



Spécial

INTERINSTITUTIONS
TOUS LES LIEUX D AFFECTATION

**REGULAMENTACAO
RELATIVA A COBERTURA
DOS RISCOS DE DOENCA
DOS FUNCIONARIOS
DAS COMUNIDADES EUROPEIAS**

1 Janeiro 1991

CAPÍTULO I DISPOSICÓES GERAIS

Artigo 1.º Objecto

É instituído um regime de seguro de doença comum às instituições das Comunidades Europeias. Este regime garante aos beneficiários, nos limites e condições previstos na presente regulamentação e respectivos anexos, o reembolso de despesas resultantes de doença, acidente ou maternidade e o pagamento de um subsídio para despesas de funeral.

Os beneficiarios do presente regime sao os respectivos inscritos e as pessoas seguradas em funcáo deles.

Artigo 2.º Inscritos

Consideram-se inscritos:

1. Os funcionarios das Comunidades, sem prejuízo do disposto nos n.ºs 1 a 4 do artigo 4.º da presente regulaoentacao;
2. As pessoas referidas nos n.ºs 1 (a), 2 e 2 (a) do artigo 72.º do estatuto e que se encontrem nas condições aí previstas;
3. Os antigos funcionarios a que tenha sido aplicado o artigo 41.º ou o artigo 50.º do estatuto, ñas condicoes constantes do anexo IV do estatuto;
4. Os titulares de urna pensáo de sobrevivencia por morte de urna das pessoas referidas no n.º 3, ñas condicoes previstas no n.º 5 do artigo 4.º da

presente regulamentação;

5. Os antigos funcionários cujas funções tenham cessado definitivamente por força do n.º 1 do artigo 4.º do Regulamento (CEE, Euratom, CECA) n.º 259/68 durante a vigência do direito ao subsídio previsto nos artigos 5.º e 7.º desse regulamento, nas condições do n.º 6 do artigo 5.º do mesmo regulamento;

6. Os antigos funcionários que tenham cessado definitivamente funções por força do n.º 1 do artigo 2.º do Regulamento (Euratom, CECA, CEE) n.º 2530/72, nas condições do n.º 6 do artigo 3.º desse regulamento;

7. Os antigos funcionários que tenham cessado definitivamente funções por força do n.º 1 do artigo 2.º do Regulamento (CECA, CEE, Euratom) n.º 1543/73, nas condições do n.º 6 do artigo 3.º desse regulamento;

8. Os antigos funcionários que tenham cessado definitivamente funções por força do n.º 1 do artigo 1.º do Regulamento (CECA, CEE, Euratom) n.º 1543/73, nas condições do n.º 6 do artigo 2.º desse regulamento;

9. Os agentes temporários das Comunidades, sem prejuízo do n.º 6 do artigo 4.º e do artigo 7.º da presente regulamentação;

10. Os antigos agentes temporários titulares de uma pensão de invalidez, os titulares de uma pensão de sobrevivência por morte de um agente temporário e os antigos agentes temporários referidos no terceiro e no último parágrafos do artigo 28.º e no n.º 5 do artigo 28.º-A do regime aplicável aos outros agentes;

11. O presidente, vice-presidente e membros da Comissão das Comunidades Europeias, o presidente,

juizes, advogados-gerais e o secretario do Tribunal de Justica das Comunidades Europeias, o Presidente, os membros e o secretario do Tribunal de Primeira Instancia das Comunidades Europeias, bem como o presidente e os membros do Tribunal de Contas das Comunidades Europeias;

12. Os antigos presidentes, vice-presidentes e membros da Alta Autoridade da Comunidade Europeia do Carvão e do Aço, das comissões da Comunidade Económica Europeia, da Comunidade Europeia da Energia Atómica ou das Comunidades Europeias, os antigos presidentes, juizes, advogados-gerais e secretários do Tribunal de Justica da Comunidade Europeia do Carvão e do Aço ou das Comunidades Europeias, os antigos presidentes, membros e secretários do Tribunal de Primeira Instancia das Comunidades Europeias, bem como os antigos presidentes e membros do Tribunal de Contas das Comunidades Europeias com direito ao subsídio transitório previsto no respectivo regime pecuniário, sem prejuízo do disposto no n.º 7 do artigo 4.º da presente regulamentação;

13. Os antigos presidentes, vice-presidentes e membros da Alta Autoridade da Comunidade Europeia do Carvão e do Aço, das comissões da Comunidade Económica Europeia, da Comunidade Europeia da Energia Atómica ou das Comunidades Europeias, os antigos presidentes, juizes, advogados-gerais e secretários do Tribunal de Justica da Comunidade Europeia do Carvão e do Aço ou das Comunidades Europeias, os antigos presidentes, membros e secretários do Tribunal de Primeira Instancia das Comunidades Europeias, bem como os antigos presidentes e membros do Tribunal de Contas das Comunidades Europeias titulares de uma pensão de aposentação ou de invalidez, sem prejuízo do disposto no n.º 8 do artigo 4.º da presente regulamentação;

14. Os titulares de uma pensão de sobrevivência por

morte de uma das pessoas referidas nos pontos 11, 12 e 13, sem prejuízo do disposto no n.º 5 do artigo 4.º da presente regulamentação;

15. Os agentes do Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional, bem como as pessoas referidas nos n.ºs 2, 3 e 4 do artigo 38.º do Regulamento (CECA, CEE, Euratom) n.º 1859/76, nas condições aí previstas;

16. Os agentes da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, bem como as pessoas referidas nos n.ºs 2, 3 e 4 do artigo 38.º do Regulamento (CECA, CEE Euratom) n.º 1860/76, nas condições aí previstas;

17. Os antigos funcionários que tenham cessado definitivamente funções por força do n.º 1 do artigo 1.º do Regulamento (CECA, CEE, Euratom) n.º 1679/85, nas condições do n.º 6 do artigo 3.º do referido regulamento.

18. Os antigos funcionários que tenham cessado definitivamente funções por força do n.º 1 do artigo 1.º do Regulamento (CECA, CEE, Euratom) n.º 3518/85, nas condições do n.º 6 do artigo 4.º desse regulamento;

19. Os antigos agentes temporários que tenham cessado definitivamente as suas funções por força do artigo 1.º do Regulamento (Euratom, CECA, CEE) n.º 2274/87, nas condições do n.º 6 do artigo 4.º do referido regulamento;

20. Os antigos funcionários que tenham cessado definitivamente funções por força do artigo 1.º do Regulamento (CEE) n.º 1857/89, nas condições do n.º 6 do artigo 3.º desse regulamento.

Artigo 3.º
Segurados em função dos inscritos

Consideram-se segurados em função do inscrito:

1. O cônjuge do inscrito, desde que não esteja ele próprio já inscrito no presente regime e desde que:

- não exerça actividade profissional lucrativa, ou

caso exerça tal actividade ou beneficie de rendimentos provenientes do exercício de uma tal actividade anterior, esteja coberto contra os mesmos riscos em aplicação de quaisquer outras disposições legais ou regulamentares e os seus rendimentos anuais de origem profissional não sejam superiores ao vencimento anual de base de um funcionário do primeiro escalão do grau C 5, afectado do coeficiente corrector estabelecido para o país onde recebe os seus rendimentos directos ou diferidos de origem profissional, antes da dedução de impostos;

2. Os filhos a cargo do inscrito, na acepção do artigo 2.º do anexo VII do estatuto ou do artigo 7.º do Anexo IV dos Regulamentos (CECA, CEE, Euratom) n.º 1859/76 e 1860/76;

3. As pessoas equiparadas a filhos a cargo do inscrito, nos termos do n.º 4 do artigo 2.º do anexo VII do Estatuto ou no n.º 4 do artigo 7.º do anexo IV dos regulamentos (CECA, CEE, Euratom) n.º 1859/76 e 1860/76, quando não possam ser cobertas contra os riscos de doença por outro regime legal ou regulamentar;

4. O cônjuge divorciado de um inscrito, desde que tenha estado segurado até à data do divórcio, em aplicação do disposto no ponto 1, o filho que tiver

deixado de estar a cargo do inscrito bem como a pessoa que tiver deixado de ser equiparada a filho a cargo na acepção do ponto 3 e que provem não poder beneficiar de outro regime de seguro de doença legal ou regulamentar, sem prejuízo do disposto no n.º 9 do artigo 4.º da presente regulamentação.

Artigo 4.º **Condições especiais de cobertura**

1. O funcionário que se encontre na situação de destacamento não remunerado prevista na alínea e) do artigo 39.º do estatuto beneficia das prestações do presente regime até à sua demissão compulsiva, desde que suporte a totalidade das contribuições, calculada sobre o vencimento de base actualizado, correspondente ao seu escalão e grau, tal como referido na alínea d) do artigo 39.º do estatuto.

2. O funcionário em licença sem vencimento nos termos do artigo 40.º do estatuto que não se encontre segurado em função de outro inscrito no presente regime apenas continuará a beneficiar destas prestações no caso de provar não poder ser coberto por outro regime público e desde que suporte as contribuições necessárias para a cobertura dos riscos. Nesse caso, deverá suportar metade das contribuições no primeiro ano de licença sem vencimento e a totalidade no restante período de licença sem vencimento. As contribuições são calculadas sobre o vencimento de base actualizado do funcionário correspondente ao seu escalão e grau.

3. O funcionário em situação de interrupção para serviço militar, nos termos do artigo 42.º do estatuto, não beneficia das prestações do presente regime; todavia, as pessoas seguradas em função do funcionário nessa situação manter-se-ão beneficiárias nas seguintes condições:

- a) na situação referida no segundo parágrafo do artigo 42.º do estatuto, sem que o funcionário tenha de pagar qualquer contribuição;
- b) na situação referida no terceiro parágrafo do artigo 42.º do estatuto, desde que o funcionário pague a sua contribuição, calculada sobre o vencimento de base actualizado, correspondente ao seu escalão e grau.

