

Serviço de Gestão e Liquidação dos Direitos Individuais

REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS

GUIA PRÁTICO



O presente guia prático apresenta uma síntese das regras aplicáveis ao reembolso das despesas médicas (Disposições gerais de execução - DGE), em vigor desde 1 de julho de 2007, com o intuito de facilitar a consulta das mesmas pelos beneficiários do Regime comum de seguro de doença das instituições da União Europeia (a seguir designado por RCSD).

Caso existam divergências, é o quadro regulamentar do RCSD que prevalece (Regulamentação comum RCSD e DGE).

Índice

Em síntese.....	3
1. Consultas e visitas médicas.....	7
2. Hospitalizações e intervenções cirúrgicas	9
3. Prestações relacionadas com situações de dependência.....	12
4. Produtos farmacêuticos	14
5. Cuidados e tratamentos dentários.....	15
6. Análises e exames médicos.....	16
7. Gravidez, parto e infertilidade	17
8. Tratamentos médicos e terapêuticos diversos	19
9. Auxiliares médicos.....	24
10. Cura de convalescença e pós-operatória.....	25
11. Cura termal	26
12. Óculos	28
13. Lentes de contacto.....	29
14. Aparelhos auditivos.....	30
15. Aparelhos ortopédicos e outros equipamentos médicos	31
16. Despesas de transporte de um beneficiário do RCSD.....	32
17. Despesas de funeral.....	33
18. Férias	33
Para mais informações.....	34

EM SÍNTESE...

Beneficiários do RCSD: quem são?

- Os **inscritos**:
 - funcionários;
 - agentes temporários;
 - agentes contratuais;
 - pensionistas ou beneficiários de um subsídio por cessação de funções;
 - membros de certas instituições.
- As **pessoas seguradas em função dos inscritos**:
 - filhos a cargo;
 - cônjuges;
 - parceiros reconhecidos.

São aplicáveis restrições a estas duas últimas categorias (capítulo 2 do Título I das DGE).

→ ver rubrica *Para mais informações...*

Taxa de reembolso: e... de quanto?

No cálculo das declarações, é aplicada uma taxa de reembolso a cada despesa declarada.

80 %: taxa de base para as seguintes despesas:

- cuidados e tratamentos dentários;
- tratamentos terapêuticos diversos;
- auxiliares médicos e prestadores de cuidados de enfermagem ao domicílio;
- curas termais;
- despesas de transporte.

85 %: taxa de base para as seguintes despesas:

- consultas e visitas médicas;
- intervenções cirúrgicas;
- hospitalizações;
- produtos farmacêuticos;
- exames médicos;
- análises laboratoriais;
- óculos e lentes de contacto;
- aparelhos ortopédicos e outros equipamentos médicos.

100 %: taxa de reembolso exclusivamente aplicável a despesas declaradas em caso de doença grave reconhecida.

As doenças reconhecidas como graves devem associar simultaneamente, em graus variáveis, os quatro critérios seguintes:

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

Nos termos do Estatuto, doenças como a tuberculose, a poliomielite, o cancro e as doenças mentais são consideradas graves.

A cobertura a 100 % é concedida durante o período previsto para o tratamento da doença grave, com um limite de 5 anos. Em regra, considera-se que a data do diagnóstico é também a data de início da doença reconhecida como grave.

No termo desse período, pode ser apresentado um pedido de prorrogação acompanhado de um relatório médico. O relatório deve especificar:

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

Se a doença tiver deixado, nessa fase, de corresponder aos quatro critérios acima referidos, a prorrogação da cobertura a 100 % não poderá ser concedida.

Caso a situação evolua, a decisão poderá ser revista mediante a apresentação de um novo pedido.

Atenção!

Certas prestações estão sujeitas a um limite de reembolso, incluindo em caso de doença reconhecida como grave.

Limite de reembolso

Entende-se por limite de reembolso o montante máximo reembolsável relativamente a uma prestação. Por conseguinte, a taxa de reembolso não representa necessariamente 80 %, 85 % ou 100 % do pagamento efetuado, uma vez que a aplicação do limite fixado condiciona o montante a reembolsar. Por exemplo, uma consulta de clínica geral está sujeita ao limite de 35 EUR e o reembolso corresponde, portanto, a 85 % desses 35 EUR.

Coeficientes de igualdade

Os montantes indicados na presente brochura são os praticados na Bélgica. Quando a prestação tem lugar noutro Estado-Membro, aplica-se um coeficiente de igualdade a esses montantes a fim de garantir a igualdade de tratamento.

Caráter excessivo (Artigo 20.º, n.º 3)

Se não tiver sido fixado qualquer limite de reembolso (incluindo em caso de doença grave reconhecida), a parte das despesas que exceda os preços normalmente praticados no país onde as prestações foram efetuadas pode ser excluída do reembolso.

A parte das despesas considerada excessiva é determinada caso a caso pelo Serviço de Liquidação, após parecer do médico assessor.

Receita médica: para obter o reembolso

Informações que devem figurar em qualquer receita:

- nome e referências oficiais do médico responsável pela prescrição;
- nome completo do doente;
- natureza dos atos médicos (tipo de tratamento, número de sessões);
- ou denominação dos medicamentos receitados / do princípio ativo;
- data;
- assinatura do médico responsável pela prescrição.

Atenção: A receita deve ter sido passada menos de 6 meses antes do primeiro tratamento ou da compra dos medicamentos.

Documentos comprovativos

As prestações só poderão ser reembolsadas se forem receitadas e realizadas por um prestador legalmente autorizado a exercer a profissão médica ou paramédica, ou num estabelecimento devidamente homologado pelas autoridades competentes.

Os recibos e faturas devem estar conformes com a legislação do país onde foram emitidos e incluir as seguintes indicações:

- o nome completo do doente,
- a natureza do ato ou atos médicos,
- as datas e os honorários recebidos por cada ato médico,
- o nome e as referências oficiais do prestador de cuidados.

Na Bélgica, é sempre obrigatório apresentar uma declaração de tratamento, que indique o montante pago, ou um recibo válido em termos fiscais. A partir de 1 de janeiro de 2015, não se procederá a qualquer reembolso sem a apresentação do documento oficial.

No caso mais específico dos prestadores que não estão habilitados a emitir declarações de tratamento (os psicólogos, os osteopatas e os podólogos/pedicuras terapêuticos na Bélgica), trata-se de recibos extraídos de uma caderneta cujo modelo é definido pelo Ministério das Finanças e de que apresentamos em anexo alguns modelos correspondentes a diferentes categorias de prestações. Se o prestador for pago por transferência bancária, pode ser anexada uma nota de honorários devidamente preenchida ao comprovativo do pagamento.

Em Itália, os prestadores devem emitir uma fatura (ver anexo).

Atenção:

Os reembolsos não podem incidir sobre os pagamentos por conta ou as provisões relativas a honorários.

Os documentos comprovativos dos mesmos deverão ser, por isso, anexados à fatura final juntamente com uma discriminação das prestações, quando for entregue o pedido de reembolso.

Nota: Os custos dos cuidados dispensados por um prestador médico ou paramédico a um seu familiar, beneficiário do RCSD não são reembolsados.

Autorização prévia

Trata-se de um procedimento necessário para solicitar determinados reembolsos ao serviço de liquidação competente.

