



TABELA
de
COMPARTICIPAÇÕES
*
2018

TABELA EM VIGOR A PARTIR DE 01 DE SETEMBRO DE 2018
PODENDO SER ALTERADAS POR DETERMINAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



VALORES DE REFERÊNCIA, COMPARTICIPAÇÕES E REGRAS ESPECÍFICAS PARA O REGIME LIVRE

Tabelas da Área Médica

O prazo de entrega dos Pedidos de Reembolso é obrigatório estar de acordo com a data aposta no recibo, isto é, o utente tem um prazo de 90 dias para solicitar aos Serviços Sociais da CML, o pedido de reembolso.

1.1. ANÁLISES CLÍNICAS

Regras específicas

Todas as análises clínicas comparticipadas pela ADSE e/ou SNS, deverão ser efetuadas nesse âmbito, pelo que a tabela seguinte considera apenas as não comparticipadas pelas referidas entidades.

Como Requerer

- Entregar prescrição médica com identificação da(s) análise(s)
- Recibo original

Comparticipação

A comparticipação em regime livre é de **50%** do valor de Referência

DESIGNAÇÃO	VALOR REF. ^a	50%
Análises	20,00€	10,00€

1.2. ANATOMIA PATOLÓGICA

Como Requerer

- Entregar prescrição médica com identificação do(s) exame(s).
- Recibo original referenciando cada exame e respetivo valor.



DESIGNAÇÃO	VALOR REF. ^a	50%
Ex. Citológicos (cervico-vaginais)		
Método Convencional	10,00€	5,00€
Meio Líquido	15,00€	7,50€
Ex. Citológicos (não cervico-vaginais)	15,00€	7,50€
Biópsias (c/ e s/ descrição macroscópica)	20,00€	10,00€
Biópsia Prostática	40,00€	20,00€
Peças Cirúrgicas (simples e complexas)	40,00€	20,00€
Tipagem (HPV)	120,00€	60,00€
Imunocitoquímica (por unidade)		
Estrógeneos, progesterona, c-erbB2	25,00€	12,50€

1.3. CIRURGIA

Regras específicas

Relativamente às especialidades cirúrgicas, vigora a nossa Tabela para Atos Cirúrgicos, derivada da anterior Tabela da Ordem dos Médicos.

Como Requerer

Entregar recibo original com identificação do código da cirurgia (código da ex-Tabela da Ordem dos Médicos), da equipa cirúrgica e valor respeitante a cada elemento.

Comparticipação

A participação em regime livre é de **50%** do Valor de Referência da nossa Tabela.



1.4. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO EM NEUROLOGIA E NEUROFISIOLOGIA

Como Requerer

- Entregar prescrição médica com identificação do(s) exame(s).
- Recibo original referenciando o valor de cada exame.

Comparticipação

A participação em regime livre é de **50%** do Valor de Referência.

DESIGNAÇÃO	VALOR REF. ^a	50%
Eletroencefalografia		
EEG c/ cartografia	38,00€	19,00€
EEG traçado de Sono	40,00€	20,00€
Teste de latências múltiplas de Sono	120,00€	60,00€
Topografia EEG computadorizada	180,00€	90,00€
EEG ambulatório de 24 horas	130,00€	65,00€
PESS (Potenciais Evocados Somato Sensitivos)	94,00€	47,00€
PEV (Potenciais Evocados Visuais)	94,00€	47,00€
PEA (Potenciais Evocados Auditivos)	94,00€	47,00€
PESS + PEA + PEV	261,00€	130,50€
PESS + PEA ou PESS + PEV	180,00€	90,00€
PEA + PEV	180,00€	90,00€
EcoDoppler		
Eco Doppler Carotida	67,00€	33,50€
Eco Transcraneano	42,00€	21,00€
Eco Doppler Arterial dos Membros Inferiores	45,00€	22,50€
Eco Doppler Arterial dos Membros Superiores	45,00€	22,50€
Eco Doppler Venoso dos Membros Inferiores	45,00€	22,50€
Eletromiografia		
EMG c/ Potencial	53,00€	26,50€
Reflexo do encerramento ocular (blink reflex)	110,00€	55,00€
Registo Poligráfico do Sono Noturno (Ambulatório)	211,00€	105,50€



1.5. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO EM IMAGIOLOGIA

Regras específicas

Todos os exames comparticipados pela ADSE e/ou SNS, deverão ser efetuados nesse âmbito, pelo que a tabela seguinte considera apenas os não comparticipados pelas referidas entidades.