4. A contribuição do funcionário que tenha perdido o direito a beneficiar de remuneração por força dos artigos 60.º e 88.º do Estatuto será calculada sobre o vencimento de base actualizado, correspondente ao seu escalão e grau.

5. Os titulares de uma pensão de sobrevivência decorrentes da morte de uma das pessoas referidas nos pontos 3, 11, 12 e 13 do artigo 2.º da presente regulamentação beneficiam das prestações do presente regime, desde que paguem a sua contribuição, calculada sobre a sua pensão de base e desde que não possam ser cobertas contra os mesmos riscos por outro regime público.

6. Os agentes temporários chamados a prestar serviço militar e cujo contrato não tenha sido rescindido nos termos do artigo 48.º do regime aplicável aos outros agentes não beneficiam das prestações do presente regime; todavia, os segurados em função desse agente permanecerão beneficiários, desde que o agente pague a sua contribuição, calculada sobre o vencimento de base actualizado, correspondente ao seu escalão e grau.

7. As pessoas referidas no ponto 12 do artigo 2.º da presente regulamentação beneficiam das prestações do presente regime durante a vigência do direito ao subsídio transitório previsto no seu regime pecuniário, desde que paguem a contribuição, calculada sobre o subsídio de base, e não possam ser

cobertas contra os mesmos riscos por outro regime público.

8. As pessoas referidas no ponto 13 do artigo 2.º da presente regulamentação beneficiam das prestações do presente regime, desde que paguem a sua contribuição, calculada sobre a pensão de base, e não possam ser cobertas contra os mesmos riscos por outro regime público.

9. As pessoas referidas no ponto 4 do artigo 3.º da presente regulamentação continuam a beneficiar, durante um período de um ano no máximo, da cobertura prevista pelo presente regime a título de segurados através do inscrito por intermédio do qual obtinham o benefício dos referidos reembolsos; esta cobertura não obriga ao pagamento de qualquer contribuição. O período acima referido começa a decorrer quer a partir da data em que o divórcio se torne definitivo quer a partir da data em que se perde a qualidade de filho a cargo ou de pessoa equiparada a filho a cargo.

Artigo 5.º **Inscrição obrigatória noutro regime** **de seguro de doença**

Sempre que um funcionário ou agente temporário seja colocado num país onde, por força da legislação nacional, fique sujeito a um regime de seguro obrigatório de riscos de doença, as cotizações devidas serão integralmente pagas por conta do orçamento da instituição de que dependa o interessado, sendo, em tal caso, aplicável o artigo 6.º da presente regulamentação.

Artigo 6.º

Modalidades de aplicação do n.º 4 do artigo 72.º do estatuto

1. Sempre que um inscrito ou uma pessoa segurada em função do inscrito esteja habilitado a exigir reembolso de despesas ao abrigo de um outro seguro de doença obrigatório, deve:

- a) declarar tais despesas junto do serviço de liquidação;
- b) requerer, ou, se for caso disso solicitar que seja requerido prioritariamente o reembolso garantido pelo outro regime;
- c) anexar, a cada pedido de reembolso apresentado ao abrigo do presente regime, uma lista e documentação comprovativa dos reembolsos que o inscrito ou a pessoa segurada através do mesmo obtiveram ao abrigo do outro regime.

2. Sempre que a totalidade dos reembolsos de que pudesse beneficiar o inscrito ou uma pessoa segurada em função do inscrito exceda a totalidade das somas reembolsáveis ao abrigo do presente regime, a respectiva diferença será deduzida do montante a reembolsar ao abrigo do presente regime, salvo no que se refere aos reembolsos obtidos ao abrigo de um seguro de doença complementar privado destinado a cobrir a parte das despesas não reembolsável pelo presente regime.

Artigo 7.º

Exclusão de reembolso de certas despesas

1. Sempre que, na sequência do exame médico para contratação, um agente temporário seja privado e excluído do direito ao reembolso de certas despesas,

nos termos do segundo parágrafo do artigo 28.º do regime aplicável aos outros agentes, o resultado do mesmo será comunicado ao médico assessor do serviço de liquidação; o médico assessor indicará quais as prestações que correspondem a despesas não reembolsáveis.

2. Decorridos dois anos sobre a data de contratação do agente temporário, a autoridade habilitada a celebrar contratos de trabalho em nome da instituição de que dependa o interessado pode anular a decisão daquela exclusão, se, segundo o parecer do médico assessor da instituição, a doença ou enfermidade não tiver reaparecido ou não tiver manifestado consequências especiais no decurso desse período.

Artigo 8.º **Reembolsos especiais**

1. Sempre que as despesas declaradas se referirem a tratamentos prestados ao inscrito ou a uma pessoa segurada em função do inscrito num país onde o custo da assistência médica for particularmente elevado e a fracção das despesas não reembolsada pelo regime imponha um pesado encargo ao inscrito, pode ser atribuído um reembolso especial com base no parecer do médico assessor dos serviços de liquidação competentes que aprecia o custo dos tratamentos médicos, quer por decisão da autoridade investida do poder de nomeação da instituição a que pertence o interessado, quer por decisão do referido serviço de liquidação, se para tal tiver sido designado por essa autoridade.

O disposto no parágrafo anterior não se aplica aos inscritos cobertos pelo seguro complementar de doença previsto no artigo 24.º do anexo X do estatuto.

2. Sempre que a fracção não reembolsável das despesas

abrangeadas pelo âmbito de aplicação das tabelas anexas à presente regulamentação e declaradas pelo inscrito em seu nome ou em nome de pessoas seguradas em função dele for superior, durante um período de doze meses, a metade da média do vencimento-base mensal, da pensão, ou, quanto aos inscritos referidos nos pontos 3, 5, 6, 7, 8, 12, 17, 18, 19 e 20 do artigo 2.º da presente regulamentação, do subsídio recebido durante o mesmo período, o reembolso especial previsto no n.º3 do artigo 72.º do estatuto é determinado do seguinte modo:

a fracção não reembolsável das despesas acima referidas que exceda metade da média do vencimento-base mensal, da pensão, ou do subsídio será reembolsada:

- em 90% sempre que se trate de um inscrito relativamente ao qual não exista outro segurado;
- em 100% nos restantes casos.

3. No caso de inscritos referidos nos n.ºs 1, 2, 3, 4 e 6 do artigo 4.º da presente regulamentação que já não têm direito a vencimento, a base de reembolso especial é calculada com base em metade do último vencimento de base mensal recebido; no caso de inscritos referidos nos pontos 3, 5, 6 e 7 do artigo 2.º da presente regulamentação que já não têm direito a subsídio, a base de reembolso especial é calculada sobre metade do último subsídio mensal recebido.

4. Sempre que o inscrito o solicitar, o coeficiente corrector do seu local de afectação ou do seu local de residência, no que se refere aos beneficiários de pensão ou subsídio, será aplicado ao vencimento mensal de base, à pensão ou ao subsídio referidos nos n.ºs 1, 2 e 3.

5. A decisão relativa a qualquer pedido de reembolso

especial é tomada:

- quer pela autoridade investida do poder de nomeação da instituição de que depende o interessado, com base no parecer do serviço de liquidação emitido em conformidade com os critérios gerais adoptados pelo Comité de Gestão após consulta do Conselho Médico, relativos ao carácter eventualmente excessivo das despesas declaradas;
- quer pelo Serviço de Liquidação, com base nos mesmos critérios, se o referido serviço tiver sido designado para o efeito por essa autoridade.

Artigo 9.º

Livre escolha do médico e do estabelecimento de saúde

1. Os beneficiários do presente regime têm liberdade de escolha do médico e dos estabelecimentos de saúde.
2. As instituições esforçam-se, na medida do possível, por negociar com os representantes do corpo médico e/ou autoridades, associações e estabelecimentos competentes, acordos que fixem percentagens aplicáveis aos beneficiários tendo em conta as condições locais e, se as houver, as tabelas já em vigor, tanto relativamente aos serviços médicos como aos serviços hospitalares.

Artigo 10.º

Subsídio para despesas de funeral

Beneficiam de subsídio para despesas de funeral, cujo montante é fixado no anexo I:

- a) o inscrito, no caso de falecimento de uma pessoa segura em função de si próprio ou de um

filho nado-morto;

- b) em caso de falecimento do inscrito: o respectivo cônjuge, filhos ou, na falta destes, qualquer outra pessoa que comprove o pagamento das despesas funerárias.

Artigo 11.º **Procedimentos**

1. Pedidos de autorização prévia

Sempre que, por força da presente regulamentação, o reembolso das despesas só possa ser efectuado mediante autorização prévia, a decisão é tomada pela autoridade investida do poder de nomeação, ou pelo serviço de liquidação por esta designado, de acordo com o procedimento seguinte:

- a) o pedido de autorização prévia, acompanhado de uma receita e/ou de um orçamento do médico assistente será apresentado pelo inscrito ao serviço de liquidação que, se for caso disso, deve submetê-los à apreciação do seu médico assessor; nesse caso, o médico assessor transmite o seu parecer ao serviço de liquidação no prazo de duas semanas;
- b) o Serviço de Liquidação delibera sobre o pedido, se tiver sido designado para o efeito, ou transmite para decisão o seu parecer, além do médico assessor, se for caso disso, à autoridade investida do poder de nomeação, devendo o inscrito ser imediatamente informado da decisão;
- c) os pedidos de reembolso de despesas resultantes de prestações sujeitas a autorização não serão tidos em consideração se a autorização não tiver sido pedida antes das prestações. E

admissível uma excepção em casos de urgência justificada medicamente e como tal reconhecida pelo médico assessor do serviço de Liquidação.