O pedido de autorização prévia deve ser apresentado antes do início do tratamento, sendo necessário obter uma decisão favorável para se poder pedir o posterior reembolso das prestações. Não é, todavia, necessário aguardar pela decisão do chefe do serviço de liquidação para iniciar o tratamento. Essa decisão abrangerá um período, bem como um certo número de tratamentos ou um montante máximo reembolsável. O reembolso será efetuado dentro dos limites da dita decisão.

O pedido de autorização prévia é constituído por vários documentos:

- formulário de autorização prévia ou pedido via RCSD em linha;
- receita médica pormenorizada;
- relatório médico completo ou orçamento (consoante as prestações).

O conjunto destes documentos deve ser enviado ao serviço de liquidação competente por correio ou via RCSD em linha.

A decisão relativa ao pedido é tomada após parecer do médico assessor, que se pronuncia sobre a coerência médica da prestação em causa.

Termo de responsabilidade e adiantamentos

O termo de responsabilidade permite solicitar ao hospital que envie diretamente a fatura de hospitalização para o seguro de doença, que efetuará o pagamento. O hospital não é obrigado a aceitar o termo de responsabilidade.

O pedido de termo de responsabilidade deve ser previamente apresentado pelo beneficiário inscrito e é concedido nos seguintes casos:

- hospitalização: cobre as faturas principais, bem como as dos cirurgiões e do anestesista;
- tratamentos ambulatoriais agressivos: no contexto de uma doença grave reconhecida, por exemplo, radioterapia, quimioterapia ou diálise;
- compras recorrentes de medicamentos caros, como as hormonas de crescimento, a utilização frequente de ambulância ou viatura médica ligeira, ou realização de certos exames dispendiosos.

Se não existir convenção, é essencial especificar no pedido a data de entrada prevista, bem como o preço diário do quarto e/ou uma estimativa do custo global.

Importa não esquecer que, após a faturação, uma parte das despesas (por vezes elevadas) recairá sobre os beneficiários; por isso se recomenda, em caso de viagem para países com medicina cara, que cubram esse risco com um seguro complementar.

Note-se que, quando os beneficiários utilizam um termo de responsabilidade, as faturas em causa são pagas, após a sua receção e uma verificação preliminar, pelo serviço de liquidação competente. Se desejarem obter cópias das suas faturas, os beneficiários poderão pedi-las ao hospital. Recomenda-se que comuniquem ao serviço de liquidação – para o departamento responsável pelos termos de responsabilidade – todas as informações úteis sobre o período de permanência no hospital e a faturação.

Também podem ser concedidos adiantamentos sobre os reembolsos, em determinadas condições, para cobrir despesas avultadas (é necessário preencher o formulário para o pedido de adiantamento e enviá-lo ao serviço de liquidação competente).

Atenção:

O termo de responsabilidade é um mecanismo financeiro e não uma garantia de reembolso. Todos os procedimentos para obter um reembolso continuam, por isso, a ser aplicáveis.

Pedido de reembolso

O pedido de reembolso pode ser apresentado por meios eletrónicos, através da ferramenta «RCSD em linha» <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>. A proteção dos dados pessoais é garantida por uma ligação segura através do ECAS (ver também rubrica «Para mais informações» no final do presente documento). É, pois, obrigatório conservar os documentos originais durante 18 meses a contar da data de receção do documento de liquidação.

Alternativamente, os pedidos de reembolso são apresentados pelos beneficiários inscritos aos respetivos serviços de liquidação em formulários acompanhados dos documentos comprovativos originais.

Em caso de pedidos de reembolso complementar, é obrigatório anexar uma cópia da fatura original paga acompanhada de uma descrição pormenorizada dos reembolsos recebidos a título de outro regime.

PROCEDIMENTOS E REGRAS DE REEMBOLSO

1. CONSULTAS E VISITAS MÉDICAS

Consulta = no consultório do médico.

Visita médica = o médico desloca-se para ver o doente (por exemplo, em casa ou no hospital).

Em que consiste, em princípio, uma consulta ou visita?

- A colocação de perguntas ao doente;
- Um exame clínico;
- Eventualmente uma prescrição.

O que está igualmente incluído na consulta ou visita?

- Meios de diagnóstico como: a medição da pressão arterial ou os esfregaços;
- a recolha de sangue;
- as análises à urina;
- as injeções;
- as vacinas;
- os pensos;
- a passagem de um atestado;
- as despesas relacionadas com a ida à consulta e as despesas de deslocação do médico.

As consultas recorrentes podem não ser reembolsadas após parecer do médico assessor, se este considerar que elas são injustificadas ou desnecessárias.

1.1. E... DE QUANTO?

Honorários	Taxa de reembolso	Limite ¹	Taxa em caso de doença grave reconhecida
Médico generalista	85 %	35 €	100 %
Médico especialista	85 %	50 €	100 %
Visitas urgentes, noturnas, ao fim de semana ou em dias feriados	85 %	---	100 %
Consulta do médico assistente por telefone, correio ou correio eletrónico	85 %	10 €	10 €
Médico especialista prestigiado	85 %	150 €	100 %

A título informativo:

O que é um **médico especialista prestigiado**? Trata-se de um médico especialista internacionalmente reconhecido num domínio específico, responsável por uma equipa de investigação e autor de publicações. Todavia, o reembolso está **limitado a 2 visitas por ano para a mesma doença** e apenas com a obtenção de uma autorização prévia.

1.2. NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

- As consultas através da Internet;
- Os honorários relativos a consultas a que o doente tenha faltado;
- As despesas de envio de relatórios médicos faturadas em separado;
- As consultas, os exames ou os atos realizados com fins administrativos ou não terapêuticos, tais como:
 - o perícias judiciais;
 - o exames no âmbito de um seguro;
 - o exames de aptidão profissional ou para obtenção de um *brevet* de piloto;

¹ Limites aplicados na Bélgica. Se for caso disso, aplica-se um coeficiente de igualdade quando as prestações tiverem lugar noutro Estado-Membro.

→ ver rubrica *Em síntese*...

- o exames efetuados no contexto da medicina do trabalho (exame médico de admissão ou consulta médica anual, eventualmente reembolsados pelo Serviço de Saúde e não pelo RCSD).

2. HOSPITALIZAÇÕES E INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS

Entende-se por hospitalizações os internamentos em hospitais ou clínicas para efeitos de:

- tratamento de doenças ou realização de intervenções cirúrgicas, bem como de partos, incluindo os períodos de permanência em hospital de dia;
- reabilitação ou reeducação funcional subseqüentemente a uma doença ou intervenção incapacitante;
- tratamento de doenças psiquiátricas;
- cuidados paliativos.

2.1. AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

É necessária uma autorização prévia (acompanhada de um relatório médico) para os internamentos:

- de duração superior a 6 meses;
- destinados a intervenções de cirurgia plástica (p.ex. gastroplastia, correção do septo nasal, reconstrução mamária, etc.);
- de duração superior a 12 meses em hospital psiquiátrico;
- de reabilitação/reeducação não subseqüente a uma hospitalização ou em que o internamento ultrapasse 2 meses;
- numa clínica especializada em despistagem e diagnóstico;
- de reabilitação/reeducação não subseqüente a uma hospitalização;
- e para acompanhamento de um doente hospitalizado.

2.2. TERMO DE RESPONSABILIDADE

O termo de responsabilidade permite que o hospital envie a fatura da hospitalização diretamente para a entidade seguradora, que procederá ao seu pagamento.