Como Requerer

- Entregar prescrição médica com identificação do(s) exame(s).
- Recibo original.

Comparticipação

A comparticipação em regime livre é de **50%** do Valor de Referência.

DESIGNAÇÃO	VALOR REF. ^a	50%
Exames de Imagiologia	50,00€	25,00€

1.6. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO EM MEDICINA NUCLEAR

Como Requerer

- Entregar prescrição médica com identificação do(s) exame(s).
- Recibo original referenciando o valor de cada exame.

Comparticipação

A comparticipação em regime livre é de **50%** do Valor de Referência.



DESIGNAÇÃO	VALOR REF.^a	50%
Cardiologia		
ARN	100,86€	50,43€
Cintigrafia de Perfusão Miocárdica c/ 99mTc Myoview	526,14€	263,07€
Cintigrafia de Perfusão Miocárdica c/ 201 Tl	526,14€	263,07€
Sistema Nervoso Central		
Cisternografia ***	100,86€	50,43€
Endocrinologia		
Cintigrafia da Glândula Tiróide	30,72€	15,36 €
Cintigrafia Corporal com Iodo 131	161,36€	80,68€
Cintigrafia Corporal com 123I MIBG	249,19€	124,60€
Aparelho Digestivo		
Cintigrafia Hepatobiliar com Esvaziamento = IDA *	106,74€	53,37€
Cintigrafia Hepática c/ eritrócitos marcados	88,49€	44,25€
Cintigrafia Hepato-esplénica	106,24€	53,12€
Cintigrafia Esplénica	82,80€	41,40€
Cintigrafia das Glândulas Salivares	89,78€	44,89€
Pesquisa de Hemorragia Digestiva	79,31€	39,66€
Pesquisa de Divertículo de Meckel	79,31€	39,66€
Nefro-Urologia		
Renograma	83,80€	41,90€
Renograma c/ prova de diurética (Lasix=furosemida)	83,80€	41,90€
Cintigrafia Renal + Renograma (DTPA e Hipurano)	117,79€	58,90€
Renograma com MAG3	83,80€	41,90€
Renograma com prova de Captopril	83,80€	41,90€
Cintigrafia Renal c/ DMSA	83,80€	41,90€
Renograma + Cistografia Indirecta	112,63€	56,32€
Observações		
*** acresce o preço da punção lombar	100,00€	50,00€
* acresce o preço do radiofarmaco	100,00€	50,00€



1.7. INTERNAMENTO

Regras específicas

Não são comparticipadas despesas de carácter extraordinário nem com acompanhantes (excepto de crianças até aos 12 anos de idade).

Como Requerer

Entregar recibo original detalhado, das despesas hospitalares e das diárias

Comparticipação

A comparticipação em regime livre é de **50%** do Valor de Referência

DESIGNAÇÃO	VALOR REF. ^a	50%
Diária	150,00€	75,00€
Despesas Hospitalares	1.500,00€	750,00€

1.8. MEDICINA DENTÁRIA

Regras específicas

No que diz respeito a Próteses Fixas (coroas, implantes e pivot), a comparticipação está condicionada à junção de relatório médico para avaliação e parecer da Direção Clínica.

- (1) - Deve obrigatoriamente ser indicado o n.º da peça dentária.
- (2) - O valor inclui radiografias apicais.
- (3) - Prótese fixa e Implantes dentários: Os SSCML participam por peça dentária, independentemente de se tratar de coroa, ponte ou implante dentário e apenas quando justificada a inexistência de alternativa clínica à Prótese Fixa.
- (4)-Aplicável apenas em casos de medicina forense, ortodontia ou outros devidamente justificados, sempre sujeitos a aprovação prévia pela Direção Clínica dos SSCML.



Como Requerer

- Entregar relatório médico detalhado indicando o tipo de prótese, número de dentes, e fundamentando a necessidade da referida prótese.
- Recibo original referenciando o valor de cada tratamento/prótese.

Comparticipação

A participação em regime livre é de **25%** do Valor de Referência.

