicosa
<u>Neurocirurgia</u>	
	/
<u>Cirurgia otorrinolaringológica e estomatológica</u>	
13	Exérese de pólipos do nariz
14	Exérese endoscópica de pólipos ou de tumores de pequenas dimensões da laringe
15	Operação de fistula salivar
16	Redução simples de fractura do nariz
<u>Cirurgia oftalmológica</u>	
17	Enucleação de um calázio
18	Tratamento de lesão retiniana periférica por laser
19	Tratamento de iridotomia por laser

CATEGORIA A2	
Cirurgia geral e plástica	
1	Incisão de abcesso profundo
2	Incisão de abcesso de Douglas
3	Incisão de fleimão das partes moles ou de antraz
4	Remoção de um corpo estranho profundo por via cruenta
5*	Enxerto de pele simples (menos de 10 cm ²)
6	Abertura da fossa ísquio-rectal
7	Eventual suplemento para utilização de laser cirúrgico
8	Dermoabrasão
Ortopedia	
9	Intervenção em articulação do carpo ou dos dedos da mão, do tarso ou dos dedos do pé
10	Redução de fractura de um osso do antebraço
11	Redução de fractura da mão ou do pé
12	Redução de fractura da rótula
13	Redução de luxação da clavícula ou da rótula
14	Redução de luxação do cotovelo ou do joelho
15	Redução de uma luxação da mão ou do pé
16	Remoção de parafusos ou de pontos
17	Desarticulação de um dedo da mão ou do pé
18	Amputação total ou parcial de um dedo da mão ou do pé
19	Amputação de um osso do metacarpo ou do metatarso
20	Operação do canal cárpico
Cirurgia abdominal, urológica e ginecológica	
21	Operação simples de fissura anal
22	Redução de prolapso rectal
23	Laparoscopia simples
24	Operação de prolapso rectal por cerclagem
25	Circuncisão
26	Laqueação dos canais deferentes
27	Nefrostomia ou pielostomia percutânea
28	Intervenção nos órgãos genitais externos femininos
29	Punção do epidídimo
Cirurgia vascular e torácica	
30	Laqueação ou ressecção de várias veias varicosas
31	Exérese de veia safena interna ou externa
Neurocirurgia	
	/
Cirurgia otorrinolaringológica e estomatológica	
32	Redução de fractura do nariz com aparelho de contenção
33	Operação de pólipos faríngeos
34	Drenagem transtimpânica
35	Extracção de dente incluso em sala de operações
36	Extracção de menos de 8 dentes sob anestesia geral
37	Exérese de glândula submaxilar
Cirurgia oftalmológica	
38	Exérese de tumor não invasivo da conjuntiva, da córnea, da esclerótica ou da pálpebra
39	Operação simples de uma glândula lacrimal

40*	Cantoplastia (operação da fenda palpebral)
41	Tratamento por laser de vasculopatia por catarata secundária
42	Operação de pterígio

CATEGORIA A3	
<u>Cirurgia geral e plástica</u>	
1*	Enxerto simples de 10 a 50 cm ² ou enxerto por retalho inferior a 10 cm ²
2	Operação de quisto ou de fistula sacrococcígeos
3	Tratamento completo de couperose por laser
4	Colocação de prótese peniana
<u>Ortopedia</u>	
5	Osteotomia ou trepanação de um osso
6	Redução de fractura do braço
7	Redução de fractura nos dois ossos do antebraço
8	Redução de fractura simples da bacia
9	Redução de fractura da perna
10	Sutura de tendão
11	Plastia de tendão
12	Remoção de pregos ou de placas
13	Ressecção do cóccix
14	Ressecção de articulação da mão ou do pé (excepto da tibiotársica)
15	Extirpação de corpo estranho em articulação do ombro, cotovelo ou joelho
16	Osteotomia de osso de pequenas dimensões com transplantação tendinosa
17	Redução operatória de fractura da clavícula
18	Redução operatória de fractura da rótula
19	Redução operatória de fractura de um maléolo
20	Redução operatória de fractura do carpo ou tarso, excepto calcâneo
21	Desarticulação da mão ou do pé
22	Amputação no metatarso
<u>Cirurgia abdominal, urológica e ginecológica</u>	
23	Operação de fissura anal com esfincterectomia
24	Intervenção endoscópica na bexiga (ressecção do colo, extracção de cálculos, etc.)
25	Operação de varicocele ou hidrocele
26	Epididimectomia
27	Orquidopexia
28	Cistostomia por via supra-púbica
29	Extracção de cálculo uretral por via endoscópica
30	Destruição de cálculos urinários por ondas de choque (por tratamento)
31	Amputação do colo do útero
<u>Cirurgia vascular e torácica</u>	
32	Ressecção da croça da safena interna + exérese completa da veia safena interna e/ou laqueação ou ressecção de uma ou várias veias varicosas
33	Broncoscopia ou esofagoscopia com extracção de corpo estranho alojado na traqueia, nos brônquios ou no esófago
<u>Neurocirurgia</u>	
34	Sutura microscópica de um nervo
<u>Cirurgia otorrinolaringológica e estomatológica</u>	
35	Traqueotomia
36	Operação por exostose do canal auditivo externo
37*	Operação do lábio leporino simples
38	Excisão parcial da língua
39	Ablação cirúrgica de cálculo salivar

40	Amigdalectomia
41*	Plastia do pavilhão auricular
42	Trepanação do seio maxilar por via externa
43	Operação de seio por via endonasal
44	Exérese da parótida sem dissecção nervosa
45	Extracção de 8 ou mais dentes sob anestesia geral
46	Desinclusão de um dente incluído por ressecção óssea pericoronária e/ou osteotomia dentária
Cirurgia oftalmológica	
47	Exérese de saco lacrimal
48*	Operação de ectrópio ou entrópio
49	Tratamento por laser de lesões maculares para trabeculoplastia ou iridoplastia panretiniana pós-vitrectomia para bridas do corpo vítreo
50*	Plastia parcial de uma pálpebra
51	Exérese de tumor invasivo da conjuntiva, da córnea, da esclerótica ou da pálpebra
52	Extracção de corpo estranho alojado no segmento anterior da cavidade ocular
53	Operação de estrabismo por tenotomia
54	Operação preventiva do descolamento da retina
55	Enucleação do globo ocular