A parte remanescente das despesas (por vezes elevadas, nomeadamente em países com medicina cara, como os EUA, o Canadá, a Suíça e a Noruega) que ficam a cargo do beneficiário após a faturação é, em princípio, descontada de reembolsos posteriores, ou eventualmente da sua remuneração ou pensão, ou ainda de qualquer outro montante que a instituição lhe deva pagar.

Atenção:

- quando o beneficiário dispõe de um termo de responsabilidade, o hospital não pode exigir-lhe um depósito de caução;
- o termo de responsabilidade não pode ser emitido para beneficiários a título complementar, que deverão dirigir-se ao seu sistema de cobertura primário;
- se o médico assessor se tiver pronunciado desfavoravelmente sobre um pedido de autorização prévia, não será concedido qualquer termo de responsabilidade nem haverá lugar a qualquer reembolso.

Em determinadas condições, também podem ser concedidos **adiantamentos** sobre o reembolso destinados a cobrir despesas avultadas (preencher o formulário de pedido de adiantamento e enviá-lo ao serviço de liquidação competente).

→ ver Termos de responsabilidade e adiantamentos na rubrica *Em*

síntese ...

→ ver rubrica *Para mais informações...*

→ ligação para o formulário / RCSD em linha

Se a hospitalização ocorrer numa situação de emergência...

A título excecional, o termo de responsabilidade pode ser pedido (pelo próprio beneficiário ou em seu nome) comunicando os seus dados de contacto e número de beneficiário, bem como o hospital em causa, ao gestor dos termos de responsabilidade do serviço de liquidação competente, deixando uma mensagem no atendedor de chamadas automático, ou na ausência deste, enviando uma mensagem de correio eletrónico.

Se for caso disso, o PMO contactará o hospital onde o beneficiário se encontra para lhe transmitir o termo de responsabilidade necessário.

Após a hospitalização...

Se o beneficiário tiver disposto de um termo de responsabilidade:

O respetivo serviço de liquidação enviar-lhe-á uma liquidação das despesas. A parte das despesas a cargo do beneficiário (+/- 15 %) será, em princípio, descontada de futuros reembolsos, eventualmente da sua remuneração ou pensão, ou qualquer outro montante que lhe seja devido pela instituição.

Se o próprio beneficiário tiver pago a fatura de hospitalização:

- Preencher um pedido de reembolso, anexando-lhe:
 - a fatura discriminada das prestações realizadas (nomenclatura nacional oficial);
 - se for caso disso, o comprovativo do depósito de caução pago à entrada
- Enviar o conjunto de documentos para o serviço de liquidação competente.

2.3. E... DE QUANTO?

A taxa de reembolso é de **85 %**, incluindo os honorários do cirurgião e dos seus assistentes, bem como os do anestesista.

É de **100 %**:

- em caso de doença grave reconhecida;
- para internamentos na unidade de cuidados intensivos iguais ou superiores a 3 dias consecutivos;
- para os internamentos em cuidados paliativos;
- após parecer do médico assessor, para as despesas de internamento superior a 30 dias consecutivos.

Num reembolso a **85 %**, os limites podem ir de 535 EUR a 10 000 EUR, consoante a categoria da intervenção. No anexo I das DGE é possível consultar a lista exaustiva das intervenções cirúrgicas discriminadas por categoria.

→ ver rubrica *Para mais informações...*

Quanto às intervenções cirúrgicas que não constem dessa lista e que possam ser consideradas intervenções de importância comparável, as despesas serão reembolsadas após parecer favorável do médico assessor.

Despesas de internamento: O reembolso está limitado ao preço do quarto individual menos caro do hospital e à duração da hospitalização que seja necessária. Será efetuado mediante a apresentação de uma fatura nas devidas condições.

Despesas de diagnóstico e tratamento: A taxa de reembolso é de **85 %** ou de **100 %** (doença grave reconhecida) para as despesas de bloco operatório e outras despesas referentes aos cuidados relacionados com a intervenção cirúrgica, bem como para os honorários dos médicos, as análises, os exames laboratoriais e outros instrumentos diretamente associados à intervenção ou à hospitalização.

Despesas de acompanhamento: A título excepcional, pode ser concedido um reembolso de **85 %** (sujeito a um limite de 40 EUR/dia), mediante prescrição do médico assistente e após autorização prévia, para as despesas de permanência de um familiar que acompanhe um beneficiário hospitalizado que ainda não tenha completado 14 anos de idade, ou de um beneficiário que necessite de assistência familiar especial por razões médicas. Este reembolso também se aplica às despesas de permanência de um lactente que acompanhe a mãe.

2.4. NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

As intervenções de cirurgia plástica consideradas exclusivamente estéticas.

3. PRESTAÇÕES RELACIONADAS COM SITUAÇÕES DE DEPENDÊNCIA

O reembolso das prestações relacionadas com situações de dependência – internamentos clínicos e despesas de enfermagem ao domicílio –, excetuando os internamentos para desintoxicação, é efetuado em função do grau de dependência, determinado pelo médico assistente através de dois questionários. Só existe reembolso do 1.º ao 4.º grau (ver capítulo 3 do Título II das DGE).

→ ver rubrica *Para mais informações...*

Em todos os casos, o pedido de autorização prévia deverá ser acompanhado:

- do relatório médico que justifica a necessidade do internamento e especifica a natureza dos cuidados a prestar;
- dos dois questionários relativos à situação de dependência preenchidos pelo médico assistente.

Estes documentos devem ser transmitidos ao serviço de liquidação competente por correio ou através do RCSD em linha.

3.1. INTERNAMENTOS CONTÍNUOS OU PROLONGADOS

3.1.1. Casas de repouso e de saúde

A autorização é válida por um período de 12 meses (renovável).

A taxa de reembolso aplicável às despesas de internamento é de **85 %** ou de **100 %** (doença grave reconhecida) com um limite de 36 EUR/dia.

Se a fatura for global e não permitir, por isso, fazer a distinção entre as despesas relativas aos tratamentos e as despesas relativas ao internamento, o limite será de 36 EUR e a repartição das despesas (tratamento ou internamento) será feita em função do grau de dependência.

3.1.2. Clínica psiquiátrica

O internamento e os tratamentos são reembolsáveis a **85 %** ou a **100 %** (doença grave reconhecida). A autorização é renovável mediante apresentação de um relatório detalhado do médico assistente, cuja periodicidade será fixada pelo serviço de liquidação.

3.1.3. Estabelecimento de reeducação ou de reabilitação funcional e hospital psiquiátrico

As modalidades de reembolso são idênticas, mas, se a faturação for global, a repartição proporcional é efetuada em conformidade com 1.º grau de dependência.

3.1.4. Centro de dia

- Frequência apenas durante o dia de uma casa 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 são aplicadas ao internamento numa casa de repouso e de saúde, com um limite de 18 EUR/dia para as despesas de permanência.
- Frequência de estabelecimentos médico-pedagógicos: só os tratamentos são reembolsáveis.

3.1.5. Centros de desintoxicação não hospitalares

O internamento e o tratamento são reembolsados exclusivamente a **85 %**, com um limite de 36 EUR/dia para as despesas de internamento.

Em caso de faturação global, a repartição proporcional é efetuada em conformidade com 1.º grau de dependência e o reembolso está limitado a um internamento de 6 meses em cada período de 12 meses.

3.2. ENFERMAGEM AO DOMICÍLIO

Trata-se de «cuidados de enfermagem» domiciliários, prestados ao doente várias vezes por dia, ou mesmo durante todo o dia e toda a noite. Os prestadores destes cuidados devem estar legalmente autorizados a exercer a profissão.