2. Pedidos de reembolso

Os perdidos devem ser apresentados pelos inscritos aos serviços de liquidação em formulários uniformizados, contendo em anexo os documentos comprovativos originais; em caso de pedidos de reembolso complementar previstos no artigo 6.º da presente regulamentação, é necessário juntar uma cópia da factura original paga.

3. Todavia, sob reserva do disposto no n.º 4 do artigo 3.º da presente regulamentação, o cônjuge divorciado pode apresentar, directamente, para si e, eventualmente, para os filhos a seu cargo, os pedidos de autorização prévia e de reembolso das despesas nas mesmas condições que as que constam dos n.ºs 1 e 2 do presente artigo.

Artigo 12.º **Sub-rogação**

Sempre que a causa de um acidente ou doença seja imputável a terceiros, as Comunidades ficam, dentro dos limites das obrigações que para elas resultem da presente regulamentação, sub-rogadas de pleno direito à vítima, ou pessoas que dela dependam, nas suas acções contra o terceiro responsável, nos termos do artigo 85.º-A do estatuto.

Artigo 13.º **Prescrição**

1. Salvo caso de força maior devidamente estabelecido, o inscrito perde o direito às prestações quando não tiver pedido o reembolso das despesas declaradas para ele próprio ou para uma

pessoa segurada em função de si próprio durante o período de doze meses a seguir ao semestre civil durante o qual as prestações foram concedidas.

2. Os pedidos de reembolso especial referidos no n.º 2 do artigo 8.º 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.

Artigo 14.º **Reclamação do indevido**

Qualquer soma indevidamente cobrada pode ser reclamada caso o beneficiário tenha tido conhecimento da irregularidade do seu pagamento ou caso esta evidência tenha sido de ordem a impedir o seu desconhecimento.

Artigo 15.º **Fraude**

Sem prejuízo do artigo 14.º da presente regulamentação, o inscrito que fraudulentamente tenha recebido ou tentado receber prestações para si ou para pessoa segurada em função de si próprio perde automaticamente o direito às mesmas, ficando sujeito a sanções disciplinares.

Artigo 16.º **Vias de recurso**

1. Qualquer pessoa a que se refere a presente regulamentação dispõe das vias de recurso previstas nos artigos 90.º e 91.º do estatuto, ou, no caso dos inscritos referidos nas alíneas 15) et 16) do artigo 2.º da presente regulamentação, nos artigos 43.º e 44.º dos regulamentos (CECA, CEE, Euratom) n.º 1859/76 e

1860/76.

2. Antes de tomar qualquer decisão sobre uma reclamação apresentada com base do n.º 2 do artigo 90.º do estatuto ou no n.º 2 do artigo 43.º dos regulamentos (CECA, CEE, Euratom) n.ºs 1859/76 e 1860/76 a autoridade investida do poder de nomeação ou, conforme o caso, o conselho de administração deve solicitar parecer ao Comité de Gestão.

O Comité de Gestão pode encarregar o seu presidente¹ de tomar medidas que permitam obter informações complementares. Sempre que o conflito seja de natureza médica, o Comité de Gestão pode, antes de se pronunciar, solicitar o parecer de um médico perito, ficando as despesas de peritagem a cargo do regime comum.

O Comité de Gestão deve pronunciar-se dentro de um prazo de dois meses a contar da data de recepção do pedido de parecer, devendo este ser transmitido simultaneamente à autoridade e ao interessado.

Na falta de parecer do Comité de Gestão dentro do referido prazo, a autoridade investida do poder de nomeação ou, conforme o caso, o conselho de administração pode adoptar a decisão.

CAPÍTULO II
ORGANIZAÇÃO DO REGIME

Artigo 17.º
Órgãos

O funcionamento do presente regime é assegurado por um comité de gestão, por um serviço central, por serviços de liquidação e por um conselho médico.

Artigo 18.º
Comité de Gestão

1. O Comité de Gestão é composto pelos dezoito membros titulares a saber:

- quatro representantes da Comissão, designados pela autoridade investida do poder de nomeação;
- um representante de cada uma das outras instituições, designado pela respectiva autoridade investida de poder de nomeação;
- quatro representantes do pessoal da Comissão, designados pelo respectivo Comité Central do Pessoal;
- um representante do pessoal de cada uma das outras instituições, designado pelo respectivo Comité do Pessoal.

2. São designados igualmente dezoito membros suplentes, em condições idênticas às indicadas no n.º 1.

3. Os mandatos dos membros titulares e dos membros suplentes cobrem um período de dois anos e são renováveis.

4. Cada membro titular ou, na sua ausência, o membro suplente dispõe de voto deliberativo.

5. O Comitê de Gestão adota o seu regulamento interno por uma maioria de dois terços dos votos dos membros com direito a voto deliberativo.

O regulamento interno prevê as regras de aplicação relativas, nomeadamente:

- à eleição do presidente,
- à organização, convocação e periodicidade das reuniões,
- à designação eventual de um comitê de preparação de reuniões.

6. E da competência do Comitê de Gestão:

- a) velar pela aplicação sistemática da presente regulamentação e dirigir às instituições qualquer sugestão ou recomendação útil para o efeito;
- b) examinar a situação financeira do presente regime e dirigir às instituições qualquer sugestão ou recomendação útil para o efeito;
- c) elaborar um relatório anual pormenorizado da situação financeira do presente regime e enviá-lo até 1 de Julho às instituições e respectivos comitês do pessoal;
- d) se for caso disso, propor ou recomendar às administrações das instituições as regras de aplicação da presente regulamentação e todas as medidas necessárias ao bom funcionamento do presente regime, assim como apresentar propostas quanto ao montante do fundo de maneiço dos serviços de liquidação necessário para as

operações diárias;

- e) emitir pareceres nos casos referidos pela presente regulamentação;
- f) se for caso disso, emitir parecer sobre todas as questões directa ou indirectamente relacionadas com a aplicação das disposições estatutárias em matéria de cobertura dos riscos de doença;
- g) emitir parecer sobre o nível das contribuições e prestações previstas, nomeadamente no caso de variação sensível nos custos dos cuidados médicos.

7. Os trabalhos do Comité de Gestão são secretos.

Artigo 19.º **Serviço central**

- 1. O serviço central depende da Comissão.
- 2. E da competência do serviço central:
 - a) coordenar e controlar os trabalhos assegurados pelos serviços de liquidação;
 - b) assegurar a aplicação uniforme das regras de liquidação das prestações;
 - c) secretariar o Comité de Gestão;
 - d) proceder a todos os estudos estatísticos ou análises necessários ao bom funcionamento do presente regime, a fim de permitir ao Comité de Gestão ter uma visão exacta da importância, repartição e evolução dos riscos cobertos e emitir o parecer previsto no n.º 6, alínea g), do artigo 18.º da presente regulamentação.

Artigo 20.º
Serviços de liquidação

1. Os serviços de liquidação são criados ou extintos pela Comissão sempre que esta o julgue necessário tendo em conta, nomeadamente, os lugares de afectação dos funcionários.

A criação ou extinção de um serviço de liquidação junto de outra instituição só pode efectuar-se com o acordo desta última e ouvido o parecer do Comité de Gestão.

2. A cada serviço de liquidação estarão affectos médicos e dentistas assessores que têm a seu cargo as tarefas decorrentes da presente regulamentação.

O cargo de médico assessor affecto aos serviços de liquidação é incompatível com o de médico assessor de uma instituição.

3. É da competência dos serviços de liquidação:

- a) receber e liquidar os pedidos de reembolso das despesas apresentadas pelos inscritos nele registados e efectuar os correspondentes pagamentos;
- b) solicitar o parecer do médico-assessor o qual pode, se for caso disso, recolher o parecer do médico-assessor da Instituição em causa, nos casos previstos na presente regulamentação bem como quando forem levantadas pelo Comité de Gestão ou pelo serviço central questões de natureza médica relativas à liquidação de prestações;
- c) instruir os processos de pedido de autorização prévia e, caso se justifique, dar seguimento aos mesmos;

- d) emitir os pareceres previstos na presente regulamentação;
- e) secretariar os médicos assessores.

4. Os agentes afectados aos serviços de liquidação e ao serviço central estão sujeitos ao segredo médico no que diz respeito às despesas e/ou documentos de que tiverem conhecimento durante o exercício das suas funções nos referidos serviços.

Artigo 21.º **Registo**

1. Os beneficiários são registados, por um lado, no serviço central e, por outro, num serviço de liquidação.

2. Os beneficiários que residam num país em que tenha sido criado um serviço de liquidação serão, em princípio, registados nesse serviço.

Os beneficiários que residam num país em que não tenha sido criado qualquer serviço de liquidação ficarão registados num serviço de liquidação a designar pelo serviço central.

Artigo 22.º **Conselho Médico**

O Comité de Gestão é assistido por um conselho médico, composto por um médico assessor de cada instituição e pelos médicos assessores de cada serviço de liquidação.

O Conselho Médico pode ser consultado pelo Comité de Gestão ou pelo serviço central, sobre todas as questões de natureza médica susceptíveis de surgir no âmbito do presente regime. O Conselho Médico reúne

a pedido do Comité de Gestão ou do serviço central ou a pedido de um dos médicos assessores dos serviços de liquidação e emite o seu parecer no prazo que lhe for indicado.

CAPÍTULO III DISPOSIÇÕES FINANCEIRAS

Artigo 23.º Contribuições

1. As instituições e os órgãos interessados depositam todos os meses na Comissão as respectivas contribuições bem como as dos inscritos, o mais tardar oito dias após o pagamento das remunerações e pensões ou, relativamente aos inscritos a que se referem os pontos 3, 5, 6, 7, 8, 12, 17, 18, 19 e 20 do artigo 2.º, ao pagamento dos subsídios.