CATEGORIA B1	
<u>Cirurgia geral e plástica</u>	
1*	Enxerto simples com mais de 50 cm ² ou enxerto tubular
<u>Ortopedia</u>	
2	Operação de retracção palmar de Dupuytren
3	Ressecção da articulação tibiotársica
4	Artoplastia de articulação da mão ou do pé
5	Operação do menisco
6	Redução de fractura de vértebra
7	Redução operatória de foco de fractura do braço, antebraço ou perna
8	Redução operatória de fractura bimalleolar ou trimaleolar do tornozelo
9	Redução operatória de fractura do calcâneo
10	Redução de luxação da anca
11	Redução de luxação de vértebra
12	Desarticulação do braço, antebraço ou perna
13	Amputação de braço, antebraço ou perna
14	Ressecção de articulação do ombro, cotovelo ou joelho
15	Operação de <i>hallux valgus</i> por método combinado
16	Sutura de dois ou mais tendões
17	Enxerto de tendão
18	Plastia de dois tendões
19	Nucleotomia percutânea para hérnia discal
20	Sutura de ligamentos do joelho
21	Plastia de ligamentos laterais do joelho
<u>Cirurgia abdominal, urológica e ginecológica</u>	
22	Operação de fistula rectal
23	Laparotomia exploradora
24	Apendicectomia
25	Abertura de abcesso no abdómen
26	Operação de hérnia inguinal ou crural
27	Operação de hérnia umbilical ou epigástrica
28	Operação de prolapso rectal por ressecção ou plastia dos elevadores
29	Operação de hemorróidas
30*	Operação de eventração com plastia
31	Pielotomia
32	Lombotomia exploradora
33	Nefrostomia
34	Extracção de cálculo uretral por via cruenta
35	Uretrostomia perineal
36	Exérese de tumor da bexiga por via endoscópica
37	Intervenção na uretra
38	Reposição de inversão uterina
39	Ressecção completa do endométrio
40	Histeropexia
41	Operação de rasgadura completa do períneo
42	Colporrafia, com ou sem perineorrafia
43	Exérese de um ou mais miomas uterinos por via vaginal ou abdominal
44	Anexectomia unilateral ou bilateral ou outra operação dos anexos

45	Cesariana
46	Operação de prolapso genital por colporrafia anterior e posterior
47	Intervenção para incontinência urinária por via vaginal ou abdominal
48	Tratamento da próstata por hipertermia ou laser
49	Reanastomose dos canais deferentes
Cirurgia vascular e torácica	
50	Ressecção da croça da safena interna + exérese das veias safenas interna e externa
51	Abertura do pericárdio
52	Implantação de pacemaker
53	Fleboexcisão por radiofrequência
Neurocirurgia	
54	Sutura + enxerto de nervo ou sutura simples de vários nervos ou neurólise intrafascicular de um nervo
55	Operação de fractura do crânio com eventual plastia
56	Tratamento de hematoma intracerebral por trepanação simples
Cirurgia otorrinolaringológica e estomatológica	
56*	Operação do lábio leporino complicado
57	Tratamento de seio por via externa
58	Ressecção endonasal de obliteração coanal óssea
59	Extirpação de fibroma nasofaríngeo
60	Trepanação da mastóide
61	Transplante de tímpano
62	Ressecção submucosa do septo nasal
63	Tiroidectomia simples
64	Artroplastia ou outra intervenção sobre uma articulação do maxilar
65	Plastia para divisão incompleta do véu palatino
66	Ressecção parcial de um maxilar
Cirurgia oftalmológica	
67	Sutura de lesão perfurante do globo ocular
68	Iridectomia
69	Exérese de tumor da órbita por via anterior
70*	Operação de ptose
71*	Plastia de pálpebra totalmente aderente ao globo ocular ou totalmente destruída
72	Operação de estrabismo por outro método que não a tenotomia
73	Queratotomia radial ou laser para correcção da miopia
74	Enucleação do globo ocular com colocação de uma esfera para uma prótese
75	Reconstrução do canal lacrimal
76	Extracção de corpo estranho alojado na órbita

CATEGORIA B2	
<u>Cirurgia geral e plástica</u>	
1	Enxerto por retalho pediculado com mais de 10 cm de lado
2*	Plastia de redução mamária
3*	Reconstrução mamária por retalho cutâneo ou musculocutâneo
<u>Ortopedia</u>	
4	Operação de luxação recidivante do ombro ou do joelho
5	Operação de fractura do fémur ou do colo do fémur
6	Operação de fractura dos dois ossos do antebraço ou de dupla fractura da perna
7	Desarticulação da coxa
8	Ressecção da anca ou ablação de prótese
9	Artroplastia do ombro ou do cotovelo
10	Plastia de ligamento cruzado do joelho
11	Desarticulação da cintura escapular
12	Enxerto de dois tendões
13	Tendinoplastia de três ou mais tendões
14	Operação de hérnia discal dorsolombar
<u>Cirurgia abdominal, urológica e ginecológica</u>	
15	Operação de prolapso rectal por via abdominoperineal
16	Operação para insuficiência esfinteriana anal por plastia muscular
17	Operação de hérnia estrangulada com ressecção intestinal
18	Amputação do recto por via baixa ou abdominoperineal
19	Colecistectomia (normal ou laparoscópica)
20	Ressecção segmentar do intestino delgado
21	Hemipancreatectomia esquerda
22	Reanastomose do cólon
23	Supra-renalectomia unilateral
24	Ressecção endoscópica ou subpúbica da próstata
25	Tratamento de hipospadia ou epispadia por plastia
26	Extracção de cálculo urinário por via percutânea após fragmentação por ultra-sons
27	Nefrectomia parcial
28	Plastia do bacinete renal
29	Cistectomia parcial
30	Operação de incontinência urinária por prótese esfinteriana
31	Mastectomia simples ou com curagem ganglionar
32	Operação de prolapso genital por via perineovaginal
33	Intervenção para incontinência urinária por via abdominal e vaginal
34	Histerectomia total por via vaginal ou abdominal
35	Operação de fistula vesicovaginal ou rectovaginal
36	Criação de vagina
37	Litotricia por ondas de choque extracorporais
<u>Cirurgia vascular e torácica</u>	
38	Embolectomia arterial
39	Simpatectomia lombar
<u>Neurocirurgia</u>	
40	Intervenção cirúrgica sobre a espinal medula
41	Sutura + enxerto de vários nervos
<u>Cirurgia otorrinolaringológica e estomatológica</u>	

