



**Região Autónoma
da Madeira**
Governo Regional

Secretaria Regional
da Saúde

Instituto de Administração
da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM

Normas relativas à Prestação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

Entrada em vigor a 1 de outubro de 2017

Índice

Introdução	2
Análise da Requisição	3
1. Regras de Preenchimento da Requisição – Prestação	8
A – Identificação da Entidade Prestadora e da Data de Prestação	9
B – Identificação das Sessões de Fisioterapia realizadas	10
C – Identificação do Exame / Tratamento, da Quantidade prestada e do Valor da prestação	11
D – Identificação do Médico Executante	13
E – Identificação dos Procedimentos efetuados e não Prescritos	14
F – Valor Total dos Exames / Tratamentos Prestados	17
G – Declaração do Utente	18
H – Realização de domicílios (apenas para a área A – Análises Clínicas)	19
I – Comprovativo da entrega da requisição dos MCDT	20
2. Resumo das Regras de Prestação	23

Introdução

De acordo com a Portaria n.º 268/2016, de 14 de julho e com Despacho n.º 97 /2017, de 16 de fevereiro, da Secretaria Regional da Saúde (SRS), foram aprovados os novos modelos de Requisição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, adiante designado abreviadamente por MCDT, que se aplicam à prescrição de exames / tratamentos.

Neste seguimento, o presente documento constitui um manual de boas práticas de prestação de MCDT, e tem como principal objetivo a uniformização do processo de validação da requisição, bem como a clarificação das regras de prestação, de forma a promover uma maior equidade no processo de conferência e de reembolso ao utente / beneficiário.

Assim, este documento contém um conjunto de regras e orientações a ter em conta na prestação de exames / tratamentos participados pelas respetivas entidades financeiras responsáveis.

A partir de 01 de março de 2017, o modelo de requisição de MCDT em suporte de papel pré-impresso (manual), conforme a citada Portaria n.º 268/2016, é de utilização obrigatória por todos os prescritores de MCDT, no âmbito do Sistema Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, para uso no setor público e no setor privado.

Salienta-se que podem ser utilizados os modelos de requisição de MCDT em suporte de papel pré-impresso (manual) aprovado pela Portaria n.º 28/2010, de 5 de maio, da então Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, até ao seu escoamento no Sistema Regional de Saúde.

Em alternativa à prescrição manual, e de acordo com o Despacho n.º 97 /2017, de 16 de fevereiro a prescrição de MCDT poderá ser efetuada de forma impressa, desde que cumpra, obrigatoriamente, com os requisitos do modelo evidenciado na citada Portaria.

Análise da Requisição

Para que o prestador possa aceitar a requisição de MCDT e prestar os exames / tratamentos nela contidos, necessita de verificar a existência dos seguintes elementos:

1. Número da Requisição

Na requisição impressa, o prestador deve verificar a existência da numeração, constituída por 19 dígitos com o seguinte formato:

7	04	XXX	XXXX	XXXXXXXX	0	X
Região de Saúde RAM	Tipo de Impresso	Software de Origem	N.º do Centro Emissor Entidade Utilizadora	Numeração Sequencial	N.º de Via	Check Digit

Ainda relativamente ao modelo impresso, este deverá ter, obrigatoriamente, o formato de uma folha A4, à semelhança do modelo de requisição pré-impressa.

De salientar que ambos os modelos (impresso e pré-impresso) não podem ser fotocopiados nem podem ser reproduzidas cópias.

2. Identificação do Utente

O prestador deverá validar os dados de identificação do utente a quem foi prescrito o MCDT, através da verificação da seguinte informação:

- Nome do utente
- Contato telefónico
- Idade
- Sexo do Utente
- Entidade Financeira Responsável:
 - Se utente do **Serviço Regional de Saúde da Madeira (SRS-Madeira)**, deverá ser apresentada como entidade responsável, a sigla **SRS-RAM**;
 - Se beneficiário de um **Subsistema de Saúde**, deverá ser apresentada como entidade responsável, a respetiva sigla (exemplos: **ADSE, ADM, SAD-PSP, IASFA**, etc.)
 - Se utente com cartão de beneficiário por **Doença Profissional**, emitido pelo Centro Nacional de Proteção de Riscos Profissionais (CNPRP), deverá ser apresentada como entidade responsável, a sigla **CNPRP**;
 - Se utente originário de um país estrangeiro, nomeadamente, **Migrante** ao abrigo de acordos internacionais com Portugal ou cidadão Migrante do Espaço Europeu (Cartão Europeu Seguro de Doença), deverá ser apresentada, na área "**Migrantes**", o **Código do País** de origem do utente.