1.8.1. ORTODONTIA/ PRÓTESES

DESIGNAÇÃO	QTD.	PRZ.	VALOR REF.^a	25%
Fotografias e estudo fotográfico	---	---	43,00€	10,75€
Análise cefalométrica	---	---	41,00€	10,25€
Aparelho removível (por maxilar-inclui controlo e adaptações)	2	10	300,00€	75,00€
Conserto de aparelho removível, sem impressão	2	5	22,00€	5,50€
Conserto de aparelho removível, com impressão	4	5	53,00€	13,25€
Conjunção de fixação extra-oral	2	5	135,00€	33,75€
Aparelho fixo (por maxilar – inclui controlo e adaptações)	2	10	750,00€	187,50€
Aparelho de contenção (qualquer técnica)	2	5	150,00€	37,50€
Aparelho fixo mantenedor de espaço	4	5	70,00€	17,50€
Disjuntor palatino/Quad-hélix / Nance	1	5	175,00€	43,75€
Reposição de brackets (cada) (máximo =5 por Tratamento)	5	5	10,00€	2,50€
Prótese Dentária				
Impressão em alginato em moldeira individual e modelo de trabalho	2	1	39,00€	9,75€
Impressão em elastómero de síntese ou hidrocoloide reversível (com moldeira ajustada ou equivalente)	2	1	68,00€	17,00€
Registo da relação intermaxilar usando cera em base estabilizada, uma ou duas arcadas	1	1	30,00€	7,50€
Prótese removível em acrílico (1)				
1 dente	1	3	56,00€	14,00€
2 dentes	1	3	68,00€	17,00€
3 dentes	1	3	74,00€	18,50€
4 dentes	1	3	82,00€	20,50€
5 dentes	1	3	90,00€	22,50€



6 dentes	1	3	98,00€	24,50€
7 dentes	1	3	106,00€	26,50€
8 dentes	1	3	114,00€	28,50€
9 dentes	1	3	121,00€	30,25€
10 dentes	1	3	128,00€	32,00€
11 dentes	1	3	134,00€	33,50€
12 dentes	1	3	140,00€	35,00€
13 dentes	1	3	145,00€	36,25€
14 dentes	1	3	150,00€	37,50€
28 dentes	1	3	310,00€	77,50€
Prótese removível em cromo-cobalto (1)				
1 dente	1	3	107,00€	26,75€
2 dentes	1	3	135,00€	33,75€
3 dentes	1	3	151,00€	37,75€
4 dentes	1	3	173,00€	43,25€
5 dentes	1	3	197,00€	49,25€
6 dentes	1	3	228,00€	57,00€
7 dentes	1	3	243,00€	60,75€
8 dentes	1	3	263,00€	65,75€
9 dentes	1	3	276,00€	69,00€
10 dentes	1	3	285,00€	71,25€
11 dentes	1	3	294,00€	73,50€
12 dentes	1	3	302,00€	75,50€
13 dentes	1	3	308,00€	77,00€
14 dentes	1	3	312,00€	78,00€
Próteses Fixas (1) (3)				
Coroa/Ponte/Implante (por peça dentária)	1	10	300,00€	75,00€
Diversos				
Gancho em aço inoxidável	---	---	13,00€	3,25€
Rebasamento em prótese superior ou inferior	1	2	60,00€	15,00€
Barra em aço inoxidável	--	--	25,00€	6,25€
Conserto de fractura de prótese acrílica	--	--	26,00€	6,50€
Acrescentar um dente numa prótese	1	3	40,00€	10,00€
Acrescentar (por cada dente mais)	1	3	19,00€	4,75€
Goteira oclusal simples	--	--	72,00€	18,00€
Soldadura em prótese de cromo-cobalto	--	--	25,00€	6,25€
Rede de cromo-cobalto	--	--	46,00€	11,50€
Barra lingual ou palatina	--	--	40,00€	10,00€
Dente fundido em prótese em cromo-	--	--	25,00€	6,25€



cobalto				
Acrescentar uma cela em prótese de cromo-cobalto	--	--	57,00€	14,25€
Gancho fundido	--	--	25,00€	6,25€