2. O montante das contribuições das instituições e órgãos em questão e dos inscritos é fixado respectivamente em 3,40% e 1,70% dos vencimentos-base que constam do artigo 66.º do estatuto, das pensões de base ou dos subsídios previstos no n.º1.

Artigo 24.º Ordem de pagamento e verificação

Os pagamentos a efectuar pelos serviços de liquidação são ordenados e controlados pela Comissão de acordo com as disposições constantes do regulamento financeiro aplicável ao orçamento geral das comunidades europeias.

Artigo 25.º Conta especial

A Comissão inscreve numa conta especial, não orçamentada e intitulada «Regime de seguro de doença das Comunidades Europeias»:

- o montante das contribuições que lhe são pagas, repartido por subcontas, à razão de uma por

instituição;

- o montante dos pagamentos efectuados, repartido pelas subcontas referidas anteriormente conforme a natureza dos cuidados dispensados e segundo um plano contabilístico adoptado pela Comissão após parecer do Comité de Gestão.

Artigo 26.º

Situações trimestrais de tesouraria

1. A Comissão verifica, por instituição, o mais tardar até 30 dias após o fim de cada trimestre, a situação trimestral de tesouraria eventualmente acumulada, dos resultados contabilísticos das receitas e despesas no período decorrido, bem como a do ano ou anos financeiros anteriores, segundo as indicações que lhe são fornecidas pelo Comité de Gestão.

2. As situações trimestrais de tesouraria, tal como repartidas pelos diferentes serviços de liquidação e reveladoras da sua situação contabilística, são transmitidas pela Comissão, o mais tardar até seis semanas após o fim de cada trimestre, ao Comité de Gestão e às outras instituições.

Artigo 27.º

Equilíbrio financeiro

As prestações fornecidas ao abrigo do presente regime devem ser equilibradas financeiramente, por períodos de três anos, com as contribuições das instituições e dos inscritos.

Artigo 28.º

Défice

1. Sempre que a situação contabilística revele, em relação ao conjunto das instituições, um défice que comprometa o equilíbrio financeiro do presente regime, tal défice é coberto pelos excedentes referidos no artigo 29.º da presente regulamentação.

2. Se os referidos excedentes forem insuficientes para cobrir aquele défice, o Comité de Gestão deve submeter com urgência o assunto à apreciação das instituições que, após parecer do Comité do Estatuto, decidem das medidas a tomar para restabelecer o equilíbrio financeiro.

Artigo 29.º

Excedentes

1. Sempre que a situação contabilística dos serviços de liquidação revele um excedente, a Comissão pode inscrever esse excedente numa cõta especial não orçamentada, sob o título de «Excedentes do regime de seguro de doença das Comunidades Europeias».

Tais excedentes destinam-se a cobrir um eventual aumento dos riscos.

2. A Comissão, após parecer do Comité de Gestão, investe os referidos excedentes nas melhores condições que se apresentem, tendo em conta as necessidades dos serviços de liquidação em matéria de fundos de maneiio.

A Comissão informa de seis em seis meses as outras instituições, assim como o Comité de Gestão, dos montantes assim investidos e das condições do seu investimento.

Os juros sobre os referidos investimentos são

lançados a crédito da conta especial referida no artigo 25.º

3. Sempre que os excedentes constituídos durante um período de três anos ascenderem a um montante correspondente a 20% da média aritmética das despesas acumuladas referentes ao mesmo período, as instituições examinam, após parecer do Comité de Gestão e do Comité do Estatuto, a oportunidade ou não de reduzir as contribuições das instituições e dos inscritos

4. O montante dos excedentes dos serviços de liquidação deve constar no passivo do balanço financeiro da Comissão sob a rubrica «Regime de seguro de doença das Comunidades Europeias».

CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 30.º Revisão

1. A presente regulamentação pode ser revista, nas condições previstas no n.º 1 do artigo 72.º do estatuto, sob proposta de uma instituição ou de um Comité de Pessoal.

2. Qualquer proposta de revisão da regulamentação será objecto de parecer do Comité de Gestão.

Artigo 31.º

É revogada a regulamentação relativa à cobertura dos riscos de doença dos funcionários das Comunidades Europeias, com a última redacção que lhe foi dada em 1 de Junho de 1984.

Artigo 32.º

A presente regulamentação entra em vigor no primeiro dia do mês seguinte àquele em que o comum acordo das instituições previsto no n.º 1 do artigo 72.º do estatuto for verificado pelo presidente do Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias.

A presente regulamentação é aplicável a partir de 1 de Janeiro de 1986. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ As disposições dos artigos 2º, 3º, 4º, 8º, e 23º do anexo I, dos pontos III, IV, VI, IX, X, XI, XII, XIV e XV do anexo III e do novo anexo IV, alteradas ou aditadas em 5 de Dezembro de 1990 são aplicáveis a partir de 1 de Janeiro de 1991.

ANEXO I

NORMAS PARA O REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS

O reembolso das despesas médicas será efectuado dentro dos limites e nas condições que a seguir se indicam:

I - CONSULTAS E VISITÁS

Os honorários relativos a consultas e visitas médicas são reembolsados em 85%, com um máximo reembolsável de:

1) Médicos generalistas

- | | |
|---|---------|
| a) Consulta no consultório médico | 682 FB |
| b) Visita ao domicílio do doente | 710 FB |
| c) Visita nocturna, visita em domingos e feriados e visitas de urgência, definidas de acordo com os usos locais | 1143 FB |

2) Médicos especialistas

- | | |
|--|----------|
| a) Consulta no consultório médico | 1 072 FB |
| b) Visita ao domicílio do doente | 1 470 FB |
| c) Visita nocturna, visita aos domingos e feriados e visita de urgência, definida de acordo com os usos locais | 1 565 FB |
- 3) Exame psicológico praticado no âmbito de um tratamento médico 4 045 FB

Sempre que além dos honorários o médico puder pedir uma importância pela sua deslocação ao domicílio do doente, ou quando o beneficiário tiver de chamar um médico estabelecido fora do seu local de afectação, residência ou estada, as despesas de deslocação são reembolsadas em 85% num limite de 20 Km, ida e volta.

II - INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS

Estas despesas são reembolsadas em 85% e dentro de limites fixados por intervenção, no montante máximo reembolsável de:

11 390 BFR para a categoria AA
22 780 BFR para a categoria AB
26 180 BFR para a categoria B
75 616 BFR para a categoria C
99 080 BFR para a categoria D

Do anexo II consta uma lista das intervenções cirúrgicas repartidas por categoria.

Qualquer intervenção cirúrgica não mencionada nessa lista é equiparada à intervenção cirúrgica que nela figurar que, de acordo com o parecer do médico assessor do serviço de liquidação, lhe for comparável.

As intervenções de cirurgia plástica estão sujeitas a autorização prévia do serviço de liquidação, após parecer do médico assessor.

As intervenções de cirurgia plástica, consideradas como puramente estéticas não objecto de qualquer reembolso.

As despesas das intervenções cirúrgicas compreendem unicamente os honorários cirúrgicos; as despesas de anestesia, de sala de operações, de sala de gessos, de pensos, e despesas ocasionadas por quaisquer

outros cuidados relativos a intervenções cirúrgicas de qualquer categoria são reembolsadas em 85%, dentro dos limites previstos para cada prestação.

No caso de uma intervenção cirúrgica muito importante, as despesas apresentadas são reembolsadas em 85% após parecer do médico assessor do serviço de liquidação.

III - HOSPITALIZAÇÃO

Em caso de intervenção cirúrgica ou em caso de hospitalização, as despesas de estadia são reembolsadas em 85%, com um montante máximo reembolsável de, respectivamente, 4 127 BFR e de 3 459 BFR por dia.

As despesas de estada compreendem a diária, o serviço e as taxas.

2. As despesas de intervenção cirúrgica, tal como especificadas no ponto II, as despesas de sala de operações, de sala de gessos, de pensos e as despesas ocasionadas por quaisquer outros cuidados relativos à intervenção cirúrgica, os honorários médicos pelas visitas e consultas, as análises e exames laboratoriais, as pesquisas radiológicas, os medicamentos e outras prestações para diagnóstico ou tratamento são reembolsados separadamente, de acordo com as disposições relativas ao reembolso de cada uma destas categorias de despesas. Se, num centro hospitalar, o preço fixo de cada dia de hospitalização compreender as despesas de estada referidas no segundo parágrafo do n.º 1, bem como a totalidade ou parte das despesas acima enumeradas, o reembolso será efectuado a 85%.

3. Pode ser concedido excepcionalmente um reembolso de 85%, com um montante máximo de 1 535 BFR por dia, após parecer do médico assessor do serviço de

liquidação, para as despesas de estada de um familiar que, por conselho do médico assistente, acompanhe um beneficiário hospitalizado que, pela sua idade e/ou pela natureza da doença, necessite de assistência familiar especial.

4. Não é considerada hospitalização a estada num estabelecimento que não disponha de infra-estruturas médico-técnicas e logísticas pluridisciplinares, bem como de o pessoal médico e paramédico numa proporção de, pelo menos, 10% dos doentes internados.

As despesas de estada num estabelecimento de saúde e/ou de repouso reconhecido pelas autoridades competentes e com uma infra-estrutura médica/paramédica para assistência a pessoas idosas e/ou deficientes serão reembolsadas a 85% até um montante máximo de 815 BFR por dia, após parecer favorável do médico assessor, baseado num relatório periódico pormenorizado do médico assistente justificando a necessidade do internamento.

As despesas de estada que excedam o montante de 960 BFR por dia não serão tidas em conta para o cálculo previsto no artigo 8.º, nem em caso de eventual aplicação do ponto IV do presente anexo.

As despesas médicas propriamente ditas efectuadas neste estabelecimento serão facturadas e reembolsadas separadamente nas condições previstas na regulamentação.

