



NOTA INFORMATIVA

Nº 46 – Fevereiro 2020



DEPENDÊNCIA

Atendendo ao elevado número de perguntas sobre a dependência que nos têm sido colocadas, entendeu a Direcção ser adequado e oportuno divulgar junto dos seus associados a seguinte informação:

Começamos por aconselhar uma consulta da brochura “REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS – Guia prático” que nos foi distribuída e, mais especificamente, o seu capítulo 3 que trata das prestações relacionadas com situações de dependência.

No referido capítulo 3 (Prestações relacionadas com situações de dependência) das Disposições Gerais de Execução (DGE) relativas ao reembolso de despesas médicas, encontrará toda a informação pormenorizada sobre os reembolsos relacionados com a dependência, bem como os formulários pertinentes.

A fim de obter um reembolso a título da dependência, é necessário seguir um procedimento específico que começa com a apresentação de um pedido de autorização prévia. Este pedido deve ser acompanhado de dois formulários de avaliação do grau de dependência preenchidos pelo médico assistente, bem como de um relatório médico detalhado indicando a duração da prestação e a natureza e frequência dos cuidados a prestar. O reembolso é efectuado em função do grau de dependência e só tem lugar relativamente aos beneficiários com uma dependência estabelecida do 1º ao 4º grau.

O nosso Regime Comum de Seguro de Doença cobre não só as despesas médicas mas também despesas relacionadas com a dependência. Convém, no entanto, ter em conta que as despesas apresentadas devem discriminar claramente o tipo de despesa. A título de exemplo, se, em resultado de uma situação de dependência, o beneficiário do regime se encontrar internado numa residência ou lar que simultaneamente preste os cuidados médicos necessários, os dois tipos de despesas devem ser apresentados separadamente, uma vez que existem *plafonds* a respeitar.

No caso de o beneficiário do regime em situação de dependência permanecer no seu domicílio, é necessário apresentar um documento comprovativo da relação contratual com o prestador de serviços. Chamamos a atenção para o facto de as DGE preverem igualmente que os prestadores destes cuidados devem estar legalmente autorizados a exercer a profissão. Os reembolsos pelo RCAM são posteriormente efectuados respeitando os *plafonds* estabelecidos e mediante a apresentação da factura mensal e do comprovativo da contribuição para a Segurança Social, ambos em conformidade com a legislação nacional.

No caso de se tratar de um cônjuge em complementaridade, aplica-se a mesma regulamentação. No entanto, a intervenção do PMO só tem lugar após a intervenção do regime próprio do cônjuge, tal como no caso de outros reembolsos do RCAM.

Conclui-se assim que as disposições da regulamentação em vigor são bastante estritas e não basta necessitar de um(a) cuidador(a), ainda que 24 horas por dia, para se ser reembolsado, sendo necessário que a situação de dependência esteja claramente estabelecida.

1/1