1.8.2. TRATAMENTOS

DESIGNAÇÃO	QTD.	PRZ.	VALOR REF. ^a	25%
Medicina Dentária Preventiva				
Aplicação tópica de fluor	2	1	15,00€	3,75€
Selante de fissuras p/ quadrante	8	3	20,00€	5,00€
Dentisteria Operatória				
Restauração em cavidade c/ compromisso de 1 ou várias faces, incluindo radiografias apicais	2	2	38,00€	9,50€
Restaurações com meios retentivos (pinos, espigões e similares)	---	---	17,00€	4,25€
Endodontia				
Dente com 1 ou vários canais, independentemente do número de sessões e de radiografias apicais	36	5	95,00€	23,75€
Cirurgia Oral (1)				
Exodontia simples de monorradicular, multirradiculares ou seguida de sutura, com ou sem osteotomia (inclui radiografias apicais)	---	---	37,00€	9,25€
Exodontia de incluso	---	---	80,00€	20,00€
Exodontias múltiplas, sob anestesia geral	---	---	110,00€	27,50€
Germectomia	---	---	60,00€	15,00€
Transplante de germen dentário	---	---	55,00€	13,75€
Apicectomia (monorradicular)	---	---	50,00€	12,50€
Apicectomia (multirradicular)	---	---	60,00€	15,00€
Aprofundamento do vestibulo (por quadrante)	---	---	65,00€	16,25€
Desinserção e alongamento do freio (lábio ou língua)	---	---	50,00€	12,50€
Excisão de bridas gengivais	---	---	50,00€	12,50€
Ablação/Exérese de pequenos tumores dos tecidos moles (anestesia local)	---	---	50,00€	12,50€
Exérese de pequeno tumor dos tecidos moles (anestesia geral)	---	---	45,00€	11,25€



Curetagem de foco de osteite não simultâneo com exodontia	---	---	20,00€	5,00€
Biópsia de tecidos moles	---	---	25,00€	6,25€
Biópsia óssea	---	---	25,00€	6,25€
Redução e contenção do dente luxado por trauma com regularização do bordo alveolar (por quadrante)	---	---	60,00€	15,00€
DESIGNAÇÃO	QTD.	PRZ.	VALOR REF.^a	25%
Cirurgia Oral (1)				
Incisão e drenagem de abcesso de origem dentária, quisto, hematoma da língua ou pavimento da boca	---	---	20,00€	5,00€
Exposição de dente Incluso para tracção ortodôntica (1)	---	---	75,00€	18,75€
Periodontologia				
Destartarização bimaxilar incluindo curetagem sub-gengival	2	1	36,00€	9,00€
Cirurgia de retalho (bloco anterior ou lateral)	---	---	45,00€	11,25€
Enxerto pediculado	---	---	45,00€	11,25€
Enxerto da mucosa bucal	---	---	45,00€	11,25€
Auto enxerto ósseo	---	---	45,00€	11,25€
Estabilização de peças dentárias				
Por qualquer técnica (por sextante)	6	2	50,00€	12,50€
Oclusão Dentária				
Obtenção de modelos para análise oclusal	---	---	42,00€	10,50€
Montagem de modelos em articulador semifuncional sem registos individuais, mas com arco facial (valores médicos) e análise	---	---	105,00€	26,25€
Radiologia				
Radiografia panorâmica (ortopantomografia)	---	---	24,00€	6,00€
Telerradiografia	---	---	24,00€	6,00€
Radiografia apical	---	---	5,00€	1,25€
Radiografia interproximal (bitwing)	---	---	5,00€	1,25€
Radiografia oclusal	---	---	5,00€	1,25€
Relatório Médico/Consulta (4)	---	---	20,00€	5,00€



1.9 MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Como Requerer

- Entregar prescrição médica com identificação da(s) patologia(s).
- Recibo original referenciando o valor atribuído a cada patologia.

Comparticipação

A participação em regime livre é de **50%** do Valor de Referência.

DESIGNAÇÃO	OBS.	QTD.	PRZ.	VALOR REF. ^a	50%
Reabilitação por patologias (por sessão)					
Hemiplegia ou hemiparésica	---	---	---	15,00€	7,50€
Idem, bilateral	---	---	---	17,50€	8,75€
Esclerose múltipla	---	---	---	17,50€	8,75€
Doença de Parkinson	---	---	---	15,00€	7,50€
Outras disfunções motoras centrais	---	---	---	15,00€	7,50€
Sequelas de Poliomielite	---	---	---	15,00€	7,50€
Lesões de plexo	---	---	---	15,00€	7,50€
Lesões de um nervo periférico	---	---	---	12,50€	6,25€
Lesões de mais de um nervo periférico	---	---	---	15,00€	7,50€
Polineuropatias	---	---	---	15,00€	7,50€
Lesão de nervos craneanos	---	---	---	12,50€	6,25€
Algoneurodistrofias	---	---	---	12,50€	6,25€
Distrofias musculares	---	---	---	15,00€	7,50€
Artrite Reumatóide	---	---	---	12,50€	6,25€
Espondilartrite Anquilosante	---	---	---	12,50€	6,25€
Outros reumatismos inflamatórios	---	---	---	12,50€	6,25€
Reumatismos abarticulares	---	---	---	12,50€	6,25€
Alterações degenerativas da coluna vertebral	---	---	---	12,50€	6,25€
Alterações degenerativas de uma grande articulação	---	---	---	12,50€	6,25€
Alterações degenerativas de várias grandes articulações	---	---	---	17,50€	8,75€
Alterações degenerativas da mão	---	---	---	12,50€	6,25€