IV - CASOS ESPECIAIS

1. Em caso de tuberculose, poliomielite, cancro, doenças mentais e outras doenças reconhecidas como de gravidade comparável pela autoridade investida do poder de nomeação, as despesas são reembolsadas a 100%.

Todavia, os montantes a reembolsar em qualquer destes

casos por prestações referidas no n.º 1, segundo parágrafo, do ponto VI, n.º 1, alínea a), do ponto XI, nas subdivisões E e F do ponto XII, na subdivisão A, e nos n.ºs 2 e 3 da subdivisão B do anexo III e, por último, no n.º 2 do ponto B do anexo IV não podem exceder um montante igual ao dobro do montante máximo previsto nas disposições anteriormente citadas.

Os montantes a reembolsar pelas prestações referidas no n.º 3 do ponto III, no ponto VI, no n.º 3, primeiro e quarto parágrafos, do ponto VIII, no ponto X, no n.º 1, alínea b), do ponto XI, no ponto XII B e na subdivisão B, n.º 1 do anexo III não podem exceder os montantes máximos previstos na regulamentação.

Qualquer pedido destinado ao reconhecimento previsto no parágrafo anterior deve ser dirigido ao serviço de liquidação acompanhado do relatório do médico assistente do interessado.

A decisão é tomada pela autoridade investida do poder de nomeação ou pelo serviço de liquidação competente, se este tiver sido designado para o efeito pela referida autoridade, após parecer do médico assessor do serviço, emitido com base em critérios gerais definidos pelo Conselho Médico.

Os reembolsos previstos a 100% não se aplicam aos casos de doença profissional ou de acidente que tenham conduzido à aplicação das disposições do artigo 73.º do estatuto.

2. As despesas relativas a exames de rastreio, desde que organizadas ou efectuadas por centros aprovados pela Comissão, são reembolsadas a 100%.

V - PRODUTOS FARMACÊUTICOS

As despesas relativas a produtos farmacêuticos receitados pelo médico são reembolsadas em 85%. Em caso de renovação prevista pela receita médica, o produto adquirido dentro de um prazo de seis meses a contar da data da receita médica é objecto de um reembolso em 85%.

As águas minerais, os vinhos e licores tónicos, os alimentos para lactente, os produtos capilares, cosméticos, dietéticos e higiênicos, os irrigadores e termómetros, tisanas, produtos aromáticosoterapêuticos, bem como os produtos e instrumentos análogos, não são considerados produtos farmacêuticos.

Todavia, se medidas dietéticas derivadas do estado patológico de um lactente ou de uma criança obrigarem o inscrito a despesas suplementares, estas são reembolsadas nas condições previstas no primeiro parágrafo, desde que relativas à compra de produtos dietéticos assimiláveis, neste caso, a um medicamento indispensável à sobrevivência.

VI - TRATAMENTOS DENTÁRIOS, PRÓTESES DENTÁRIAS E ORTODONTIA

1. As despesas com tratamentos dentários referentes a obturações, extracções, apsectomia, frenectomia, remoção do tártaro e radiografia são reembolsadas nas condições previstas na tabela constante do ponto A do anexo III. As despesas com tratamentos dentários não constantes da referida lista serão reembolsadas a 80%, após parecer do médico assessor.

As despesas de parodontose são reembolsadas a 80%, com um máximo de 12 000 BFR por sextante, mediante autorização prévia concedida após parecer do dentista assessor.

2. As despesas com próteses dentárias serão

reembolsadas nas condições previstas na tabela constante do ponto B do anexo III.

3. As despesas resultantes de tratamento ortodôntico serão reembolsadas a 80% até ao montante de 79 500 BFR por filho a cargo, desde que tenha sido concedida autorização prévia após eventual parecer do dentista assessor do serviço de liquidação, com base no orçamento apresentado pelo estomatologista. Este montante cobre todo o tratamento referente a uma boca. A idade máxima autorizada para o início do tratamento é de 18 anos.

A título excepcional, poderá ser obtido o reembolso das despesas de um segundo tratamento, mediante autorização prévia concedida após parecer do médico ou dentista assessor, com base num orçamento e relatório pormenorizado, justificando a necessidade absoluta do tratamento, a elaborar pelo estomatologista.

VII - RADIOLOGIA, ANÁLISES, EXAMES DE LABORATÓRIO E OUTROS MEIOS DE DIAGNÓSTICO

Estas despesas são reembolsadas em 85%.

VIII - PARTOS

Em caso de parto normal, os honorários médicos, de assistência de parteira e de anestesia são reembolsados em 100%, com um montante máximo reembolsável de 26 000 FB.

As despesas de sala de partos, de assistência de cinesista, assim como as outras despesas relativas a prestações directamente ligadas ao parto são reembolsadas separadamente em 100%.

Em caso de parto gemelar, o montante máximo reembolsável é aumentado de 50%. Em caso de parto distócico obrigando a prestações obstétricas especiais, a uma intervenção cirúrgica ou a uma hospitalização prolongada devida a complicações pós-parto, as despesas atrás mencionadas são reembolsadas dentro dos limites de 100%, após parecer do médico assessor do serviço de liquidação e de acordo com as tabelas previstas para as intervenções cirúrgicas, a hospitalização e os cuidados especiais.

Em todos os casos de parto as despesas de estada num estabelecimento hospitalar são reembolsadas de acordo com as disposições do ponto III com um montante máximo reembolsável de 4 556 BFR por dia; salvo em caso de complicações, as despesas de estada num estabelecimento hospitalar para além de dez dias não dão direito a reembolso.

Em caso de parto em casa, o presente regime toma a cargo 100% das despesas de enfermagem durante 10 dias; a tomada a cargo pode ser prolongada em caso de complicações.

A fórmula «parto distócico obrigando a prestações obstétricas especiais» cobre todos os partos não normais.

IX - FISIOTERAPIA, CINESITERAPIA E TRATAMENTOS EQUIPARÁVEIS: APARELHOS PARA TRATAMENTOS MÉDICOS

1. As despesas relativas aos tratamentos enumerados nos pontos A e B do anexo IV prescritos por um médico (no caso da psicoterapia e tratamentos semelhantes, por um psiquiatra, neuropsiquiatra ou neurologista) serão reembolsadas a 80%, desde que sejam efectuados por uma pessoa profissionalmente habilitada. O anexo IV fixa igualmente a quantidade máxima de sessões reembolsáveis num período de doze meses. A título excepcional e mediante apresentação de um certificado

médico devidamente fundamentado, pode ser reembolsada uma maior quantidade de sessões.

Os tratamentos constantes do ponto B do anexo IV são igualmente sujeitos a autorização prévia, após parecer do médico assessor.

2. As despesas resultantes da utilização de aparelhos para tratamentos médicos serão reembolsadas a 80%, mediante autorização prévia.

X - PRESTAÇÕES DE AUXILIARES MÉDICOS E ENFERMAGEM

1. As despesas resultantes dos serviços prestados por auxiliares médicos serão reembolsadas a 80%, sob condição de terem sido prescritos pelo médico assistente e desempenhados por uma pessoa legalmente autorizada a exercer a profissão.

2. a) As despesas de enfermagem pós-operatória em meio hospitalar, prescrita pelo médico assistente são reembolsáveis em 80%, mediante autorização prévia concedida após parecer do médico assessor do serviço de liquidação, até aos limites máximos de 2 415 BFR por serviço diurno ou noturno e de 3 459 BFR por guarda de 24 horas/dia.

b) As despesas de enfermagem de guarda a domicílio que seja indispensável após uma hospitalização, prescrita pelo médico assistente, são reembolsadas em 80%, mediante autorização prévia concedida após parecer do médico assessor do Serviço de Líquidação, até ao limite máximo de 2 415 BFR por serviço diurno ou noturno, durante um período máximo de 45 dias; em caso de necessidade absoluta devidamente fundamentada pelo médico assistente e mediante autorização prévia concedida após parecer do médico assessor do Serviço de Liquidação, pode ser concedido um prolongamento com o mesmo limite máximo por serviço diurno ou noturno, por um período que não

exceda 45 dias. O limite máximo para serviço de enfermagem de guarda pelo período de 24 horas é de 3 000 BFR.

c) As despesas de enfermagem de guarda ao domicílio por prescrição do médico assistente devidamente fundamentada são reembolsadas a 80% por um período máximo de 90 dias, mediante autorização prévia concedida após parecer do médico assessor do Serviço de Liquidação, com um limite máximo de 2 415 BFR por serviço de enfermagem de guarda pelo período de 24 horas.

d) Para além dos períodos mencionados nas alíneas b) e c) poderá ser concedido um montante mensal para prestações de enfermagem de guarda, mediante prescrição devidamente fundamentada do médico assistente, após autorização prévia e parecer do médico assessor do serviço de liquidação. Pode ser concedido um prolongamento para um período não superior a 12 meses, renovável. O montante reembolsável é fixado em 80% das despesas apresentadas, com um limite máximo igual ao vencimento de base de um funcionário de grau C5, primeiro escalão, em vigor na altura da decisão, diminuído em 10% do vencimento de base ou da pensão do inscrito ou do subsídio do inscrito nos casos referidos nos pontos 3, 5, 6, 7, 8, 12, 17, 18, 19 e 20 do artigo 2.º da presente regulamentação.

e) O serviço de enfermagem de guarda deve ser executado por uma pessoa legalmente habilitada a exercer essas funções.

f) As despesas de deslocação, alojamento e alimentação, ou quaisquer outras despesas acessórias do(a) enfermeiro(a) de guarda não serão reembolsadas.