- Número de Utente / Número de Beneficiário:
 - Se utente do **Serviço Regional de Saúde da Madeira (SRS-Madeira)**, deverá ser apresentado o **Número de Utente de Saúde** ou, alternativamente, o número de pedido de Cartão de Utente (NOP);

Note-se que as prescrições dos utentes do SRS – Madeira, deverão estar sempre identificadas com o Número de Utente de Saúde e que o Número de Segurança Social não é válido para efeitos de comparticipação de MCDT.
 - Se beneficiário de um **Subsistema de Saúde**, deverá ser apresentado o **Número de Beneficiário do respetivo Subsistema** (exemplo: número de beneficiário da ADSE, ADM, SAD-PSP, IASFA, etc.)
 - Se utente com cartão de beneficiário por **Doença Profissional**, deverá ser apresentado o número atribuído pelo Centro Nacional de Proteção contra os Riscos Profissionais (CNPRP), no campo definido para este efeito;

Recorde-se que este só deverá ser utilizado no âmbito da doença profissional.
 - Se utente for originário de um país estrangeiro, nomeadamente, **Migrante**, deverá ser apresentado o **Número de Utente Migrante**, atribuído nos termos do protocolo estabelecido com o país de origem para a prestação de cuidados de saúde.

Caso se trate de um utente com Cartão Europeu Seguro de Doença, deverá ser apresentado o número do respetivo cartão.

Note-se que deverá constar uma **cópia do Cartão Europeu Seguro de Doença** em anexo à requisição.

Refira-se que no modelo de requisição impresso, o número de identificação do utente poderá ser preenchido com um código de barras, desde que acompanhado do respetivo número.

3. Identificação do Médico Prescritor e do Local de Prescrição

O prestador deverá validar os dados identificativos do médico prescritor e do local onde foi efetuada a prescrição de MCDT, com a verificação dos seguintes dados:

- Identificação do Médico Prescritor:
 - Requisição Pré Impressa (manual) – através da aposição da vinheta identificativa do Médico Prescritor;
 - Requisição Impressa – através da impressão do código de barras da identificação do Médico Prescritor.
- Identificação do Local de Prescrição:
 - Requisição Pré Impressa (manual) – através da aposição da vinheta identificativa do Local de Prescrição;
 - Requisição Impressa – através da impressão do código de barras da identificação do Local de Prescrição.
- Contato telefónico e Especialidade do Médico Prescritor;

- Carimbo e Assinatura do Responsável pela Unidade de Saúde (apenas nas prescrições do Serviço Público prescritas no âmbito de Acordos de Adesão / Convenções).

4. Necessidade de realização de Domicílios e/ou situações de Urgência

A identificação de necessidade de realização de domicílio aplica-se unicamente à área A – Análises Clínicas, no caso de existir a necessidade de deslocação ao domicílio do utente para a realização das colheitas, sendo esta meramente indicativa na relação entre o prescriptor e o prestador.

5. Informação complementar (Terapêutica atual)

O prestador deve validar o preenchimento deste campo quando constar em anexo os dados clínicos da terapêutica atual / relatório médico.

Note-se que o preenchimento deste campo é obrigatório nas requisições prescritas no Serviço Público, no âmbito dos Acordos de Adesão / Convenções e nas prescrições com exames / tratamentos da Área G – Medicina Física e Reabilitação.

6. Identificação dos Exames / Tratamentos prescritos

Deve ser verificado o preenchimento dos seguintes campos obrigatórios:

- **Natureza das Prestações** - em cada requisição só pode constar a prescrição de exames da mesma área;
- **Nomenclatura** – identificação do exame / tratamento com caligrafia legível. Note-se que é obrigatório a prescrição de cada exame / tratamento numa linha diferente e a mesma deve estar prescrita de acordo com a Tabela da Ordem dos Médicos;
- **Quantidade** – n.º de exames / tratamentos prescritos. Sempre que o campo não for preenchido, o prestador deverá assumir que a quantidade pretendida equivale à unidade (1);
- **Produtos a examinar** – quando o médico prescriptor verificar a necessidade de identificar um produto específico, sendo que este campo não é de preenchimento obrigatório.


7. Assinatura do Médico Prescritor

O prestador conclui a validação da requisição de MCDT com a verificação da assinatura e data aposta pelo Médico Prescritor.

8. Validade da Requisição


Todas as requisições têm validade de 6 meses a contar da data da prescrição.