42*	Reconstituição do nariz
43	Laringotomia
44	Operação de pansinusite unilateral
45	Plastia para divisão completa do véu palatino
46	Exérese da parótida com dissecação do nervo facial
47	Plastia da laringe por via endoscópica
48	Esvaziamento petromastoidiano
49	Ressecção completa de um maxilar
Cirurgia oftalmológica	
50	Extracção de corpo estranho magnético alojado no segmento posterior do olho
51	Operação de estrabismo por transplantação muscular
52	Operação de cataratas
53	Operação de glaucoma

CATEGORIA C1	
<u>Cirurgia geral e plástica</u>	
	/
<u>Ortopedia</u>	
1	Artroplastia da cavidade cotiloideia
2	Reparação de vários ligamentos do joelho
3	Enxerto de pelo menos três tendões
<u>Cirurgia abdominal, urológica e ginecológica</u>	
4	Gastrectomia subtotal
5	Hemicolectomia
6	Intervenção laparoscópica para hérnia do hiato ou para hérnia inguinal bilateral
7	Operação de hérnia diafragmática
8	Hepatectomia parcial
9	Nefrectomia parcial
<u>Cirurgia vascular e torácica</u>	
10	Bypass de artéria de um membro
11	Dilatação transluminal de uma artéria que não a coronária
<u>Neurocirurgia</u>	
	/
<u>Cirurgia otorrinolaringológica e estomatológica</u>	
12	Tiroidectomia com dissecação dos nervos recorrentes e/ou das glândulas paratiroideias
13	Laringectomia total
<u>Cirurgia oftalmológica</u>	
14	Extracção de corpo estranho não magnético alojado no segmento posterior
15	Transplante da córnea

CATEGORIA C2	
<u>Cirurgia geral e plástica</u>	
	/
<u>Ortopedia</u>	
1	Operação do canal lombar estreito
2	Operação de hérnia discal cervical ou dorsolombar com artrodese
3	Prótese total da anca
<u>Cirurgia abdominal, urológica e ginecológica</u>	
4	Gastrectomia total com anastomose esofagojejunal
5	Pancreatectomia total ou hemipancreatectomia com anastomose
6	Supra-renalectomia bilateral
7	Colectomia total
8	Prostatectomia total + ablação das glândulas seminais por via abdominal
9	Extracção de cálculo coraliforme por pielotomia
10	Hepatectomia esquerda
11	Histerectomia ampliada com curagem ganglionar
12	Amputação abdominoperineal do recto
<u>Cirurgia vascular e torácica</u>	
13	Revascularização de artéria carótida
14	Revascularização de artéria de um membro por enxerto de safena interna
15	Revascularização da aorta subrenal, incluindo a bifurcação
16	Revascularização de um vaso torácico de grandes dimensões
17	Operação cardíaca sem circulação extracorporeal nem hipotermia
18	Exérese de tumor do mediastino
<u>Neurocirurgia</u>	
19	Tratamento de hematoma intracraniano por grande orifício de trepanação
20	Colocação de dreno para hidrocefalia
21	Exérese de tumor no canal raquidiano
<u>Cirurgia otorrinolaringológica e estomatológica</u>	
22	Laringectomia parcial com reconstrução
23	Operação radical de pansinusite bilateral
24	Fenestração ou operação da cadeia dos ossículos
25	Ressecção do maxilar e da base do crânio
<u>Cirurgia oftalmológica</u>	
26	Operações do descolamento da retina

CATEGORIA D1	
<u>Cirurgia geral e plástica</u>	
	/
<u>Ortopedia</u>	
	/
<u>Cirurgia abdominal, urológica e ginecológica</u>	
1	Gastrectomia total + hemipancreatectomia
2	Duodenopancreatectomia
3	Anastomose portocava ou operação similar
4	Colectomia total com reconstituição de reservatório ileal
5	Operações do esôfago por via torácica
6	Hepatectomia direita
<u>Cirurgia vascular e torácica</u>	
7	Intervenção sobre o coração ou os grandes vasos sob hipotermia
8	Operação do coração ou dos grandes vasos torácicos sob circulação extracorporeal
9	Pneumectomia
<u>Neurocirurgia</u>	
10	Tratamento de hematoma intracerebral
11	Tratamento de tumor intracerebral por grande orifício de trepanação
12	Intervenção sobre a hipófise por orifício de trepanação ou por via transnasal
<u>Cirurgia otorrinolaringológica e estomatológica</u>	
	/
<u>Cirurgia oftalmológica</u>	
	/

CATEGORIA D2	
<u>Cirurgia geral e plástica</u>	
	/
<u>Ortopedia</u>	
	/
<u>Cirurgia abdominal, urológica e ginecológica</u>	
	/
<u>Neurocirurgia</u>	
1	Operação de tumor cerebral subtentorial por grande orifício de trepanação
2	Operação de aneurisma intracerebral
3	Operação de tumor intramedular
4	Operação de tumor no ângulo pontocerebeloso
<u>Cirurgia otorrinolaringológica e estomatológica</u>	
	/
<u>Cirurgia oftalmológica</u>	
	/
<u>Transplantes</u>	
6	do rim
7	de medula óssea
8	do pâncreas
9	do coração e/ou do pulmão
10	do rim e do fígado
11	do fígado

ANEXO II: Aparelhos ortopédicos, ligaduras e outro material médico reembolsados a 85% ou 100% em caso de doença grave reconhecida

Produtos		RM: receita médica	AP: autorização prévia (requer relatório médico pormenorizado e orçamento)	Duração/prazo	Taxas de reembolso normal	Montante máximo reembolsável a 85% (euros)	Montante máximo reembolsável a 100% (euros)	Observações	Material associado a situação de dependência
1	compressas – ligaduras elásticas – outros, por ex. cintas de gravidez, joelheiras, protectores de tornozelo e cintas lombares simples	RM	NÃO		85%				
	par de meias de descanso	RM	NÃO		85%			3 pares por ano	
2	compra ou modificação de palmilhas ortopédicas (por palmilha)	RM	NÃO		85%	65	65	4 unidades por ano	
	reparação da palmilha	Não reembolsável			0%				
3	muletas e bengalas								
	compra	RM	NÃO		85%				
	aluguer	RM	NÃO		85%				
	reparação	Não reembolsável							
4	próteses mamárias externas	RM	NÃO		85%			2 unidades por lado e por ano	
	soutiens ou fatos de banho adaptados às próteses	Não reembolsável			0%				