XI - CURAS

1. As despesas de alojamento (com exclusão das despesas de alimentação) relativas a uma cura prescrita pelo médico assistente, desde que tenha sido considerada estritamente necessária pelo médico assessor do Serviço de Liquidação, tenha sido objecto de autorização prévia e tenha sido efectuada sob controlo médico, serão reembolsadas a 80%, até aos limites abaixo indicados:

a) cura de convalescença ou pós-operatória até vinte e oito dias por ano: montante máximo reembolsável de 1 176 BFR por dia; a autorização poderá ser renovada em caso de recidiva ou nova doença;

b) cura termal até vinte e um dias por ano; montante máximo reembolsável de 815 BFR por dia; as despesas de alojamento relativas à cura não poderão, em caso algum, ser consideradas como despesas de hospitalização;

c) cura para crianças débeis: montante máximo reembolsável de 1 176 BFR por dia; salvo casos excepcionais, o reembolso só será concedido até à idade de 16 anos e por um período máximo de seis semanas por ano.

Excepto no caso das curas referidas na alínea a), o pedido de autorização prévia para uma cura deverá ser apresentado ao Serviço de Liquidação pelo menos seis semanas antes da data prevista para o seu início.

O referido pedido deve vir acompanhado da receita, bem como de um relatório médico circunstanciado justificando a necessidade da cura, e dirigido ao médico assessor do Serviço de Liquidação.

O pedido de reembolso das despesas de alojamento (com exclusão das despesas de alimentação), de tratamento e de assistência médica suportados ao longo da cura

deve apoiar-se num relatório médico elaborado no final da cura, que especifique os tratamentos seguidos e os resultados observados, dirigidos ao médico assessor do Serviço de Liquidação.

2. As despesas de tratamento e assistência médica efectuadas durante a cura serão reembolsadas, de acordo com as taxas e limites máximos previstos para cada prestação.

XII - PRÓTESES POR RECEITA MÉDICA

A. Lentes para óculos

1. As despesas de aquisição de lentes correctoras prescritas por receita médica serão reembolsadas a 85%. As despesas de aquisição de um par de lentes de coloração A (12% de coloração) não correctoras, à excepção das que se destinem unicamente à protecção contra a luz solar, serão igualmente reembolsadas a 85%.

2. Em caso de renovação, o reembolso previsto no n.º 1 só será concedido após um prazo de dezoito meses (doze meses no caso de filhos até 18 anos) a contar da data da última aquisição, excepto no caso de variação das condições de visão, medicamente verificada.

B. Armações de óculos

1. As despesas de aquisição de uma armação para um par de lentes correctoras e de uma armação para lentes de coloração A (12% de coloração) não correctoras são reembolsadas a 85%, com um limite máximo de 2 560 BFR por armação.

2. Em caso de renovação, o reembolso previsto no n.º 1 só será concedido após um prazo de trinta e seis meses (doze meses no caso de filhos até aos 18 anos)

a contar da data da última aquisição.

3. As despesas de reparação das armações dão direito a reembolso se estiverem preenchidas as condições previstas para a renovação das armações; o montante reembolsado para a reparação é deduzido do montante máximo reembolsável em caso de aquisição de nova armação dentro do mesmo prazo.

C. Lentes de contacto

1. As despesas de aquisição de lentes de contacto são reembolsadas a 85% sempre que sejam receitadas por um médico oftalmologista.

2. Em caso de renovação, o reembolso a 85% só será concedido após um período de vinte e quatro meses a contar da data da última aquisição, salvo se houver variação das condições de visão, medicamente verificada.

D. Olhos artificiais

As despesas de aquisição de olhos artificiais são reembolsadas a 85%.

E. Aparelhos auditivos

1. A aquisição e a reparação de um aparelho auditivo receitado por um médico otorrinolaringologista dão direito a um reembolso de 85%, com um montante máximo reembolsável de 37 250 BFR.

2. Em caso de renovação, o reembolso referido no n.º 1 só será concedido após um prazo de cinco anos, salvo em caso de variação das condições audiométricas e prescrição por um médico ORL.

3. As despesas de aquisição de pilhas para um aparelho auditivo são reembolsadas a 85%.

F. Aparelhos ortopédicos, ligaduras e outras próteses

As despesas de aquisição ou de aluguer dos artigos a seguir mencionados, com receita médica, bem como as despesas de reparação dos artigos enumerados nos pontos 3 e 4, são reembolsáveis a 85%:

1. Calçado ortopédico por medida e palmilhas ortopédicas (dois pares por período de doze meses), com um máximo reembolsável de 14 510 BFR por par de sapatos.

2. Ligaduras elásticas - meias para varizes (3 pares por período de doze meses) - outras: por exemplo, cintas de gravidez, joelheiras, pés elásticos, cintas lombares.

3. Membros e segmentos de membros, muletas, bengalas.

4. Cadeiras de rodas e aparelhos auxiliares assimilados, com apresentação de um orçamento.

Todavia, é necessária uma autorização prévia, após parecer do médico assessor do serviço de liquidação, para a aquisição de calçado ortopédico e dos artigos enumerados no ponto 4; o pedido de autorização prévia para o calçado ortopédico deve ser acompanhado de um orçamento.

XIII - DESPESAS DE TRANSPORTE E DESLOCAÇÃO .

1. As despesas de transporte do doente poderão ser reembolsadas em 80% das despesas reais, sob eventual parecer do médico assessor do Serviço de Liquidação, sempre que tal transporte se tenha revestido de carácter urgente ou absoluta necessidade.

2. As despesas de deslocação apresentadas relativamente a tratamentos recebidos fora do local de exercício de funções ou de residência só serão reembolsadas a título excepcional e mediante autorização prévia, concedida sob parecer do médico assessor do Serviço de Liquidação.

XIV - DESPESAS DE FUNERAL

As despesas de funeral previstas no artigo 10.º da regulamentação são reembolsadas até um montante máximo de 94 000 BFR, mediante apresentação de documentos comprovativos.

As despesas que excedam o montante de 94 000 BFR não são tomadas em consideração para o cálculo previsto no artigo 8.º da regulamentação.

XV - DISPOSIÇÕES COMUNS AO REEMBOLSO DAS DIVERSAS PRESTAÇÕES

1. As disposições seguintes são aplicáveis ao reembolso das despesas médicas referidas nos pontos I a XIII.

2. As despesas relativas a prestações não previstas nos anexos da presente regulamentação podem ser reembolsadas a 80%, após parecer do médico assessor do Serviço de Liquidação. Poderão ser fixados montantes máximos reembolsáveis para cada caso, após parecer do Comité de Gestão.

3. As despesas relativas aos tratamentos considerados não funcionais ou não necessários pelo serviço de liquidação, após parecer do médico assessor, não conferem direito a reembolso. A parte das despesas considerada excessiva pelo Serviço de Liquidação, após parecer do médico assessor, não confere direito a reembolso.

4. As consultas de grandes autoridades médicas, reconhecidas necessárias pelo médico assessor do serviço de liquidação, são reembolsadas a 85%, até um montante máximo reembolsável igual ao triplo do previsto para as consultas de especialistas.

A primeira visita de urgência ao domicílio efectuada por uma grande autoridade médica é reembolsada a 85%.

As visitas sucessivas são reembolsadas a 85%, após autorização prévia concedida de acordo com o parecer do médico assessor do serviço de liquidação, até um montante máximo reembolsável igual ao triplo do previsto para as visitas de especialistas ao domicílio.

ANEXO II

LISTA DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS (distribuídas por categorias)

A. CATEGORIA AA (Montante máximo reembolsável: 11 390 BFR)

AA.1 - Cirurgia

1. Incisão de abcesso superficial furúnculo ou panarício subcutâneo
2. Incisão de vários abscessos ou furúnculos
3. Incisão de panarício ósseo ou das aponevroses, com drenagem
4. Incisão de abcesso profundo
5. Incisão de abcesso de Douglas
6. Incisão de fleimão das partes moles ou excisão de antraz
7. Extracção de corpo estranho superficial e palpável, subcutâneo ou em mucosa
8. Excisão de tumor de pequenas dimensões, subcutâneo ou em mucosa, ou biopsia de idêntico tipo de tumor localizado num órgão superficial (por exemplo: lábios, pele ou mucosa)
9. Excisão de tumor de grandes dimensões (por exemplo: gânglio, neurónio, gânglio linfático ou tumor aponevrótico), sem abertura de cavidade

10. Tratamento esclerosante, por injeções, e varizes ou hemorróidas ou laqueamento das hemorróidas
11. Intervenção cirúrgica em articulação dos dedos da mão ou do carpo, ou dos dedos do pé ou do tarso
12. Osteotomia de um osso de pequenas dimensões ou trepanação bióptica de um osso
13. Colheita de um enxerto ósseo
14. Redução de fractura do nariz
15. Redução de fractura de um osso da face
16. Redução de fractura da clavícula
17. Redução de fractura da omoplata ou do esterno
18. Redução de fractura do braço
19. Redução de fractura do antebraço
20. Redução de fractura simples da bacia
21. Redução de fractura de um dedo da mão ou do pé, do metacarpo, do metatarso, do carpo ou do tarso
22. Redução de fractura da rótula
23. Redução de fractura da perna (tíbia e/ou perónio)
24. Remoção de material de osteossíntese
25. Redução de luxação do maxilar inferior
26. Redução de luxação da clavícula ou da rótula
27. Redução de luxação do cotovelo ou do joelho
28. Redução de luxação do polegar

29. Redução de luxação de um dedo do pé ou da mão
30. Desarticulação de um dedo mão ou do pé
31. Amputação parcial ou total de um dedo da mão ou do pé
32. Amputação de um osso metacárpico ou metatársico
33. Traqueotomia
34. Redução ou tentativa de redução de uma hérnia estrangulada
35. Operação a fissura anal ou rectal
36. Operação a fístula rectal
37. Redução de um prolapso rectal
38. Extirpação por via anal de um corpo estranho alojado no recto
39. Operação a uma fimose
40. Dilatação da uretra
41. Extirpação de um pólio uretral
42. Extracção não cruenta de um corpo estranho alojado na uretra
43. Punção da bexiga
44. Vasectomia