Alterações degenerativas do pé	---	---	---	12,50€	6,25€
Outras alterações degenerativas osteoarticulares	---	---	---	12,50€	6,25€
DESIGNAÇÃO	OBS.	QTD.	PRZ.	VALOR REF.^a	50%
Reabilitação por patologias (por sessão)					
Osteoartropatias Endócrinas e Metabólicas	---	---	---	12,50€	6,25€
Fratura ou luxação de um segmento	---	---	---	12,50€	6,25€
Fratura ou luxação de mais de um segmento	---	---	---	15,00€	7,50€
Post-operatório do membro superior	---	---	---	12,50€	6,25€
Post-operatório do membro inferior	---	---	---	12,50€	6,25€
Post-operatório da coluna vertebral	---	---	---	12,50€	6,25€
Entorse	---	---	---	12,50€	6,25€
Patologia dos tecidos moles	---	---	---	12,50€	6,25€
Desvios da coluna vertebral	---	---	---	12,50€	6,25€
Luxação congénita da anca	---	---	---	12,50€	6,25€
Torcicolo congénito	---	---	---	12,50€	6,25€
Distrofias osteocondrais juvenis	---	---	---	12,50€	6,25€
Doença Motora Cerebral	---	---	---	15,00€	7,50€
Sinusopatia	---	---	---	5,00€	2,50€
Doença pulmonar obstrutiva crónica	---	---	---	10,00€	5,00€
Derrames pleurais	---	---	---	10,00€	5,00€
Deformidades torácicas	---	---	---	10,00€	5,00€
Outras alterações do aparelho respiratório	---	---	---	12,50€	6,25€
Cardiopatias Valvulares	---	---	---	15,00€	7,50€
Cardiopatía isquémica sem enfarte	---	---	---	15,00€	7,50€
Enfarte do Miocárdio	---	---	---	15,00€	7,50€
Pré e post-operatório cardíaco	---	---	---	15,00€	7,50€
Vasculopatias periféricas	---	---	---	10,00€	5,00€
Linfedema	---	---	---	10,00€	5,00€
Cicatrizes aderentes, retrácteis ou queloides extensas (mais de 50% da superfície corporal)	---	---	---	12,50€	6,25€
Cicatrizes localizadas, retrácteis ou queloides extensas (menos de 50% da superfície corporal)	---	---	---	10,00€	5,00€
Outras afecções dermatológicas	---	---	---	12,50€	6,25€
Patologias por áreas anatomo-funcionais (por sessão)					
Um ou vários dedos da mão/pé	---	---	---	12,50€	6,25€



Outras pequenas articulações	---	---	---	12,50€	6,25€
DESIGNAÇÃO	OBS.	QTD.	PRZ.	VALOR REF. ^a	50%
Patologias por áreas anatomo-funcionais (por sessão)					
Mão (total), pé (total) ou grande articulação	---	---	---	12,50€	6,25€
Membro superior/inferior	---	---	---	12,50€	6,25€
Coluna Vertebral	---	---	---	12,50€	6,25€
Parede abdominal	---	---	---	5,00€	2,50€

1.10 MEDICINA DA REPRODUÇÃO

Regras específicas

- A atribuição de comparticipação está condicionada a parecer da Direção Clínica.
- São comparticipados no máximo 3 ciclos de tratamentos (para cada ciclo é necessário apresentar relatório médico).

Como Requerer

- Entregar prescrição médica com identificação do(s) acto(s) médico(s).
- Recibo original referenciando cada acto médico e respectivo valor.

Comparticipação

A comparticipação em regime livre é de **25%** do Valor de Referência.

DESIGNAÇÃO	QTD.	PRZ.	Valor REF. ^a	25%
Actos de Ginecologia				
Consulta de Infertilidade e ecografia c/sonda Vaginal	---	---	75,00€	18,75€
Exames de Infertilidade				
Espemograma	---	---	55,00€	13,75€
TMS	---	---	80,00€	20,00€
TPC	---	---	50,00€	12,50€
Histerosalpingografia				
Acto médico	---	---	100,00€	25,00€