5	cadeiras de rodas manual simples								*
	compra	RM	AP	5 anos	85%	650			
	aluguer inferior a 3 meses	RM	NÃO		85%				
	aluguer igual ou superior a 3 meses	RM	AP	5 anos	85%	650			
	reparação	AP			85%				
	manutenção (pneus, etc.)	Não reembolsável			0%				
6	andarilho de 2 rodas com assento								*
	compra	RM	AP		85%	140	140	1 acordo não renovável	
	aluguer inferior a 3 meses	RM	NÃO		85%				
	aluguer igual ou superior 3 meses	RM	AP		85%				
	reparação	Não reembolsável			0%				
7	cadeira sanitária, cadeira de banho (no domicílio)								*
	compra	RM	AP		85%	100	100	1 acordo não renovável	
	aluguer inferior a 3 meses	RM	NÃO		85%				
	aluguer igual ou superior 3 meses	RM	AP		85%				
	reparação	Não reembolsável			0%				
8	cama hospitalar (no domicílio)								*
	compra	RM	AP		85%	1000	1000	1 acordo não renovável	
	aluguer inferior a 3 meses	RM	NÃO		85%				
	aluguer igual ou superior a 3 meses	RM	AP		85%				
	reparação ou utilização em instituição médica	Não reembolsável			0%				
9	colchão anti-escara, incluindo compressor								*
	compra	RM	AP	3 anos	85%	500	500		
	aluguer inferior a 3 meses	RM	NÃO		85%				
	aluguer igual ou superior a 3 meses	RM	AP		85%				
10	aparelho para apneia do sono (CPAP), incluindo humidificador								
	compra	RM	AP	5 anos	85%	1700	1700		
	aluguer inferior a 3 meses	RM	NÃO		85%				

	aluguer igual ou superior a 3 meses	RM	AP		85%				
	acessórios e manutenção de CPAP, não incluindo o ano de compra	RM	AP	1 ano	85%	350			
11	esfigmomanómetro	RM	AP	5 anos	85%	125	125		
	reparação	Não reembolsável			0%				
12	aerossóis								
	compra	RM	AP	5 anos	85%	125	125		
	aluguer	RM	NÃO		85%				
	aluguer igual ou superior 3 meses	RM	AP		85%				
	reparação	Não reembolsável			0%				
13	material para acompanhamento e tratamento de diabetes insulínico dependente								
	glucómetro	RM	AP	3 anos	100%		75		
	tiras, seringas de insulina, lancetas	RM	AP		100%			RM apenas para a 1ª compra	
14	material para acompanhamento e tratamento de diabetes tipo 2 não insulínico dependente com hemoglobina glicosilada superior a 7%								
	glucómetro	RM	AP	3 anos	85%	75			
	tiras	RM	AP		85%	500		Montante máximo reembolsável por ano	
15	material para incontinência	RM	AP	1 ano	85%	600	600		*
16	material para estomia	RM	NÃO		85%				
17	prótese capilar, peruca	RM	AP	1 ano	85%	750	750		
18	par de meias ortopédicas correctivas por medida								
	compra em caso de patologia do pé fora da categoria 100%	RM	AP		85%	720	NA	2 pares por ano	
	compra em caso de patologia do pé na categoria 100%	RM	AP		100%	NA	1440	2 pares por ano	
	compra em caso de doença grave do pé	RM	AP		100%	NA		2 pares por ano	
	reparação mediante apresentação de factura	NÃO	NÃO		85%				

19	membros, segmentos de membros, órteses articuladas								
	compra	RM	AP	a definir individualmente; orçamento necessário					
	reparação mediante apresentação de factura	RM	AP	a definir individualmente					
20	outros aparelhos com custo estimado superior a 2000 euros	RM	AP	a definir individualmente; orçamento necessário					
	ou material específico, eléctrico, electrónico e/ou por medida em caso de doença grave (compra)	RM	AP	a definir individualmente; orçamento necessário					*
21	irrigadores e termómetros	Não reembolsável			0%				
22	sistemas de vácuo para tratamento da impotência	RM	AP			200	200		
23	aparelho de medição do tempo de coagulação	RM	AP					critérios: em caso de tratamento anticoagulante vitalício	
24	seringas	RM	AP					critérios: em caso de diabetes (ver n.º 13) ou de outras doenças crónicas com necessidade de injeções repetidas	
25	Despesas de adaptação do domicílio ou de um veículo, acessórios domésticos, sistemas informáticos, videovigilância, mobiliário de uso não exclusivamente médico, como sofás de descanso e outros artigos semelhantes, não estão incluídos no âmbito do regime, pelo que não são reembolsáveis.	Não reembolsável			0%				*

Título III – PROCEDIMENTOS

Capítulo 1 – Pedidos de reembolso e documentos justificativos

1. Disposições gerais

- 1.1. As prestações referidas no Título II das presentes DGE devem ser executadas por uma ou mais pessoas legalmente autorizadas a exercer a profissão médica ou paramédica ou por estabelecimentos médicos ou paramédicos devidamente autorizados pelas autoridades competentes.
- 1.2. O RCSD não intervém no custo dos cuidados dispensados por um prestador (médicos, dentistas, parteiras, enfermeiros, corpo paramédico, etc.) ao cônjuge, parceiro reconhecido, descendentes, padrasto, madrasta, irmãos, irmãs, meios-irmãos, meias-irmãs, genros e noras, tios e tias, sobrinhos e sobrinhas do inscrito. Contudo, o custo dos produtos e do material utilizados durante as prestações é reembolsável de acordo com as disposições da regulamentação comum.

2. Pedido de reembolso

Os pedidos de reembolso são apresentados pelo inscrito através de formulários de “Pedido de reembolso” devidamente preenchidos e enviados, salvo caso de força maior, num prazo máximo de 18 meses a contar da data da prestação.