Deve ser apresentado um pedido de autorização prévia, acompanhado de dois [formulários de avaliação do grau de dependência](#) preenchidos pelo médico assistente, bem como de um **relatório médico** que indique a duração da prestação, bem como a natureza e a frequência dos cuidados a prestar.

Também deve ser apresentado um documento comprovativo da relação contratual com o prestador de cuidados de enfermagem ao domicílio.

3.2.1. REEMBOLSO

Para beneficiar do reembolso das despesas de prestação de cuidados de enfermagem ao domicílio, devem ser apresentados os seguintes documentos: a fatura mensal com indicação das horas de serviço prestadas, e, se for caso disso, o comprovativo da contribuição para a segurança social, ambos em conformidade com a legislação nacional.

O reembolso pode ser de **80 %** ou de **100 %** (doença grave reconhecida).

- **Prestações domiciliárias temporárias (máximo 60 dias):** reembolsáveis a **80 %**, com um limite de 72 EUR/dia, ou a **100 %** (doença grave reconhecida), com um limite de 90 EUR.
- **Prestações domiciliárias a longo prazo:** o reembolso é realizado em função do grau de dependência.
- **Prestações em meio hospitalar:** não reembolsáveis, exceto nos estabelecimentos públicos cuja infraestrutura sanitária seja insuficiente para assegurar os cuidados correntes. Neste caso, as despesas com enfermeiros contratados mediante prescrição do médico assistente são reembolsadas a **80 %**, sob autorização prévia, com um limite de 60 EUR/dia, ou a **100 %**, com um limite de 75 EUR/dia.

3.2.2. NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

- As despesas de deslocação, de alojamento e de alimentação, e todas as outras despesas acessórias do prestador de cuidados de enfermagem ao domicílio;
- A vigilância por um adulto de uma criança que esteja doente em casa, devido à ausência dos pais (consultar os serviços sociais a respeito da ajuda familiar).
→ ver rubrica *Para mais informações...*

4. PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Todos os produtos farmacêuticos (medicamentos, preparações feitas por um farmacêutico ou preparações homeopáticas) a reembolsar devem ser prescritos por um médico e de forma não excessiva (ou seja, não ultrapassando as recomendações terapêuticas normais).

4.1. PARA OBTER O REEMBOLSO

O reembolso é efetuado mediante apresentação de **recibos** ou **faturas** com as seguintes informações:

- o nome do médico responsável pela prescrição;
- o nome completo do doente;
- a designação do medicamento prescrito ou em caso de medicamento genérico, a do princípio ativo, ou a composição da preparação em caso de prescrição magistral (o número da preparação não é suficiente);
- o preço de cada produto;
- a menção do preço total e, no caso das pessoas com seguro complementar, a indicação do preço efetivamente pago;
- a data de entrega dos medicamentos;
- o carimbo e a assinatura do farmacêutico.

Estas indicações também são indispensáveis em caso de renovação da receita médica.

Atenção:

Há uma lista dos principais produtos reembolsáveis e não reembolsáveis regularmente atualizada. Os produtos que não constem dessa lista podem ser reembolsados após parecer favorável do médico assessor.

→ ver rubrica *Para mais informações...*

Produtos que necessitam de **autorização prévia** (acompanhada de um relatório médico) para poder haver reembolso:

- produtos de emagrecimento;
- tratamentos hormonais anti-envelhecimento;
- hormonas de crescimento;
- produtos utilizados para a disfunção erétil causada por operação à próstata, acidente ou doença grave reconhecida (limite de 400 EUR por ano);
- estupefacientes utilizados nas desintoxicações (100 % durante 6 meses);
- produtos farmacêuticos utilizados para outros fins que não a sua indicação médica reconhecida;
- produtos dietéticos e de higiene indispensáveis para a sobrevivência.

4.2. E... DE QUANTO?

Na maioria dos casos, a taxa de reembolso é de **85 %** ou de **100 %** (doença grave reconhecida). São aplicáveis outras taxas aos seguintes produtos:

- estupefacientes utilizados nas desintoxicações (100 %, sob algumas condições);
- dietéticos (85 % ou 100 % sobre 40 % do custo);
- de desintoxicação tabágica (200 EUR, uma só vez, independentemente dos resultados obtidos).

→ ver rubrica *Para mais informações...*

4.3. NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

- Os produtos cosméticos, higiénicos, estéticos, dietéticos ou de conforto, com algumas exceções;
- Os vinhos e licores tónicos, os produtos de organoterapia e os oligoelementos sem eficácia comprovada.

5. CUIDADOS E TRATAMENTOS DENTÁRIOS

5.1. PARA OBTER O REEMBOLSO E... DE QUANTO?

Cuidados e tratamentos preventivos

Para obter o respetivo reembolso, deve enviar-se um pedido de reembolso de despesas para o serviço de liquidação competente.

Reembolso a 80 % para as despesas correntes de higiene oral, radiologia, tratamentos e extração de dentes (limite de 750 EUR por ano civil).

Reembolso a 100 % (limite de 1 500 EUR): no caso de certas doenças graves reconhecidas.

É obrigatório dispor de uma **autorização prévia** emitida pelo serviço de liquidação, mediante apresentação de um orçamento detalhado e após parecer do dentista assessor, para os seguintes tratamentos:

Periodontia: Reembolso a **80 %** (limite de 350 EUR por sextante, ou seja 2 100 EUR no máximo para a boca inteira, durante um período de 16 anos).

Ortodontia: Reembolso a **80 %** (limite de 3 300 EUR). O tratamento deve ser iniciado antes de o beneficiário completar 18 anos (exceto em caso de doença grave reconhecida). É possível um segundo tratamento sob certas condições.

Oclusodontia: Reembolso a **80 %** (limite de 450 EUR). Este tratamento é reembolsável uma única vez.

Próteses dentárias: Reembolso a **80 %** (com limites diferentes para cada tipo de prestação). A renovação das próteses só é reembolsável de seis em seis anos (exceto em caso de acidente traumático ou doença grave reconhecida, e após parecer do dentista assessor, mediante apresentação de uma justificação médica e de um orçamento).

Implantologia: Reembolso a **80 %** (limite de 550 EUR por implante). O reembolso está limitado a 4 implantes por maxilar, ou seja, 8 implantes no máximo por beneficiário, ao longo de toda a sua vida.

No caso de uma doença grave reconhecida que afete a cavidade bucal, a taxa de reembolso destes tratamentos passa para **100 %** (sendo o limite o dobro do previsto para cada prestação), após parecer conjunto do médico assessor e do dentista assessor.

A título informativo:

Em relação às prestações sujeitas a autorização prévia, devem utilizar-se, exceto em caso de urgência ou força maior, os orçamentos oficiais do RCSD.

5.2. NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

As despesas relativas a tratamentos de natureza estética:

- Branqueamento dos dentes;
- substituição sistemática das amálgamas de prata;
- colocação de coroas sobre incisivos intactos;
- incrustações, etc.

6. ANÁLISES E EXAMES MÉDICOS

Compreendem a imagiologia médica, as análises, os exames laboratoriais e outros meios de diagnóstico.

6.1. PARA OBTER O REEMBOLSO

- Preencher um pedido de reembolso;
- Anexar-lhe a fatura discriminada das prestações realizadas (nomenclatura nacional oficial);
- Enviar o conjunto destes documentos ao serviço de liquidação competente.