AA. 2 - Oftamologia

1. Exirpação de um corpo estranho alojado na conjuntiva, na córnea ou na esclerótica

2. Extirpação de tumor na pálpebra, na conjuntiva ou na esclerótica
3. Enucleação de um chalázi
4. Abertura do canal lacrimal
5. Tratamento da estenose do canal lacrimal
6. Operação a um fleimão no saco lacrimal
7. Extirpação do saco lacrimal
8. Operação da glândula lacrimal
9. Operação de uma fenda palpebral retraída ou dilatada
10. Operação de um ectrópio ou entrópio
11. Tratamento por laser

AA. 3 - Otorrinolaringologia

1. Extirpação de um corpo estranho
2. Extirpação simples de pólipos (fáceis de operar) e outros tumores nasais
3. Abertura do seio maxilar
4. Adenoidectomia
5. Extracção não cruenta de um corpo estranho alojado na laringe
6. Extirpação não cruenta de pólipo ou outro tumor na laringe
7. Biopsia ao nível da laringe

8. Operação ao conduto auditivo externo
9. Extirpação de corpo estranho alojado no conduto auditivo externo ou na caixa do tímpano
10. Extirpação de pólipo ou outro tumor no conduto auditivo externo ou na caixa do tímpano
11. Dreno trans tímpanico

AA. 4 - Ginecologia

1. Reposição de uma intervenção uterina
2. Extirpação de um pólipo no colo uterino
3. Biopsia do colo uterino
4. Operação a uma rasgadura incompleta do períneo
5. Intervenção cirúrgica aos órgãos genitais externos da mulher (por exemplo: extirpação de um quisto vaginal ou de uma glândula de Bartholin).

CATEGORIA AB

(Montante máximo reembolsável: 22 780 BFR)

AB. 1 - Cirurgia

1. Extracção por via cruenta de um corpo estranho situado profundamente nas partes moles ou num osso
2. Biopsia da língua, ao nível dos tecidos profundos (tecido adiposo, aponevrose ou músculo) ou de outros órgãos, sem abertura de cavidade
3. Enxerto simples da pele ou enxerto simples por retalho

4. Redução de uma luxação da mão ou do pé
5. Operação ao lábio leporino simples
6. Excisão em ângulo da língua
7. Operação a fístula salivar ou ablação por via cruenta de um cálculo salivar
8. Operação a pólipos no recto
9. Operação a uma fístula coccígena
10. Ressecção do cóccix
11. Incisão de abscessò perinefrético
12. Operação a uma fístula uretral
13. Intervenção cirúrgica simples, não cruenta, à bexiga (por exemplo: extirpação de corpo estranho ou tumor de pequenas dimensões)
14. Ablação de matéria de osteossíntese
15. Varicocelo, hidrocelo
16. Epididimectomia
17. Operação da criptorquidia ou da ectopia testicular
18. Laparoscopia simples
19. Operação a um tumor no seio
20. Quiminucleólise
21. Operação ao canal cárpico

AB. 2 - Oftalmologia

1. Plastia de uma pálpebra parcialmente aderente ao globo ocular
2. Operação a um pterigion
3. Sutura de chaga na córnea ou na esclerótica
4. Iridotomia
5. Tratamento de um prolapso na íris ou no corpo ciliar
6. Aspiração de um corpo vítreo

AB. 3 - Otorrinolaringologia

1. Amigdalectomia
2. Oclusão plástica por retalho de uma fístula retro-auricular ou de uma fístula do seio maxilar
3. Plastia do pavilhão do ouvido

AB. 4 - Ginecologia

1. Curetagem uterina
2. Insuflação tubo-uterina e/ou injeção de produto de contraste para histerosalpingografia
3. Operação plástica ao colo uterino
4. Amputação do colo uterino

B. CATEGORIA B
(Montante máximo reembolsável: 26 180 BFR)

B. 1 - Cirurgia

1. Enxerto difícil de pele ou enxerto difícil por retalho
2. Enxerto de um osso
3. Operação a um aneurisma
4. Embolectomia arterial
5. Ressecção do simpático lombar
6. Ressecção do simpático torácico
7. Operação completa de retracção palmar de Dupuytren
8. Ressecção de articulação do maxilar, mão ou pé
9. Artroplastia de uma articulação do maxilar, mão ou pé
10. Intervenção cirúrgica a uma articulação do maxilar
11. Extirpação de corpo estranho em articulação do ombro, cotovelo ou joelho
12. Operação de menisco
13. Operação à luxação habitual do ombro ou do joelho
14. Osteotomia a um osso de pequenas dimensões, com transplantação tendinosa
15. Redução de fractura de vértebra

16. Redução operatória de fractura da clavícula
17. Redução de fractura do fémur
18. Redução e osteossíntese de fractura da rótula
19. Redução operatória de fractura do braço, antebraço ou perna (tíbia e/ou perónio)
20. Redução operatória de fractura do carpo ou tarso
21. Operação a uma pseudo-artrose
22. Operação a uma fractura curada com deslocamento
23. Redução de luxação da anca
24. Redução de luxação de vértebra
25. Desarticulação do braço
26. Desarticulação da coxa
27. Desarticulação do antebraço ou da perna (tíbia e/ou perónio)
28. Desarticulação da mão ou do pé
29. Amputação do braço
30. Amputação da coxa
31. Amputação do antebraço ou da perna (tíbia e/ou perónio)
32. Redução de fractura nos dois ossos do antebraço
33. Amputação do metacarpo ou metatarso
34. Abertura da caixa craniana com punção do cérebro

35. Reconstituição do nariz
36. Operação ao lábio leporino complicado
37. Ressecção parcial da língua
38. Laringotomia
39. Ressecção parcial da laringe
40. Mamectomia
41. Laparotomia exploradora
42. Apendicectomia
43. Abertura de abcesso na cavidade abdominal
44. Abertura de abcesso subrénico
45. Operação a hérnia inguina ou crural
46. Operação a hérnia umbilical simples ou a linha branca
47. Operação a eventração
48. Abertura de estenose no recto
49. Operação a prolapso rectal com abertura da cavidade abdominal
50. Operação para cura da insuficiência esfínteriana anal, por plastia muscular
51. Electroressecção da próstata ou do colo vesical
52. Lombotomia exploradora
53. Descapsulação renal

54. Nefrostomia
55. Drenagem renal
56. Nefropexia
57. Abertura da bexiga por via supra-pubiana
58. Operação para cura de ferida na bexiga
59. Abertura da fossa isquio-rectal
60. Extracção por via cruenta de corpo estranho alojado na uretra
61. Uretrostomia perineal
62. Sutura da uretra
63. Sessão da uretra
64. Sessão de litotria e evacuação de cálculo vesical sob controlo visual
65. Sessão de extirpação por via endovesical de tumor de grandes dimensões na bexiga
66. Cistectomia parcial
67. Extracção de cálculo uretral por sonda lasso
68. Operação para implantação de um pace-maker
69. Sutura nervosa
70. Operação a um prolapso rectal
71. Operação às hemorróidas
72. Extirpação de varizes por via cruenta

73. *Intervenções classificadas sob a categoria A, mas combinadas ou complicadas*

B. 2 - Oftalmologia

1. Extracção de corpo estranho alojado na cavidade ocular
2. Extirpação de tumor na cavidade ocular
3. Extirpação de tumor na córnea
4. Operação ao saco lacrimal segundo Toti
5. Operação de ptose
6. Plastia de pálpebra parcialmente conservada
7. Plastia de pálpebra totalmente aderente ao globo ocular
8. Operação aos músculos do globo ocular para correcção do estrabismo
9. Plastia da córnea
10. Operação para cura de anomalia na córnea
11. Operação para cura de doença ou ferida cristalino
12. Ciclodíálise, iridectomia ou foenestração
13. Operação preventiva do descolamento da retina
14. Enucleação do globo ocular
15. Excisão do nervo óptico
16. *Intervenções classificadas sob a categoria A, mas combinadas ou complicadas*

B. 3 - Otorrinolaringologia

1. Ressecção endonasal de obliteração coanal óssea
2. Trepanação ou esvaziamento de seio nasal por via endonasal
3. Operação radical a seio maxilar ou frontal
4. Extirpação de fibroma nasofaríngeo
5. Operação ao saco lacrimal por via endonasal segundo West
6. Broncoscopia ou esofagoscopia com extracção de corpo estranho alojado na traqueia e suas ramificações principais ou no esófago
7. Trepanação da mastóide
8. Operação a tumor no ouvido médio
9. Timpanoplastia
10. Ressecção sob mucosa da membrana
11. Intervenções classificadas sob a categoria A, mas combinadas ou complicadas

B. 4 - Ginecologia

1. Histeropexia
2. Operação à rasgadura completo do períneo
3. Colporrafia, com ou sem perineorafia
4. Operação ao prolapso genital
5. Extirpação de fibroma uterino por via vaginal

6. Miomectomia por via vaginal ou abdominal
7. Extirpação de anexo
8. Operação para cura da incontinência urinária na mulher
9. Cesariana
10. Parto distócico (através de ventosa ou forceps)
11. Intervenções classificadas sob a categoria A, mas combinadas ou complicadas

C. Categoria C

(Montante máximo reembolsável: 75 616 BFR)

C. 1 - Cirurgia

1. Operação a uma anomalia arterial
2. Ressecção de articulação do ombro, joelho ou anca
3. Artroplastia da articulação do ombro, cotovelo ou joelho
4. Artroplastia da cavidade cotiloidiana
5. Intervenção cirúrgica a uma articulação da anca
6. Reparação dos ligamentos do joelho
7. Operação a fractura do colo do fémur
8. Desarticulação da cintura escapular
9. Operação a fractura do crâneo
10. Ressecção unilateral ou total de um maxilar