No seu pedido, o inscrito deve indicar o tipo de reembolso, nomeadamente:

- a) reembolso “normal”;
- b) reembolso “acidente ou doença profissional” (com indicação das referências correspondentes);
- c) reembolso “doença grave” (com indicação das referências correspondentes);
- d) reembolso “pessoal afectado fora da União Europeia”.

3. Informações a transmitir

- 3.1 O original das facturas ou recibos (excepto em caso de reembolso complementar) com as datas e os honorários pagos por cada acto médico. Não serão aceites cópias, duplicados ou lembretes, excepto em caso de força maior devidamente justificado, como extravio, roubo ou destruição.

Em caso de intervenção cirúrgica, o cirurgião deve especificar o tipo de intervenção. Para garantir o sigilo médico, esta informação pode ser fornecida em envelope fechado endereçado ao médico assessor do serviço de liquidação.

3.2 O original da receita. Contudo, poderá ser aceite uma cópia ou qualquer outro documento oficial onde constem as informações incluídas na receita caso o prestador de saúde seja obrigado a conservar o original ou em caso de repetição dos cuidados ou dos tratamentos.

3.3 A referência da autorização prévia/do orçamento dentário.

O inscrito é obrigado a assinar o seu pedido de reembolso, certificando que os documentos anexados correspondem à verdade e que as facturas apresentadas foram pagas.

Os pedidos de reembolso não assinados não serão processados.

4. **Disposições particulares**

4.1. Os pedidos de reembolso especial referidos no artigo 24º da regulamentação comum devem ser apresentados no prazo de doze meses a contar da data de reembolso das despesas da última prestação incluída no período de doze meses considerado.

4.2. Para as prestações não facturadas em euros, a taxa de conversão utilizada tanto para a tarifação como para o reembolso é a taxa em vigor no mês de registo do pedido de reembolso junto do serviço de liquidação.

Todavia, em caso de desvalorização importante, o serviço de liquidação pode aplicar a taxa de conversão do mês relativo à última prestação anexada ao pedido de reembolso. Esta excepção está limitada às prestações médicas efectuadas nos três meses anteriores à desvalorização.

4.3. O reembolso é efectuado através da conta bancária utilizada para o pagamento do vencimento ou da pensão.

5. **Documentos justificativos**

5.1. Os recibos e as facturas devem estar em conformidade com a legislação do país no qual foram emitidos ou devem incluir os seguintes dados:

- o nome completo do doente;
- o tipo de acto(s) médico(s);
- as datas e os honorários pagos por cada acto médico;
- o nome e as referências oficiais do prestador de cuidados.

5.2. Os adiantamentos e as provisões sobre honorários serão tomados em consideração apenas se apresentados em conjunto com a factura final.

6. **Produtos farmacêuticos**

O reembolso de medicamentos é efectuado com base em recibos ou facturas farmacêuticas que contenham as seguintes informações:

- nome do médico prescriptor;
- nome completo do doente;
- designação do medicamento prescrito ou da substância activa, no caso de medicamentos genéricos, ou a composição da preparação em caso de prescrição magistral (o número da preparação não é suficiente);
- preço de cada produto;
- referência ao preço total e, para as pessoas seguradas em regime de complementaridade, ao preço efectivamente pago;
- data de venda dos medicamentos;
- carimbo e assinatura do farmacêutico.

Estas indicações são igualmente indispensáveis em caso de renovação.

Capítulo 2 – Programas de exames de rastreio

1. O serviço de liquidação, por proposta do Conselho Médico e após parecer do CGSD, fixa a lista dos exames médicos incluídos nos programas de rastreio. A composição e a periodicidade dos programas são determinadas em função da idade e do sexo dos beneficiários, sendo estas informações dadas a conhecer aos inscritos.

A composição dos programas pode ser objecto de alterações, tendo em conta a evolução das técnicas médicas no domínio em questão.

2. O beneficiário que pretenda submeter-se a exames de rastreio deverá apresentar o respectivo pedido junto do serviço de liquidação competente. Após verificação dos seus direitos e da periodicidade do exame, o serviço de liquidação emite a autorização de tomada a cargo junto do estabelecimento acordado.

Apenas as despesas de exames de rastreio efectuados em centros autorizados, com base nas periodicidades previstas e de acordo com os programas, serão reembolsadas a 100% e directamente liquidadas pelo RCSD sem facturação ao inscrito.

As despesas relativas a eventuais exames complementares não previstos nos programas de rastreio serão reembolsadas de acordo com as disposições aplicáveis.

As despesas de transporte, de internamento e de acompanhamento não são reembolsáveis.

3. Se o beneficiário não puder dirigir-se a um centro autorizado por motivos alheios à sua vontade, o serviço de liquidação poderá autorizá-lo a realizar os exames de rastreio correspondentes em centros médicos ou em prestadores de cuidados do seu local de afectação ou de residência. Para obter o reembolso destas despesas a 100%, o inscrito deve apresentar um pedido de reembolso específico, indicando o total das despesas correspondentes, acompanhado dos documentos justificativos originais.

Capítulo 3 – Regras de aplicação do regime de complementaridade

1. Definição

A cobertura complementar tem o objectivo de garantir aos segurados cobertos por um regime nacional de segurança social o mesmo nível de reembolso de despesas médicas a que teriam direito se estivessem inscritos a título primário no RCSD sem, no entanto, gerar despesas não justificadas para este regime.

Nenhum serviço poderá ser reembolsado em mais de 100%, mesmo em caso de reembolsos obtidos a título de um seguro complementar privado, a menos que o carácter fixo deste seguro não permita descontar o reembolso.