Alguns meios de diagnóstico necessitam de **autorização prévia**. É o caso:

- Das análises realizadas no âmbito:
 - da medicina anti-envelhecimento;
 - da hormonologia múltipla;
 - das alergias e intolerâncias alimentares;
 - dos exames genéticos (não referentes à investigação de uma doença específica).
- Das novas técnicas de exames, análises e imagiologia médica cujas despesas não sejam elegíveis para reembolso em pelo menos um Estado-Membro da União Europeia.

6.2. E... DE QUANTO?

A taxa de reembolso é de **85 %** ou de **100 %** (doença grave reconhecida).

A título informativo:

Existe uma lista exaustiva de todos os meios de diagnóstico reembolsáveis e não reembolsáveis regularmente atualizada. → ver rubrica *Para mais informações...*

6.3. NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

- As análises realizadas no âmbito:
 - da medição do «stress oxidativo»;
 - da micronutrição;
 - dos testes de floculação.
- As despesas relativas a análises e exames considerados como não funcionais e/ou não necessários após parecer do médico assessor.

7. GRAVIDEZ, PARTO E INFERTILIDADE

7.1. GRAVIDEZ

Ou seja, o período compreendido entra a fecundação e o parto.

7.1.1. PARA OBTER O REEMBOLSO E... DE QUANTO?

As consultas, os tratamentos, bem como todos os outros exames e prestações efetuados por médicos, parteiras, cinesioterapeutas e/ou outros prestadores de cuidado são reembolsados em conformidade com as disposições previstas para cada uma das prestações.

A taxa de reembolso é de:

- **85 %** para todas as despesas de consultas/visitas médicas.
- **80 %** para as sessões **individuais** (limite de 25 EUR/sessão) ou **coletivas** (limite de 15 EUR/sessão) de preparação para o parto, efetuadas por um cinesioterapeuta ou uma parteira, mediante prescrição médica. Estas sessões não estão incluídas no número máximo de sessões de cinesioterapia geral.

7.1.2. NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

- As sessões de haptonomia e as de preparação do parto em piscina;
- os honorários de disponibilidade dos médicos/especialistas.

7.2. PARTO

Isto é: qualquer nascimento a partir da 22.^a semana de gravidez.

Desde julho de 2013, foram estabelecidos limiares de excesso para os partos em oito Estados-Membros. Em consequência, o montante máximo (internamento, honorários, etc.) de reembolso eleva-se a 7 171 EUR na Bélgica, 9 591 EUR na Itália, 5 446 EUR na Alemanha, 6 203 EUR na Espanha, 6 616 EUR em França, 7 246 EUR no Luxemburgo, 6 466 EUR nos Países Baixos e 16 713 EUR no Reino Unido.

7.2.1. PARA OBTER O REEMBOLSO E... DE QUANTO?

7.2.1.1. Em centro hospitalar

A taxa de reembolso é de **100 %** para:

- os honorários dos médicos que realizam o parto;
- os honorários da parteira e do anestesiologista, os custos da sala de parto, as despesas de assistência de um cinesioterapeuta durante o parto, bem como as outras despesas relativas a prestações diretamente relacionadas com o parto;
- as despesas de internamento e de tratamento da mãe e do bebé em estabelecimento hospitalar durante um período máximo de 10 dias ou durante todo o período de hospitalização em caso de complicações médicas diretamente associadas ao parto. Se o período de internamento exceder 10 dias – sem complicações – a taxa é de **85 %**;
- as despesas de internamento e tratamento do bebé na unidade de neonatologia.

Atenção:

No momento da reserva, é importante não esquecer que o reembolso está limitado ao preço do quarto individual menos caro do hospital.

Pós-parto...

Se o próprio beneficiário tiver pago a sua fatura de hospitalização ou faturas complementares: preencher um pedido de reembolso, anexar-lhe uma fatura detalhada das prestações realizadas (nomenclatura nacional oficial) e transmiti-lo ao serviço de liquidação competente.

7.2.1.2. Em casa

Reembolso a **100 %** dos honorários (durante 10 dias) do médico, da parteira e de outros auxiliares médicos (exceto apoio familiar).

7.2.1.3. Numa maternidade ou num centro não hospitalar homologado

Preencher um **pedido de reembolso**, anexar-lhe a fatura detalhada das prestações realizadas e transmiti-lo ao serviço de liquidação competente.

Reembolso a **100 %** dos honorários (durante 10 dias) do médico, da parteira e dos outros auxiliares médicos (exceto apoio familiar).

As despesas complementares relativas ao acompanhamento e ao internamento, na maternidade, são reembolsadas em relação a um período máximo de 24 horas após o parto.

Caso existam **complicações** médicas para a mãe e/ou para o bebé diretamente associadas ao parto, o termo de responsabilidade é prorrogado após parecer do médico assessor. Se essas complicações implicarem uma hospitalização, as despesas de internamento e de tratamento são reembolsadas a **100 %**.

As sessões individuais de **cinesioterapia pós-natal**, efetuadas por um cinesioterapeuta mediante prescrição médica são reembolsáveis a **80 %** (limite de 25 EUR/sessão) e não estão incluídas no número máximo de sessões.

7.3. INFERTILIDADE

A infertilidade, masculina ou feminina, deve ter sido causada por uma patologia do beneficiário inscrito, do seu cônjuge ou parceiro.

É exigido um pedido de autorização prévia acompanhado de um relatório médico.

As despesas de tratamento da infertilidade serão reembolsadas do seguinte modo:

- Fecundação *in vitro*:
 - no máximo 5 tentativas por cada filho;
 - o tratamento deve ser iniciado antes de a mãe ter completado 45 anos de idade.
- Tratamento da infertilidade masculina: a infertilidade não deve ser resultante de uma esterilização voluntária anterior.

No caso de uma fecundação *in vitro*:

O reembolso das eventuais despesas de diagnóstico genético pré-implante do embrião e a doação de óvulos está sujeito a algumas condições e necessita de um pedido de autorização prévia.

8. TRATAMENTOS MÉDICOS E TERAPÊUTICOS DIVERSOS

Trata-se, designadamente, de tratamentos de cinesioterapia, fisioterapia, osteopatia, infravermelhos, ultrassons, aerossolterapia, acupuntura, terapia da fala, psicoterapia, psicomotricidade, terapia da fala/ortofonia, podologia, etc.

8.1. PARA OBTER O REEMBOLSO

Os **tratamentos médicos** devem ter sido:

- receitados por um médico;
- sujeitos a autorização prévia, se necessário;
- efetuados por prestadores (psicólogo, cinesioterapeuta, osteopata, acupuntor, etc.) profissionalmente habilitados e legalmente autorizados a exercer a profissão médica ou paramédica, ou por estabelecimentos médicos ou paramédicos devidamente homologados pelas autoridades competentes.

Na Bélgica, só os psicólogos inscritos na [Commission des psychologues](#) são reconhecidos como estando habilitados a exercer essa profissão. Em contrapartida, noutros países, para além dos psicólogos, os psicoterapeutas estão igualmente habilitados e são legalmente reconhecidos, pelo que as suas sessões são reembolsáveis.

As **receitas médicas** devem:

- ser passadas antes do início do tratamento;
- ter sido passadas há menos de 6 meses;
- indicar o nome do doente;
- o motivo do tratamento;
- o tipo de tratamento e o número de sessões.

Os documentos comprovativos devem respeitar a legislação do país onde a prestação teve lugar.