Radiologia	---	---	150,00€	37,50€
Contraste	---	---	60,00€	15,00€
Tratamentos de Medicina da Reprodução				
Indução e monitorização da ovulação	---	---	75,00€	18,75€
IIU	---	---	350,00€	87,50€
FIV	3	---	2.600,00€	650,00€
ICSI	3	---	3.000,00€	750,00€
Congelação de embriões	---	---	300,00€	75,00€
Guarda embriões congelados (6 meses)	---	---	125,00€	31,25€
Descongelação embriões com transferência	---	---	425,00€	106,25€
Descongelação embriões sem transferência	---	---	250,00€	62,50€
Congelação de esperma	---	---	225,00€	56,25€
Guarda de esperma (6 meses)	---	---	125,00€	31,25€
Biopsia testicular	---	---	550,00€	137,50€

1.11 MEIOS DE CORRECÇÃO E DE COMPENSAÇÃO

Regras específicas

Só são aceites receitas de médicos oftalmologistas.

Como Requerer

- Entregar prescrição médica.
- Recibo original.

Comparticipação

A participação em regime livre é na **50%** Variável do valor de Referência.

1.11.1 CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA

DESIGNAÇÃO	VALOR REF.^a	50%
Pé Elástico / Queimaduras ou Enxertos	25,00€	12,50€
Meia Elástica / Queimaduras ou Enxertos	50,00€	25,00€
Calça Elástica / Queimaduras ou Enxertos	80,00€	40,00€
Luva Elástica / Queimaduras ou Enxertos	60,00€	30,00€
Máscara Elástica / Queimaduras ou Enxertos	80,00€	40,00€



Manga Elástica / Queimaduras ou Enxertos	50,00€	25,00€
Calção Elástico / Queimaduras ou Enxertos	70,00€	35,00€
Camisa Elástica / Queimaduras ou Enxertos	120,00€	96,00€

1.11.2 ONCOLOGIA

DESIGNAÇÃO	QTD.	PRZ.	VALOR REF. ^a	50%
Cabeleira Postiça	---	---	350,00€	175,00€
Prótese Mamária Unilateral/Externa	---	---	150,00€	75,00€
Prótese Mamária Bilateral/Externa	---	---	300,00€	150,00€
Cânula / Prótese Externa	---	---	50,00€	25,00€
Mentoneira	---	---	50,00€	25,00€
Soutien Medicinal p/ Mastectomizadas	---	---	50,00€	25,00€
Saco para colostomia/ileostomia	400	1	2,00€	1,00€

1.11.3 ÓPTICA OCULAR

DESIGNAÇÃO	OBS.	QTD.	PRZ.	VALOR REF. ^a	50%
Armação para óculos	---	2	3	56,25€	28,13€
Lente monofocal p/ óculos	---	4	2	37,50€	18,75€
Lente monofocal para óculos c/ CE	(1)	4	2	56,25€	28,13€
Lente bifocal/progressiva p/ óculos	---	2	2	62,50€	31,25€
Lente bifocal/progressiva p/ óculos c/ CE	(1)	2	2	93,75€	46,88€
Lente de contacto normal	---	2	2	62,50€	31,25€
Lentes de contacto descartáveis	---	24	1	12,50€	6,25€

(1). Consideram-se características especiais (CE) – não relevando ser uma ou mais a(s) indicada(s) na prescrição – as seguintes:

- colorida ou fotossensível
- esfera + cilindro (tórica)
- espessura reduzida

N.B. – No caso da óptica ocular, os prazos são contados por **anos civis**. Todo o material ocular (lentes e armação) tem obrigatoriamente que ser prescrito por oftalmologistas, sob pena de não ser participado.