2. Beneficiários do regime de complementaridade

Podem ser segurados a título de complementaridade:

- 2.1. O inscrito, conforme definido no artigo 2.º da regulamentação, com recurso voluntário a outro seguro de doença legal ou regulamentar a título primário.
- 2.2. O cônjuge ou o parceiro reconhecido do inscrito que não exerça uma actividade profissional lucrativa ou não beneficie de rendimentos provenientes de uma actividade anterior, mas que pode ser coberto por outro seguro de doença legal ou regulamentar e que recorre voluntariamente a outro seguro de doença legal ou regulamentar.
- 2.3. O cônjuge ou o parceiro reconhecido que exerça uma actividade profissional lucrativa ou beneficie de rendimentos provenientes de uma actividade anterior, nos termos do n.º 2 do artigo 13.º da regulamentação, desde que os seus rendimentos anuais antes da dedução do imposto sejam inferiores ao vencimento base de um funcionário de grau AST2/1, sujeito ao coeficiente corrector fixado pelo país de onde provêm os rendimentos, e desde que esteja coberto por um seguro de doença para o conjunto das prestações garantidas pelo RCSD.
- 2.4. A fim de manter o direito à complementaridade do seu cônjuge/parceiro, o inscrito é obrigado a enviar anualmente ao serviço de liquidação o último documento comprovativo oficial disponível de onde constem os rendimentos (por exemplo, a declaração de rendimentos ou qualquer outro documento emitido pelas autoridades nacionais competentes) auferidos pelo cônjuge/parceiro antes da dedução do imposto.

Com base nestes documentos, o direito à complementaridade poderá ser prolongado entre o dia 1 de Julho do ano em curso até ao dia 30 Junho do ano seguinte.

Caso o cônjuge/parceiro comece a auferir um rendimento de origem profissional durante este período de um ano, será tomado em consideração o montante efectivo dos rendimentos (antes da dedução do imposto) auferidos durante a fracção do ano para

fixar o direito à complementaridade a contar da data de obtenção dos primeiros rendimentos.

Se os rendimentos de origem profissional do cônjuge/parceiro sofrerem qualquer tipo de alteração durante o ano, esta será tomada em consideração apenas para a fixação dos direitos do exercício seguinte.

- 2.5. Os filhos a cargo do inscrito, nos termos do artigo 2.º do anexo VII do Estatuto, desde que o regime do cônjuge ou do parceiro acima referido aceite cobri-los a título primário sem quotização suplementar.

3. Modalidades

Os beneficiários do regime de complementaridade devem, antes de mais, ter recurso ao principal regime nacional de segurança social e solicitar o reembolso das suas despesas médicas junto do mesmo, funcionando o RCSD apenas como regime complementar.

Contudo, as despesas relativas a prestações não reembolsáveis pelo regime primário poderão ser reembolsadas pelo RCSD desde que sejam elegíveis para reembolso por este último. Neste caso, a intervenção do RCSD é comparável à acordada a título primário.

Se, em virtude do exercício de livre escolha do prestador, nomeadamente no que se refere a despesas decorrentes de prestações efectuadas no estrangeiro, não for possível qualquer reembolso pelo regime primário, o RCSD poderá igualmente intervir em relação a prestações cujo reembolso é garantido por este regime, desde que sejam apresentados documentos que comprovem o cumprimento prévio de todos os procedimentos e regras do regime primário. Neste caso, o RCSD substitui o regime primário apenas em relação às prestações em causa.

Os beneficiários do regime de complementaridade que dependam de um sistema de prestações directas não poderão solicitar o reembolso de despesas efectuadas no sector privado – nomeadamente no que se refere às prestações a seguir enumeradas – a menos que se comprove que o sistema público apresenta carências manifestas (por exemplo, longos períodos de espera, inexistência de tratamentos):

- hospitalizações e intervenções cirúrgicas;
- tratamentos e exames em meio hospitalar;
- estabelecimentos de repouso e de saúde;
- auxiliares de enfermagem;
- curas termais e de convalescença.

Estas prestações requerem autorização prévia.

As prestações não incluídas nesta lista podem ser objecto de reembolso pelo RCSD desde que sejam elegíveis para reembolso por este último.

As restrições em matéria de livre escolha não se aplicam ao inscrito nem aos filhos a cargo cobertos em regime de complementaridade.

4. Reembolsos

Os pedidos de reembolso devem ser apresentados junto do serviço de liquidação de acordo com as regras habituais.

Caso seja autorizado um reembolso parcial pelo regime primário, o pedido de reembolso deverá ser acompanhado de uma cópia das facturas, assim como do original do extracto emitido por este último, discriminando as prestações reembolsadas.

Se o doente não assumir o custo total da prestação, mas apenas a parte das despesas a seu cargo (por exemplo, taxa moderadora, suplemento de honorários), o custo total da prestação deverá, mesmo assim, ser indicada, assim como o montante da participação do regime primário, e não apenas o preço efectivamente pago pelo segurado.

Se o cálculo do reembolso complementar for efectuado prestação a prestação, deverá ser referido o reembolso já recebido em relação a cada prestação. Apenas a eventual diferença entre o montante garantido pelo RCSD e o reembolso obtido do regime exterior poderá ser assumida no limite das percentagens e dos montantes máximos reembolsáveis previstos.

Contudo, em caso de impossibilidade comprovada de obter o custo total da prestação, e desde que esta seja elegível para reembolso, a taxa moderadora poderá ser reembolsada às taxas previstas pelo regime.

Se o RCSD aceitar substituir o regime primário, o pedido de reembolso deverá ser acompanhado da factura original paga com referência à recusa justificada do regime primário.

Capítulo 4 – Tomadas a cargo e adiantamentos

Em conformidade com o artigo 30.º da regulamentação comum, poderão ser acordados adiantamentos aos inscritos para que possam fazer face a despesas avultadas. Em princípio, estes serão concedidos sob a forma de tomadas a cargo e, a título excepcional, de adiantamentos.

Os beneficiários do RCSD em regime de complementaridade não poderão beneficiar de tomadas a cargo ou de adiantamentos a menos que se estabeleça, mediante documentos comprovativos, que o RCSD substituirá o regime primário em conformidade com as regras do título relativo à complementaridade.

1. Tomadas a cargo

Excepto em caso de urgência ou de força maior, a tomada a cargo deverá ser previamente solicitada pelo inscrito.

A tomada a cargo é autorizada nas seguintes situações:

- Em caso de hospitalização, a tomada a cargo cobre as facturas principais e as facturas do cirurgião.

Se a facturação for efectuada em separado, as facturas do anestesista e do assistente poderão igualmente ser objecto de tomada a cargo.

O prazo de validade deste tipo de tomada a cargo é fixado em 60 dias. No caso de hospitalizações com duração superior, deverá ser enviado ao médico assessor um pedido de prolongamento acompanhado de um relatório médico que o justifique.