8.2. E... DE QUANTO?

Os tratamentos médicos são reembolsados a **80 %**, dentro dos limites fixados para cada prestação, e de **100 %** em caso de doença grave reconhecida, ainda que com um limite para determinados tratamentos. Com efeito, o limite para o reembolso é o dobro do normal em caso de tratamento terapêutico no contexto de uma doença grave.

Em relação a cada tratamento, existe um número máximo de sessões reembolsáveis por ano civil. Salvo indicação em contrário, pode ser reembolsado um número de sessões mais elevado, sujeito a autorização prévia, em caso de doença grave reconhecida, de reabilitação pós-operatória ou pós-traumática, ou de problemas de mobilidade reduzida.

→ ver infra o ponto 8.4. *Tabela de tratamentos diversos*

8.3. NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

- Os tratamentos de natureza estética;
- as assinaturas para a frequência de piscinas;
- as despesas de inscrição em centros desportivos e de *fitness*.

8.4. TABELA DE TRATAMENTOS DIVERSOS

PM = prescrição médica

AP = autorização prévia

A. TRATAMENTOS PARA OS QUAIS É EXIGIDA PRESCRIÇÃO MÉDICA						
	Natureza do tratamento/prestações	PM	AP	Número máximo de sessões por ano / (12 meses)	Limite 80 % (€)	Observações
A1	Aerossolterapia	x		30	--	
A2	Consulta de dietética	x		10	25	
A3	Cinesioterapia, fisioterapia e tratamentos similares ²	x		60	25	
A4	Pedicura terapêutica	x		12	25	

B. TRATAMENTOS QUE DEVEM SER EFETUADOS POR UM MÉDICO OU NUM HOSPITAL						
	Natureza do tratamento/prestações	PM	AP	Número máximo de sessões por ano / (12 meses)	Limite 80 % (€)	Observações
B1	Acupunctura	x		30	25	Efetuada por um prestador legalmente autorizado a realizar este tipo de ato
B2	Mesoterapia	x	x	30	45	- Efetuada por um médico ou num hospital (honorários do médico incluídos no limite de 45 EUR por sessão) - Não pode ser concedido um número superior de sessões/ano.
B3	Raios ultravioletas	x	x		35	

² Tratamentos similares: massagens terapêuticas, ginástica terapêutica, mobilização, reeducação, mecanoterapia, trações, banhos de lama (fango), hidromassagens, hidroterapia, eletroterapia, correntes diadinâmicas, radar, ionização, ondas curtas, correntes especiais, raios infravermelhos, ultrassons, etc.

C. TRATAMENTOS PARA OS QUAIS É EXIGIDA PRESCRIÇÃO MÉDICA E QUE, EM CERTOS CASOS, ESTÃO SUJEITOS A AUTORIZAÇÃO PRÉVIA						
	Natureza do tratamento/prestações	PM	AP	Número máximo de sessões por ano /(12 meses)	Limite 80 % (€)	Observações
C1	Avaliação/exame psicológico completo efetuado por um único interveniente	x			150	
C2	Quiroprática/osteopatia	x		24	40	Só pode ser concedido um número superior de sessões por ano mediante AP. Os tratamentos de osteopatia craniana, energética e visceral, bem como de micro-osteopatia, não são reembolsáveis
	Pessoas com 12 anos ou mais	x	x	24		
	Crianças com menos de 12 anos					

C3	Terapia da fala/ortofonia (relatório médico elaborado por um médico otorrinolaringologista ou neurologista)	x	x	180 durante um ou mais anos	35	Problemas neurológicos graves: podem ser ultrapassadas as 180 sessões mediante autorização prévia Estão incluídos: - crianças afetadas por surdez grave ou doença neurológica - adultos afetados por doenças neurológicas ou laringeas
					40	
	· Crianças de idade igual ou inferior a 12 anos	x		30 no conjunto do tratamento		
	· Crianças dos 13 aos 18 anos exclusive	x	x			
	· Pessoas a partir dos 18 anos	x	x			
	Avaliação logopédica/ortofónica					
C4	Psicomotricidade, grafomotricidade	x		60	35	
C5	Psicoterapia Efetuada	x	x	30 todos os tipos de sessão	60	· Sessão individual · Sessão familiar · Sessão de grupo O número máximo de sessões por ano pode ser ultrapassado com base numa AP o Prescrição por psiquiatra, neuropsiquiatra ou neurologista o as 10 primeiras sessões podem ser prescritas por um médico generalista o No caso das crianças com menos de 15 anos, a prescrição pode ser feita por um pediatra
					90	
	· por um médico especialista em psiquiatria, neuropsiquiatria ou neurologia	x	x			
	· por um psicólogo ou psicoterapeuta	x	x			

D. TRATAMENTOS INVARIAVELMENTE SUJEITOS A AUTORIZAÇÃO PRÉVIA						
	Natureza do tratamento/prestações	PM	AP	Número máximo de sessões por ano/(12 meses)	Limite 80 % (€)	Observações
D1	Avaliação neuropsicológica pluridisciplinar	x	x		600	Com base no relatório médico de um neuropediatra ou psiquiatra
D2	Câmara hiperbárica	x	x		--	
D3	Drenagem linfática	x	x	20 /12 meses	25	Em caso de doença grave reconhecida, não há limite para o número de sessões nem para o montante a reembolsar.
D4	Endermologia de natureza não estética	x	x	5 / 12 meses	--	Tratamento de cicatrizes defeituosas
D5	Depilação	x	x		Montante máximo reembolsável equivalente a uma intervenção cirúrgica de - Cat. A1 - Cat. A2	Unicamente em caso de hipertricose patológica do rosto - Cat.A1 para casos pouco extensos - Cat.A2 para casos extensos
D6	Ergoterapia	x	x	--	--	
D7	Laser: Tratamento Laser ou fototerapia dinâmica em dermatologia	x	x	20	--	
D8	Ortótica	x	x	20 /12 meses	35	Prescrição por especialista em oftalmologia com indicação da identidade do ortoptista
D9	Reabilitação funcional pluridisciplinar ambulatória em serviço hospitalar.	x	x	--	--	
D10	Reabilitação por aparelho MDX, tratamentos segundo o método «David Back Clinic» ou escola da coluna	x	x	24 renovável, em princípio, uma vez	40	
D11	Tratamentos com ondas de choque em reumatologia	x	x	--	--	
D12	Qualquer outro tratamento não especificado	x	x	--	--	NB : o carácter excessivo é determinado caso a caso

9. AUXILIARES MÉDICOS

As despesas com as prestações do pessoal de enfermagem são reembolsáveis a **80 %** ou a **100 %** em caso de doença grave reconhecida, desde que essas prestações tenham sido prescritas por um médico e executadas por uma pessoa legalmente autorizada a exercer a profissão.

Para prestações complementares às efetuadas por um prestador de cuidados de enfermagem ao domicílio, é exigida uma autorização prévia.

NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

As despesas de deslocação do prestador de cuidados.

10. CURA DE CONVALESCENÇA E PÓS-OPERATÓRIA

Há duas condições para que a cura seja reembolsada (sempre mediante pedido de autorização prévia):

- ser efetuada sob vigilância médica num centro de convalescença com uma infraestrutura médica e paramédica adequada;
- ter início nos 3 meses seguintes à intervenção cirúrgica ou à doença para a qual foi prescrita, salvo contra-indicação médica devidamente justificada no relatório apenso à prescrição médica e aceite pelo médico assessor.