11. Plástia do véu palatal
12. Ressecção completa da língua
13. Extirpação de glândula salivar
14. Plástia da laringe com deslocamento das cordas vocais
15. Extirpação parcial ou total da glândula tiróide
16. Mamectomia com esvaziamento ganglionar da cadeia axilar
17. Abertura do pericárdio sem intervenção no coração
18. Gastrectomia
19. Intervenção cirúrgica na vesícula biliar ou vias biliares
20. Intervenção cirúrgica num órgão da cavidade abdominal, por laparotomia (por exemplo, gastroenterostomia, anastomose digestiva, ressecção intestinal, ressecção da cauda do pâncreas ou esplenectomia)
21. Operação a hérnia estrangulada e ressecção intestinal
22. Operação a hérnia, umbilical ou da linha branca voluminosa ou complicada
23. Operação a eventração, com plástia ou ressecção intestinal
24. Extirpação do recto por via anal, com ou sem ressecção do sacro
25. Intervenção cirúrgica no uréter

26. Operação a hérnia diafragmática
27. Extirpação da próstata e vesículas semiaias
28. Abertura do bacinete renal com extracção de cálculos
29. Nefrectomia
30. Ressecção de polo renal ou secção do istmo num rim em ferradura
31. Plastia do bacinete renal
32. Ressecção parcial da bexiga com transplantação de um uréter
33. Operação para cura da incontinência urinária com plastia
34. Operação a uma hérnia discal
35. Dilatação transluminal das artérias coronárias ou outras
36. Destruição dos cálculos urinários por ondas de choque extra corporal
37. Intervenções classificadas sob a categoria B, mas cominadas ou complicadas

C. 2 - Oftamologia

1. Plastia de pálpebra totalmente destruída
2. Transplantação da córnea
3. Operação a catarata
4. Operação a luxação do cristalino

5. Operação a descolamento da retina
6. Coagulação ou fotocoagulação de tumor na retina ou na coroideia
7. Reconstrução do canal lacrimal
8. Intervenções classificadas sob a categoria B, mas combinadas ou complicadas

C. 3 - Otorrinolaringologia

1. Operação radical a mais de um seio do mesmo lado
2. Esvaziamento petro-mastoidiano
3. Fenestração
4. Intervenções classificadas sob a categoria B, mas combinadas ou complicadas

C. 4 - Ginecologia

1. Histerectomia total e ablação de anexos
2. Extirpação dos dois anexos
3. Intervenções classificadas sob a categoria B, mas combinadas ou complicadas

D. CATEGORIA D

(Montante máximo reembolsável: 99 080 BFR)

D. 1 - Cirurgia

1. Prótese total da anca

2. Abertura da caixa craniana com intervenção cirúrgica sobre o sistema nervoso central
3. Extirpação de tumor no canal raquidiano
4. Intervenção cirúrgica na espinal medula
5. Ressecção unilateral do maxilar com esvaziamento dos territórios linfáticos
6. Abertura do pericárdio com intervenção cirúrgica no coração, incluindo *by-pass* e enxerto cardíaco
7. Pericardectomia
8. Intervenção cirúrgica nos grandes vasos da caixa torácica
9. Extirpação de tumor mediastínico
10. Intervenção cirúrgica no esófago, por via torácica
11. Ressecção da cabeça do pâncreas ou extirpação do pâncreas
12. Gastrectomia com ressecção parcial de um órgão vizinho
13. Anastomose portocava ou operação similar
14. Extirpação abdomino-perineal do recto
15. Pneumotomia
17. Laringectomia total
18. Intervenção cirúrgica no fígado
19. Intervenções classificadas sob a categoria C, mas combinadas ou complicadas

D. 2 - Oftalmologia

1. Intervenções classificadas sob a categoria C, mas combinadas ou complicadas

D. 3 - Otorrinolaringologia

1. Esvaziamento petro-mastoidiano com abertura da caixa craniana
2. Trepanação da sela turea
3. Intervenções classificadas sob a categoria C, mas combinadas ou complicadas

D. 4 - Ginecologia

1. Operação a fístula vesico-vaginal ou recto-vaginal
2. Operação plástica por ausência total de vagina
3. Intervenções classificadas sob a categoria C, mas combinadas ou complicadas

ANEXO III

TABELA PARA O REEMBOLSO DE TRATAMENTOS E PRÓTESES DENTÁRIAS

A. TRATAMENTOS DENTÁRIOS

As despesas relativas às prestações abaixo indicadas são reembolsáveis a 80%, até um montante máximo reembolsável de:

Obturação normal	1 200	BFR
Obturação com desvitalização monorradicular	1 600	BFR
Obturação com desvitalização plurirradicular	2 400	BFR
Extracção normal	800	BFR
Extracção cirúrgica	1 600	BFR
Extracção de dente incluso	2 900	BFR
Apectomia	2 400	BFR
Frenectomia	1 600	BFR
Extracção completa do tártaro	640	BFR
Radiografia de um dente	512	BFR
Radiografia panorâmica	1 600	BFR

As prestações não previstas na presente lista serão reembolsadas a 80%, após parecer do dentista assessor.

B. PRÓTESES DENTÁRIAS

1. Próteses fixas

As despesas relativas a próteses fixas que tenham sido objecto de autorização prévia, concedida com base na apresentação de orçamento, serão reembolsadas a 80%, até aos seguintes montantes máximos:

Reembolso máximo por dente:

Coroa, ouro, coroa <i>jacket</i> acrílica	7 500	BFR
Ponte acrílica	7 500	BFR
<i>Inlay</i> de ouro, falso coto fundido	7 500	BFR
Dente <i>pivot</i> simples	7 500	BFR
Dente <i>pivot</i> com base Richmond ou coroa cerâmico-metálica, Veneer ou ponte cerâmico-metálica	7 500	BFR
Ponte de ouro/cerâmica	7 500	BFR
<i>Attachment</i>	7 500	BFR
Charneira	3 900	BFR

2. Próteses removíveis

Prótese total superior ou inferior (14 dentes em placa de acrílico)	27 195	BFR
Prótese parcial (placa de acrílico):		
- moldeira individual em placa de base	6 040	BFR
- por dente	1 885	BFR
- por gancho	1 355	BFR
Suplemento por placa metálica/inox (por maxilar)	5 130	BFR
Suplemento para sistema de sucção (Lausap, Fixomatic, Vaccum, Matic, etc.)	5 130	BFR
Prótese esquelética de crómio/cobalto:		
- esqueleto	12 585	BFR
- por dente	4 210	BFR

3. Consertos

- do esqueleto-acrílico	2 420	BFR
- acrescentar um dente, ou gancho em		

placa de acrílico	2 715	BFR
- rebasagem (por maxilar)	10 810	BFR
(40% da prótese completa)		
- remontagem (por maxilar)	20 400	BFR
(75% da prótese completa)		

4. Observações sobre a aplicação da tabela relativa às próteses dentárias

■. Nos termos da tabela anterior, todas as despesas relativas a próteses provisórias serão reembolsadas até 50% do máximo fixado para idêntica prótese definitiva executada em acrílico.

2. As despesas resultantes de conserto, rebasagem, remontagem ou renovação de próteses que já tenham sido objecto de intervenção por parte do regime de seguro de doença só poderão ser reembolsadas mediante autorização prévia, à excepção das reparações cuja urgência tenha sido devidamente comprovada.

3. O custo de moldes e ensaios de próteses removíveis que, tenham sido facturados separadamente, serão reembolsados nos termos do ponto VI, n.º 1, do anexo I.

ANEXO IV

TRATAMENTOS TERAPÊUTICOS

As listas que se seguem referem-se aos tratamentos terapêuticos susceptíveis de reembolso. É especificado para cada tipo de tratamento o número máximo de sessões reembolsáveis num período de doze meses.

Após reembolso, as receitas médicas são arquivadas no processo médico do inscrito.

A. Tratamentos para os quais é exigida uma receita médica passada menos de seis meses antes do primeiro tratamento.

Natureza das prestações	Número máximo de sessões reembolsáveis por período de doze meses
1.	
Cinesiterapia)
Massagens médicas)
Ginástica médica)
Ginástica pré-natal e pós-natal)
Mobilização)
Reeducação) 60
Mecanoterapia)
Tracções)
Banhos de Lama - Fango)
Hidromassagem)
Hidroterapia)
Qualquer combinação de tratamentos acima indicados)
2.	
Fisioterapia)
Electroterapia)

Correntes diadinâmicas)	
Radar)	60
Ionizações)	
Ondas curtas)	
Correntes especiais)	
Combinação)	
3.		
Terapia com aerossóis)	
Inalações)	
Insuflações)	30
Irrigações)	
Nebulizações - pulverizações)	
Combinação)	
4.		
Raios infravermelhos)	40
Ultra-sons)	
5.		
Terapia com rádio)	
Radioterapia)	sem
Röntgenterapia)	limite
6.		
Acupunctura efectuada por um médico)	30
Montante máximo reembolsável: 900 BFR)	

B. Tratamentos sujeitos a autorização prévia,
mediante receita médica

Natureza das prestações Número máximo de sessões
reembolsáveis por
período de doze meses

1.

Terapia com laser	20
Raios ultravioletas	40
Quiropraxia	24
Osteopatia	20
Pedicura médica/podologia	12
Mesoterapia	30
Acupunctura (efectuada por uma pessoa que não um médico)	30
Montante máximo reembolsável: 900 BFR	

2.

Psicoterapia-montante máximo)	
reembolsável: 1 800 BFR)	
Psicanálise-montante máximo)	
reembolsável: 1 800 BFR)	
Logopedia)	60
Grafomotricidade)	
Psicomotricidade)	