- Em caso de tratamentos pesados em ambulatório no âmbito de uma doença grave, por exemplo, radioterapia, quimioterapia, diálise.
- Em caso de compra repetida de medicamentos dispendiosos como, por exemplo, hormonas de crescimento, de transporte constante em ambulâncias ou veículos sanitários ligeiros (VSL) ou de realização sucessiva de exames dispendiosos, desde que o custo mensal ultrapasse 20% da pensão ou do vencimento base do inscrito.

No contexto de uma tomada a cargo, a parte das despesas a cargo do inscrito após a tarifação é retida, em princípio, nos reembolsos posteriores, eventualmente na sua remuneração ou pensão ou em qualquer outro montante que lhe seja devido pela instituição a que pertence. A pedido do serviço de liquidação, o saldo pode ser reembolsado por transferência para a conta bancária do RCSD.

2. Adiantamentos

A pedido do inscrito a título primário, poderá ser fornecido um cartão de crédito diferido até 60 dias a contar do fim do mês.

Em caso de fornecimento de um cartão deste tipo e mediante pedido justificado do inscrito a título primário, poderá ser concedido um adiantamento sob a forma de transferência para a conta bancária desde que a sua pensão ou vencimento base seja igual ou inferior ao de um funcionário de grau AST2/1 e desde que as despesas médicas previstas pelo inscrito durante o mês ultrapassem 20% da sua pensão ou vencimento base.

A recuperação do adiantamento será automaticamente efectuada se o inscrito não apresentar um pedido de reembolso das suas despesas médicas no prazo de três meses após a transferência do adiantamento, salvo em caso de tratamentos de duração mais longa e de impossibilidade de emissão de facturas intercalares antes do fim do tratamento.

Capítulo 5 – Reconhecimento do estatuto de doença grave

1. Definição

São designadamente reconhecidos como doença grave os casos de tuberculose, poliomielite, cancro, doença mental e outras doenças de gravidade equiparável reconhecida pela ECPN.

Estas últimas dizem respeito a doenças que associam, de forma variável, os quatro critérios seguintes:

- prognóstico vital desfavorável;
- evolução crónica;
- necessidade de medidas de diagnóstico e/ou de terapêuticas pesadas;
- existência ou risco de deficiência grave.

2. Âmbito de cobertura

A taxa de reembolso a 100% é aplicável:

- às despesas médicas que, à luz dos conhecimentos científicos actuais, pareçam estar directamente relacionadas com a doença grave, quer digam respeito ao diagnóstico, ao tratamento, ao acompanhamento da evolução da doença ou das suas eventuais complicações e consequências;
- às despesas elegíveis para reembolso possivelmente relacionadas com uma eventual situação de dependência originada pela doença grave.

3. Procedimentos

O pedido de reconhecimento de doença grave deve ser acompanhado de um relatório médico pormenorizado e enviado em envelope confidencial para o médico assessor. O relatório anexado ao primeiro pedido deve indicar:

- a data do diagnóstico;
- o diagnóstico concreto;
- o estado de evolução e as eventuais complicações;
- o tratamento necessário.

A cobertura a 100% das despesas decorrentes de doença grave é autorizada com uma data de início (data do atestado médico) e uma data de termo, prevendo uma cobertura a 100% durante um prazo máximo de 5 anos.

O serviço de liquidação deverá lembrar oportunamente ao inscrito a data do termo da cobertura, a fim de lhe permitir a apresentação de um pedido de prolongamento acompanhado de um relatório médico que descreva:

- a evolução da doença;
- o tratamento e/ou a vigilância ainda necessários.

A decisão de cobertura a 100% será regularmente analisada com base nas informações actualizadas sobre o estado de saúde do indivíduo e nos avanços científicos, tendo em vista, se necessário, uma reavaliação do âmbito de cobertura.

4. **Retroactividade**

Em princípio, a cobertura a 100% será autorizada apenas a partir da data do atestado médico na base do pedido de reconhecimento da doença grave.

Contudo, se o inscrito apresentar um pedido justificado onde as prestações em questão sejam discriminadas no extracto de reembolso, poderá ser autorizada a retroactividade da cobertura a 100% após parecer do médico assessor.

Esta retroactividade não poderá exceder, em caso algum, o período de prescrição das despesas previsto no artigo 32.º da regulamentação comum.

Capítulo 6 – Determinação do reembolso especial – n.º 3 do artigo 72.º do Estatuto

As condições e as modalidades de cálculo do reembolso especial previsto no n.º 3 do artigo 72.º do Estatuto são fixadas no artigo 24.º da regulamentação comum. Este reembolso complementar tem lugar sempre que as despesas apresentadas pelo inscrito que não sejam excluídas do âmbito de aplicação deste artigo pelas presentes DGE e que não tenham sido reembolsadas ultrapassem, durante um período de 12 meses, metade da média dos rendimentos de base mensais de origem estatutária auferidos durante o mesmo período.

A parte não reembolsada das despesas que exceda metade da média destes rendimentos será reembolsada a 90% por inscrito sem segurados em seu nome e a 100% nos restantes casos.

1. Modalidades

O cálculo do reembolso especial é efectuado com base na data das prestações e não com base na data dos extractos.

A partir dos montantes apresentados no máximo durante os últimos 36 meses, será emitida, automaticamente ou a seu pedido, uma nota informativa dirigida ao inscrito susceptível de beneficiar do reembolso especial. Esta tem em consideração a revalorização das remunerações prevista no artigo 65.º do Estatuto.

O inscrito deve reenviar a nota informativa devidamente assinada, mencionando o período de 12 meses que pretende reter. Se o inscrito não indicar o período desejado, o cálculo do reembolso especial será efectuado com base no período que lhe for mais favorável.

As despesas apresentadas após o pagamento do reembolso especial não poderão dar lugar a um reembolso especial complementar.

2. Particularidades

Caso o período de doze meses consecutivos inclua fracções de meses, a média do vencimento, da pensão ou do subsídio de base mensal será calculada tomando em consideração os vencimentos de base auferidos a partir do primeiro mês em que se tenha iniciado o período em questão até ao mês em que tenha terminado o mesmo período.

Se a situação familiar sofrer alterações durante o período escolhido, a determinação da percentagem a reembolsar será efectuada com base na situação mais favorável para o inscrito.