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

10.1. REEMBOLSO... DE QUANTO?

Despesas de internamento: reembolso a **80 %** (limite de 36 EUR/dia), durante 28 dias/ano no máximo, ou a **100 %** (limite de 45 EUR/dia).

Despesas de tratamento: reembolsadas separadamente em conformidade com o previsto nas disposições gerais de execução.

Despesas de acompanhamento: reembolsadas, a título excecional, a **85 %** (limite de 40 EUR/dia), mediante prescrição médica e após autorização prévia, nos seguintes casos:

- para um membro da família que acompanhe, no quarto ou no recinto do estabelecimento de saúde, um beneficiário sujeito a uma cura antes de ter completado 14 anos ou que tenha necessidade de assistência especial, devido à doença ou a outra necessidade medicamente justificada;
- para as despesas de permanência de um lactente que tenha de acompanhar a mãe durante a cura.

Em todos os outros casos, as despesas de acompanhamento não são reembolsadas.

10.2. NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

As despesas de viagem.

11. CURA TERMAL

Trata-se da permanência durante **10 a 21 dias** num estabelecimento especializado que proporcione os seus tratamentos sob vigilância médica com águas extraídas da nascente antes de perderem determinadas propriedades, ou em centros paramédicos especializados homologados pelas autoridades sanitárias nacionais.

Uma cura termal deve incluir pelo menos **2 tratamentos adequados por dia e não ser interrompida**, exceto mediante a apresentação de um atestado médico responsável pela cura a justificar a interrupção por motivos de saúde ou imperativos de natureza familiar (falecimento, doença grave reconhecida de um familiar, etc.).

A autorização de cura está limitada a:

- 1 cura/ano, com 8 curas no máximo ao longo da vida, para as seguintes patologias:
 - reumatismo e sequelas de traumatismos osteoarticulares;
 - flebologia e doenças cardioarteriais;
 - neurologia;
 - doenças do aparelho digestivo, órgãos anexos e doenças metabólicas;
 - ginecologia e doenças do sistema urinário;
 - dermatologia e estomatologia;
 - vias respiratórias.
- 1 cura/ano na condição de ser efetuada no âmbito do tratamento de uma doença grave reconhecida ou em caso de psoríase grave que não responda aos tratamentos clássicos.

Atenção:

A autorização só será concedida se:

- o médico assessor reconhecer que a cura termal é necessária;
- o beneficiário tiver seguido ao longo do ano os tratamentos prescritos e estes se tiverem revelado insuficientes;
- a cura tiver uma eficácia terapêutica comprovada.

11.1. PARA OBTER O REEMBOLSO

Antes da cura...

Pelo menos 6 semanas antes da data da cura, o beneficiário terá de apresentar um pedido de autorização prévia que inclua os seguintes documentos:

- a prescrição do médico assistente, independente de um centro termal;
- um relatório médico pormenorizado, elaborado há menos de 3 meses e que especifique:
 - os antecedentes do doente e os tratamentos por ele feitos durante o ano para a patologia visada pela cura termal;
 - a duração da cura, a natureza dos tratamentos termais a fazer e o tipo de centro termal aprovado para a patologia em causa;
- se for caso disso, uma prescrição médica a justificar a necessidade de acompanhamento.

Após a cura...

Se a autorização prévia tiver sido **concedida**:

- preencher um **pedido de reembolso** e anexar ao mesmo:
 - a fatura detalhada paga;
- enviar o conjunto dos documentos para o serviço de liquidação competente.

Mesmo que a autorização prévia **não tenha sido concedida**, o reembolso das despesas de tratamento continua a ser possível:

- preencher um **pedido de reembolso** e anexar ao mesmo:
 - uma prescrição original do médico assistente independente do centro termal, feita há menos de 6 meses e mencionando o diagnóstico, o número e o tipo de tratamentos;
 - uma fatura detalhada conforme com a prescrição médica e que indique as datas, o número de sessões e o preço do tratamento.
- Enviar o conjunto dos documentos para o serviço de liquidação competente.

11.2. E... DE QUANTO?

Despesas de tratamento e de controlo médico: **80 %** (limite global de 64 EUR/dia) ou de **100 %** (limite global especial de 80 EUR/dia) em caso de doença grave reconhecida.

Despesas de acompanhamento: **85 %** (limite de 40 EUR/dia), mediante prescrição médica e após autorização prévia, nos seguintes casos:

- para um familiar que acompanhe, no quarto ou no recinto do estabelecimento termal, uma criança que aí esteja a fazer uma cura antes de completar 14 anos de idade, ou que, devido à doença ou a outra necessidade medicamente justificada, tenha necessidade de assistência especial.
- para as despesas de permanência de um lactente que tenha de acompanhar a mãe durante a cura.

11.3. NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

- Os tratamentos de talassoterapia e de *fitness*;
- as despesas de viagem;
- as despesas de permanência, alojamento e refeições;
- as despesas acessórias aos tratamentos;
- tratamentos como:
 - banhos de mar, em lagos, banhos de areia,
 - sauna, solário, etc.

12. ÓCULOS

São reembolsáveis:

- todos os anos, para pessoas até aos 18 anos de idade;
- de dois em dois anos, para pessoas com mais de 18 anos;
- mais frequentemente, se houver uma mudança de dioptrias ou de eixo de 0,50, no mínimo, atestada por um médico oftalmologista.

O reembolso dos óculos está limitado a dois pares, incluindo armação e lentes corretoras independentemente das suas características:

- 1 par de óculos com lentes unifocais para ver ao perto e um par com lentes unifocais para ver ao longe;
- 1 par de óculos com lentes multifocais ou progressivas e, se for caso disso, 1 par de óculos com lentes unifocais para ver ao perto ou ao longe.

12.1. PARA OBTER O REEMBOLSO

A fatura original deve indicar:

- o tipo de visão (ao longe, ao perto, multifocal);
- as características das lentes (gradação de cada lente corretora e dioptrias);
- o preço das lentes;
- o preço da armação em separado.

12.2. E... DE QUANTO?

A taxa **de reembolso** é de **85 %**:

- para as armações (limite de 120 EUR;
- para as lentes segundo os critérios seguintes:

	Limite por lente (em €)
Lentes normais	
até 4 dioptrias	110
de 4,25 a 6 dioptrias inclusive	140
de 6,25 a 8 dioptrias inclusive	180
mais de 8,25 dioptrias	300
Lentes multifocais/progressivas	350

12.3. NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

- Óculos com lentes não corretoras;
- óculos de sol;
- óculos para trabalhar com o computador (eventualmente reembolsados pelo Serviço de Saúde e não pelo RCSD).

13. LENTES DE CONTACTO

13.1. PARA OBTER O REEMBOLSO

A **fatura** deve mencionar:

- o o tipo de visão (ao longe, ao perto, multifocal);
- o as características das lentes (gradação e dioptrias);
- o o tipo de lentes (descartáveis ou convencionais);
- o o preço das lentes.

13.2. E... DE QUANTO?

As despesas de aquisição de lentes de contacto corretoras, convencionais e/ou descartáveis, bem como as despesas de aquisição dos produtos consumíveis são reembolsáveis a **85 %** (limite global de 500 EUR por cada período de 24 meses).

Se as lentes de contacto tiverem sido compradas através da Internet, o reembolso só poderá ser efetuado mediante a apresentação de uma fatura nas devidas condições (ver em «documentos comprovativos»).