1.11.4 ORTOPEDIA / NEUROLOGIA

DESIGNAÇÃO	OBS.	QTD.	PRZ.	VALOR REF. ^a	50%
Canadiana (aquisição)	---	2	3	30,00€	15,00€
Muleta Simples	---	1	2	20,00€	10,00€
Muleta Apoio Axilar/Sistema Telescópico	---	1	3	50,00€	25,00€
Aparelho Marcha Curto Unilateral c/ Calçado	---	2	3	345,00€	172,50€
Aparelho Marcha Longo Unilateral c/ Calçado	---	2	3	570,00€	285,00€
Aparelho Marcha Unilateral correcção pé pendente com calçado	---	2	3	230,00€	115,00€
Lombostato/Colete Leonês/Boston	---	2	2	460,00€	230,00€
Ortótese Milwaukee	---	1	1	690,00€	345,00€
Aparelho Denis Brown c/ Calçado	---	1	1	100,00€	50,00€
Talas Genum Valgum	---	2	1	170,00€	85,00€
Colar Cervical Regulável Tipo Thomas/Similar	---	1	1	150,00€	75,00€
Calçado Ortopédico (correcção)	---	2	1	35,00€	17,50€
Talonete Para Dismetria	---	2	1	10,00€	5,00€
Palmilha/Plantar Moldado	---	3	1	15,00€	7,50€
Andarilho	---	2	3	285,00€	142,50€
Prótese Amputação Parte da Mão / Dedos	---	2	3	580,00€	290,00€
Prótese Amputação Pelo Punho	---	2	3	720,00€	360,00€
Prótese Amputação Abaixo Cotovelo	---	2	3	860,00€	430,00€
Prótese Amputação Acima Cotovelo	---	2	3	1.000,00€	500,00€
Prótese Amputação Pelo Ombro	---	2	3	1.290,00€	645,00€
Prótese Amputação Parte Pé / Dedos	---	2	3	580,00€	290,00€
Prótese Amputação Pelo Tornozelo	---	2	3	750,00€	375,00€
Prótese Amputação Abaixo Joelho	---	2	3	900,00€	450,00€
Prótese Amputação Acima Joelho	---	2	3	1.200,00€	600,00€
Prótese Amputação Pela Anca	---	2	3	1.500,00€	750,00€
Meia Elástica	---	4	1	20,00€	10,00€
Almofada Espuma/Borracha/Cochim Borracha	---	2	1	40,00€	20,00€
Cadeira / Veículo Rodas s/ motor	---	1	3	120,00€	60,00€



Cadeira / Veículo Rodas c/ motor	---	1	3	580,00€	290,00€
DESIGNAÇÃO	OBS.	QTD.	PRZ.	VALOR REF.^a	50%
Cama Articulada (aquisição e instalação)	---	1	3	570,00€	285,00€
Cama Articulada (aluguer / dia)	---	---	---	10,00€	5,00€
Colchão anti-escara Pressão alterna /acamado longa duração	---	1	2	120,00€	60,00€
Almofada anti-escara	---	1	1	80,00€	40,00€
Pele de Carneiro /Resguardo Anti-Escara /Acamado Longa Duração	---	1	1	20,00€	10,00€

1.11.5 OTORRINOLARINGOLOGIA

DESIGNAÇÃO	OBS.	QTD.	PRZ.	VALOR REF.^a	50%
Laringe Electrónica	---	2	3	350,00€	175,00€

1.11.6 PRÓTESES AUDITIVAS

DESIGNAÇÃO	OBS.	QTD.	PRZ.	VALOR REF.^a	50%
Aparelho auditivo	(1)	1	3	250,00€	125,00€

(1) Se, de acordo com a prescrição médica, houver necessidade de aplicação bilateral, serão comparticipadas 2 unidades.

1.11.7 UROLOGIA

DESIGNAÇÃO	OBS.	QTD.	PRZ.	VALOR REF.^a	50%
Algália/Sonda Tipo Foley (uso permanente)	---	15	1	10,00€	5,00€
Algália/Silastic Tipo Foley (uso permanente)	---	12	1	35,00€	17,50€
Saco colector de urina	---	400	1	1,00€	0,50€
Saco Para Ureterostomia	---	400	1	2,00€	1,00€
Resguardo para Incontinente	---	24	1	35,00€	17,50€
Cueca Plástica Para Incontinente	---	12	1	20,00€	10,00€
Fralda para Incontinente	---	600	1	0,60€	0,30€
Saco de escroto	---	2	1	20,00€	10,00€



1.11.8 OUTROS

DESIGNAÇÃO	OBS.	QTD.	PRZ.	VALOR REF. ^a	50%
Prótese Globo Ocular	---	1	2	300,00€	150,00€
Pessário	---	1	1	50,00€	25,00€
Dispositivo Intra-Uterino	---	1	3	40,00€	20,00€

1.12 TRANSPORTES

Regras específicas

a) São comparticipadas as despesas com deslocações em ambulância ou táxi decorrentes de planos de tratamento do foro neurológico, oncológico, de hemodiálise e de medicina física e reabilitação – desde que, neste último caso, exista quadro incapacitante da motricidade.

b) O pedido inicial é sujeito a avaliação da Direção Clínica, devendo ser apoiado em relatório médico e plano de tratamentos.

c) Nos documentos de despesa, é indispensável a identificação do utente assim como a indicação dos locais de partida e de chegada.

Como Requerer

- a) Entregar relatório médico detalhado.
- b) Plano de tratamentos.
- c) Recibo original.