Capítulo 7 – Determinação dos coeficientes de igualdade – n.º 5 do artigo 20.º

Em aplicação do n.º 5 do artigo 20.º da regulamentação comum, serão fixados coeficientes de igualdade com uma periodicidade mínima de 2 anos, de modo a garantir o mesmo tipo de tratamento das prestações liquidadas em qualquer dos Estados-Membros da União Europeia.

1. Estado-Membro de referência

Os montantes máximos reembolsáveis previstos nas presentes DGE são estipulados em função dos preços geralmente praticados na Bélgica para as prestações em causa.

2. Período de observação

Apenas os dois últimos anos serão tomados em consideração para a determinação dos diferenciais de preços da saúde entre os Estados-Membros da União Europeia.

3. Modalidades de cálculo dos coeficientes de igualdade

3.1. Com base em dados estatísticos suficientemente representativos das despesas apresentadas pelos inscritos no RCSD durante o período de observação e no Estado-Membro em questão, o coeficiente de igualdade para este último será fixado de modo a garantir que, para cada prestação com limite de reembolso, seja aplicada uma taxa de reembolso efectiva idêntica à praticada no Estado-Membro de referência, pelo menos em 8 casos em cada 10.

3.2. À falta de dados estatísticos suficientemente representativos, o coeficiente de igualdade é determinado por comparação dos índices dos preços da saúde no Estado-Membro em questão com os do Estado-Membro de referência.

Os índices de preços da saúde utilizados correspondem aos estabelecidos pelo EUROSTAT.

3.3. Caso os preços praticados num Estado-Membro sejam inferiores aos observados no Estado-Membro de referência, não será aplicado qualquer coeficiente de igualdade, sendo as prestações em questão reembolsadas de acordo com os montantes máximos reembolsáveis fixados pelo Estado-Membro de referência.

3.4. Caso a variação dos preços da saúde num Estado-Membro deixe de permitir a aplicação de uma taxa de reembolso idêntica à observada no Estado-Membro de referência pelo menos em 8 casos em cada 10, o coeficiente de igualdade deverá ser objecto de uma revisão antes do fim do prazo de 2 anos previsto no n.º 5 do artigo 20.º da regulamentação comum.

Capítulo 8 – Determinação dos coeficientes de base reembolsável – n.º 1 do artigo 21.º

Se as despesas médicas forem apresentadas num país não pertencente à União Europeia onde os custos das prestações médicas são particularmente elevados, estas despesas serão objecto de uma redução com recurso a um coeficiente de base reembolsável que permite aplicar as taxas de reembolso previstas no Estatuto com base num montante de despesas considerado comparável à média dos custos nos Estados-Membros da União.

Os coeficientes de base reembolsável são aplicados apenas a países terceiros com índices de preços da saúde iguais ou superiores a 25% da média registada na União Europeia e apenas no caso de prestações com preço igual ou superior a 25% do preço médio da União. Se o preço de uma prestação for comparável ao preço médio da União Europeia, esta não será sujeita à aplicação do coeficiente de base reembolsável.

Os coeficientes de base não serão aplicados, após parecer do médico assessor, em caso de doença grave, desde que não existam na União Europeia tratamentos equivalentes para o tratamento da mesma.

O coeficiente de base reembolsável é determinado com base na comparação dos índices de preços da saúde do país terceiro em questão com a média registada na União Europeia.

Os índices de preços da saúde utilizados correspondem aos estabelecidos pela OCDE e pelo EUROSTAT.

Os coeficientes são regularmente actualizados em função da disponibilidade de novos índices e dados a conhecer aos inscritos.

Capítulo 9 – Certificação da situação financeira do RCSD – n.º 5 do artigo 45.º

1. Em aplicação do n.º 5 do artigo 45.º da regulamentação comum, o tesoureiro da Comissão designará um auditor que reúna o consenso dos responsáveis pelo controlo legal dos documentos contabilísticos das sociedades em conformidade com o disposto na Directiva 2006/43/CE do Parlamento Europeu e do Conselho.
2. Para este efeito, após parecer do Comité de Gestão, o tesoureiro fixará os termos de referência da missão de auditoria a confiar ao auditor designado.
3. O auditor designado deverá ser totalmente independente do tesoureiro e dos seus serviços, não podendo, em caso algum, exercer em simultâneo a missão de auditoria legal das contas do RCSD e as funções de conselheiro ao abrigo de um mandato comercial.
4. No âmbito da sua missão, o auditor designado deverá elaborar um relatório preciso das contas do RCSD por si verificadas, o qual se traduzirá numa certificação.
5. A certificação pode assumir uma das três formas seguintes:
 - *Certificação sem reservas*: O auditor certifica que as contas anuais do RCSD são correctas e verdadeiras, reflectindo fielmente o resultado das operações do exercício anterior, assim como a situação financeira e patrimonial no fim do mesmo exercício.
 - *Certificação com reservas*: Neste caso, o auditor:
 - a) detectou erros, anomalias ou irregularidades na aplicação dos princípios contabilísticos, cuja incidência, ainda que significativa, é insuficiente para rejeitar as contas anuais no seu conjunto;
 - b) não conseguiu tomar as diligências que havia considerado necessárias, ainda que as limitações que lhe foram impostas não lhe pareçam suficientemente relevantes para recusar a certificação.

Independentemente da situação, o relatório do auditor deve indicar claramente a natureza dos erros ou das limitações que o levaram a formular reservas. Além disso, e na medida do possível, todas as reservas resultantes da primeira situação deverão ser quantificadas. As indicações quantificadas devem precisar a incidência sobre a rubrica das contas anuais em questão, sobre o resultado do exercício e, caso afectado pelo erro, sobre o balanço de abertura.

Na segunda situação, é necessário indicar os montantes constantes das contas anuais que poderiam ser afectados pelas limitações impostas aos controlos efectuados.

- *Recusa de certificação*: Podem ocorrer duas situações. O auditor:

- a) detectou erros, anomalias ou irregularidades suficientemente relevantes para colocar em causa a autenticidade e a correcção do conjunto das contas anuais;
- b) está sujeito a limites ou a circunstâncias que não lhe permitem emitir um parecer sobre o conjunto das contas anuais.

Em ambas as situações, o auditor deve fornecer o mesmo tipo de informações sobre a natureza das anomalias e quantificar a sua incidência conforme descrito para o caso de certificação com reservas.