14. APARELHOS AUDITIVOS

Ou seja, a compra ou a reparação de aparelhos receitados por um médico otorrinolaringologista ou por um audiometrista.

14.1. PARA OBTER O REEMBOLSO

- Preencher um pedido de reembolso e anexar-lhe uma receita do médico otorrinolaringologista ou do audiometrista e a fatura paga.

14.2. E... DE QUANTO?

São reembolsados a **85 %** (limite de 1 500 EUR por ouvido).

Podem ser substituídos de cinco em cinco anos, exceto se as condições audiométricas se alterarem.

14.3. NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

A manutenção e as pilhas.

A título informativo:

Em caso de doença grave do sistema auditivo ou se o aparelho for destinado a pessoas com menos de 18 anos, pode ser concedida uma derrogação dos limites e dos prazos de renovação após autorização prévia.

15. APARELHOS ORTOPÉDICOS E OUTROS EQUIPAMENTOS MÉDICOS

A título informativo:

No anexo 2 do título II das DGE pode consultar-se um quadro que indica os tipos de aparelho, bem como a taxa, os limites e as condições de reembolso.

→ ver rubrica *Para mais informações...*

NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

- As despesas de adaptação estrutural da casa ou de um veículo, os acessórios domésticos, de informática, de televigilância, o mobiliário que não seja estritamente médico, como as poltronas de relaxamento e outros artigos semelhantes.

16. DESPESAS DE TRANSPORTE DE UM BENEFICIÁRIO DO RCSD

16.1. PARA OBTER O REEMBOLSO

Antes da deslocação...

Preencher um pedido de **autorização prévia** e anexar-lhe um atestado médico que justifique a natureza e a necessidade do transporte. Caso sejam efetuadas várias viagens de ida e volta, a prescrição deve especificar os motivos e justificar o número de trajetos indispensáveis.

No tocante às condições, a decisão tem em conta, entre outros aspetos, o facto de os tratamentos não poderem ser feitos no local de afetação ou de residência do beneficiário e/ou a sua incapacidade para utilizar os meios de transporte públicos ou privados.

Após a deslocação...

Preencher um **pedido de reembolso** e anexar ao mesmo:

- Os documentos comprovativos do transporte (p.ex. faturas pagas, títulos de transporte/viagem, etc.).

16.2. E... DE QUANTO?

Reembolso a **80 %** ou a **100 %** (doença grave reconhecida).

Na ausência dos comprovativos exigidos, o reembolso é fixado em **80 %** ou **100 %** do preço de um bilhete de comboio em 1.^a classe ou, se for caso disso, do limite de 0,22 EUR/km.

O reembolso do meio de transporte adaptado ao caso do beneficiário só toma em consideração o trajeto até ao estabelecimento ou prestador de cuidados mais próximo que tenha condições para tratar a sua patologia de forma adequada.

16.3. NÃO SÃO REEMBOLSÁVEIS

As despesas de transporte:

- por razões familiares, linguísticas ou de conveniência pessoal;
- para consultar um médico de clínica geral;
- para uma cura termal ou de convalescença;
- para o local de trabalho ou por qualquer outro motivo não reconhecido pelo serviço de liquidação;
- de repatriamento em caso de doença ou acidente;
- de buscas na montanha, no mar, etc.;
- de transporte em veículo privado no interior da sua zona residencial. Exceto no caso de tratamentos recorrentes e agressivos como a radioterapia, a quimioterapia, a diálise, etc., as despesas serão reembolsadas após parecer do médico assessor.

Atenção:

O transporte de emergência justificado (por exemplo, em caso de acidente) é reembolsável sem autorização prévia. Porém, se for caso disso, o médico assessor pode ser solicitado a pronunciar-se.

A liberdade de escolha do prestador de cuidados ou do hospital não implica necessariamente o reembolso das despesas de deslocação.

17. DESPESAS DE FUNERAL

É pago um subsídio fixo para despesas de funeral:

- **ao beneficiário inscrito:** em caso de falecimento de uma pessoa segurada em função de si próprio ou de um filho nado-morto (ao fim de pelo menos 22 semanas de gravidez);
- **ao cônjuge, ao parceiro reconhecido, aos filhos ou, na falta destes, a qualquer outra pessoa que comprove o pagamento das despesas funerárias:** em caso de falecimento do beneficiário inscrito.

17.1. PARA OBTER O REEMBOLSO

O beneficiário inscrito (em caso de falecimento de uma pessoa segurada em função de si próprio ou de um filho nado-morto): deve enviar uma cópia da certidão de óbito para o respetivo serviço de liquidação.

Os legítimos sucessores: devem enviar uma cópia da certidão de óbito para o serviço de liquidação do beneficiário inscrito.

Terceiros: devem enviar o comprovativo do pagamento das despesas funerárias para o serviço de liquidação do beneficiário inscrito.

17.2. E... DE QUANTO?

O montante do subsídio fixo para despesas de funeral é de 2 350 EUR.

18. Férias

Sugerimos o seguinte procedimento:

- Imprimir um certificado de seguro de doença para o beneficiário e a sua família (via RCSD em linha): <https://webgate.ec.testa.eu/RCAM>
- Imprimir também um pedido de termo de responsabilidade http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#1d
- E uma declaração de acidente http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#4a

Atenção:

Alguns hospitais não aceitam o termo de responsabilidade e exigem um pagamento imediato. Por isso aconselhamos a subscrição de um seguro complementar numa companhia de seguros privada. Esta cobrirá também os custos que não são suportados pelo nosso seguro de doença, como as despesas de transporte ou de repatriamento para casa do beneficiário, ou a parte das despesas que poderá ficar a cargo deste, nomeadamente nos países com uma medicina cara.

PARA MAIS INFORMAÇÕES...

SE TIVER ACESSO À MYINTRACOMM...

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx
(acesso da Comissão)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx
(acesso de outras instituições e agências)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>
(acesso para os pensionistas)

RCSD em linha

Com a senha ECAS é fácil aceder ao RCSD em linha. Os beneficiários poderão, assim, acompanhar a situação dos respetivos processos no Regime comum de seguro de doença e apresentar os pedidos de reembolso e de autorizações médicas (orçamento dentário, doença grave, autorização prévia). É conveniente acompanharem a evolução dos processos através do RCSD em linha, quer na sequência de uma notificação por correio eletrónico, quer acedendo a este serviço de vez em quando:

<https://webgate.ec.europa.eu/RCSD/>

Os formulários em papel estão disponíveis na sua versão mais recente:

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx
(acesso da Comissão)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx
(acesso de outras instituições e agências)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>
(acesso para os pensionistas)

- o pedido de autorização prévia;
- o pedido de reembolso de despesas médicas;
- o pedido de reconhecimento de doença grave;
- o pedido de termo de responsabilidade;
- o pedido de termo de responsabilidade para casa de repouso/de saúde;
- o pedido de adiantamento sobre despesas médicas elevadas;
- o nota de honorários de tratamentos dentários;
- o orçamento dentário para pedido de autorização prévia;
- o orçamento de ortodontia para pedido de autorização prévia.

Para contactar o PMO, procurar uma resposta ou transmitir um pedido? Eis o meio mais simples:

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>

CASO CONTRÁRIO...



PMO Contact

 +(32)2-29.97777

Anexos

- exemplo de recibo de pedicura 
- exemplo de recibo de podólogo 
- exemplo de recibo de osteopata 
- exemplo de recibo de psicólogo 

- exemplo de fatura na Itália 