Comparticipação

A comparticipação em regime livre é **50%** do valor da despesa total.



1.13 VENTILOTERAPIA / AEROSSOLTERAPIA

Regras específicas

- a) A aquisição de aparelhos de aerossóis só é comparticipada nos casos de prescrição médica a crianças (considerando-se como tal – de acordo com o critério da Pediatria – os indivíduos até aos 18 anos de idade).
- b) As prescrições médicas para Ventiloterapia devem mencionar o tipo de tratamento e a duração do mesmo.

Como Requerer

- a) Entregar prescrição médica.
- b) Recibo original.

Comparticipação

A comparticipação em regime livre é de **50%** do Valor de Referência.

DESIGNAÇÃO	QTD.	PRZ.	VALOR REF. ^a	50%
Aparelho Aerossóis	1	3	150,00€	75,00€
Ventiloterapia / Aerossolterapia				
Oxigénio Garrafa	---	---	3,18€	1,59€
Oxigénio Concentrador	---	---	3,18€	1,59€
Oxigénio Líquido	---	---	5,30€	2,65€
Ventiloterapia CPAP	---	---	3,18€	1,59€
Ventiloterapia BiPAP	---	---	3,71€	1,85€
Ventiloterapia Volumétrico	---	---	7,95€	3,97€
Aerossolterapia	---	---	3,18€	1,59€
Aspiração Secreções	---	---	3,18€	1,59€
CoughAssist	---	---	7,95€	3,97€
Pulsoximetria	---	---	3,18€	1,59€
Monitor de Apneia	---	---	3,18€	1,59€



1.14 VACINAS

Regras específicas

Só são comparticipadas as vacinas abaixo mencionadas uma vez que todas as outras fazem parte do Programa Nacional de Vacinação (salvo alteração do Ministério da Saúde/D.G.S).

Como Requerer

- a) Receita médica
- b) Recibo original

Comparticipação

A comparticipação em regime livre é de **50%** do valor total da despesa.

Gardasil* (excepto para crianças com 13 anos - vacinação obrigatória segundo o Programa Nacional de Vacinação - e tendo como idade limite os 18 anos, inclusive)

Varivax

Vacinas para alergias (sem similar em Portugal)

Meningitec / Menjugate

* Salvo alteração do Ministério da Saúde / D.G.S.

1.15 LEITE ANTIALÉRGICO

Regras específicas

Só são comparticipados os leites extensamente hidrolisados.



Como Requerer

- a) Prescrição médica original com indicação expressa do tipo de leite “extensamente hidrolisado”.
- b) Recibo original.

Comparticipação

A participação em regime livre é de **50%** do valor da despesa.

1.16.MEDICAMENTOS

Regras específicas

- a) São passíveis de participação os receituários que não foram sujeitos à participação dos SSCML, por não haver protocolo entre as farmácias e a ANF e/ou AFP.
- b) A participação incide nos medicamentos dos Escalões **B, C e D**.

Como Requerer

- a) Fotocópia da receita devidamente carimbada pela farmácia.
- b) Recibo original.

Comparticipação

A participação para o Regime Livre é a seguinte:

Escalão B: Comp. de 2% sobre o Preço de Ref^a do medicamento

Escalão C: Comp. de 25% sobre o Preço de Ref^a. do medicamento

Escalão D: Comp. de 40% sobre o Preço de Ref^a do medicamento

1.17. TRATAMENTOS DE QUIMIOTERAPIA

Regras específicas

São participados, exclusivamente, a utilização do piso de sala e respectivos consumos.



Como Requerer

Recibo original detalhado.

Comparticipação

A participação em regime Livre é de 90% do valor da despesa, independentemente do subsistema de saúde que esteja abrangido (ADSE ou SNS).

1.18. OUTRO(S) EXAME(S) / TRATAMENTO(S)

Regras específicas

Todos os exames/tratamentos participadas pela ADSE e/ou SNS, deverão ser efetuados nesse âmbito, pelo que apenas se consideram os não participados pelas referidas entidades, sempre sujeitos a aprovação prévia pela Direção Clínica dos SSCML.

Como Requerer

- a) Entregar prescrição médica com identificação do(s) exame(s)/tratamento(s)
- b) Recibo original

Comparticipação

A participação está condicionada à apresentação da prescrição médica para avaliação e parecer da Direção Clínica.

DESIGNAÇÃO	QTD.	PRZ.	COMPARTICIPAÇÃO
Citometria de Fluxo no LBA	---	---	50%
Oximetria Transcutânea	---	---	50%