Segue-se um exemplo de uma requisição de MCDT, pré-impressa (manual) e impressa, devidamente preenchidas com os campos da responsabilidade do médico prescriptor.



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS



1 Nome *Paula Andreia Avila* Idade Sexo

N.º de Utente / N.º Beneficiário Entidade Responsável / Subistema

1a Doente Promotor N.º

1b Migrante País N.º

2 Contacto do Médico / Especialidade *9612345678 / MGF*

4 DOMICÍLIO URGENTE

Justificação obrigatória do Domicílio e/ou Urgência:

O Médico

3 NATUREZA DAS PRESTAÇÕES

<input checked="" type="checkbox"/> ANÁLISES CLÍNICAS	<input type="checkbox"/> UROLOGIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NEUROFISIOLOGIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RADIOLOGIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CONSULTAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PSICOLOGIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

13 ENTIDADE PRESTADORA

6a [N.º de cédula] [Nome do Médico]

6b VINHETAS

[Código de local] [Local de prescrição]

6c Carimbo e assinatura

Responsável pela unidade de saúde

	9 NOMENCLATURA	10 QUANTIDADE PRESCRITA	11 PRODUTOS A EXAMINAR	15 CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL
1	<i>Beta-galactosidase, s</i>	<input type="text" value="01"/>				
2	<i>Beta-glucosidase, s</i>	<input type="text" value="01"/>				
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Validade 6 Meses

Modelo Exclusivo da INCM, S.A.

18 PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS			
	9 NOMENCLATURA	15 CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA
9			
10			
11			

Vinheta/Carimbo

Médico executante

Ass. Médico Executante

12 MÉDICO PRESCRITOR	20 TOTAL €
<input type="text" value="230516"/> Assinatura <i>Aarão Nuno</i>	<input type="text"/>
21 DECLARAÇÃO	
Declaro que me foram efectuados os exames	
<input type="text" value="DDMM/AA"/>	
22 DOMICÍLIO	
<input type="checkbox"/> 1 URBANO – Funchal	<input type="checkbox"/> 2 URBANO – Outras cidades
<input type="checkbox"/> 3 NÃO URBANO	
Localidade <input type="text"/>	Km <input type="text"/>

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÉUTICOS (INCLUINDO CONSULTAS)

Nome

VALOR DOS SERVIÇOS PRESTADOS €

VALOR POR EXTENSO

ASSINATURA

* 11111111111111111111*

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

Regras de Preenchimento da Requisição – Prestação

No âmbito do processo de conferência das requisições de MCDT é verificada toda a informação de preenchimento obrigatório do Médico Prescritor e da Entidade Prestadora, viabilizando a aceitação ou não das mesmas.

Neste seguimento, o presente documento foi elaborado com o intuito de facilitar a validação e preenchimento de uma requisição de MCDT e encontra-se dividido segundo uma lógica funcional, distribuído em seis áreas distintas, nomeadamente:

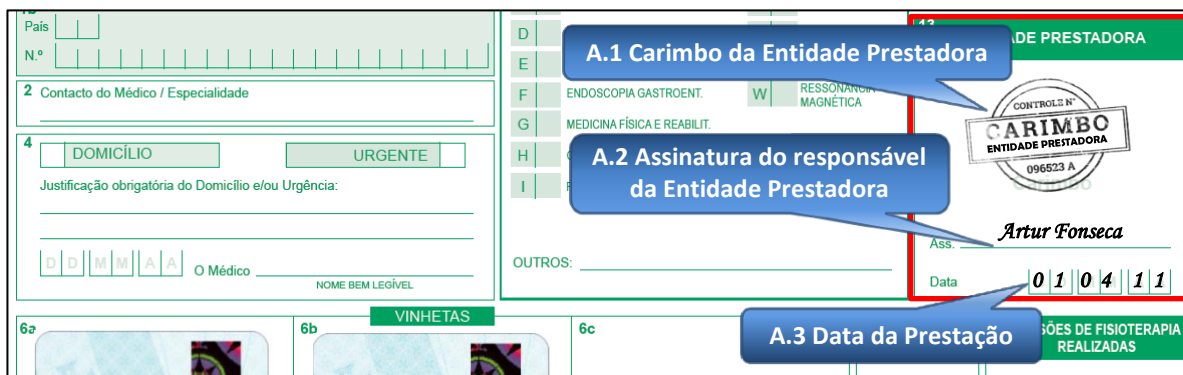
- A - Identificação da Entidade Prestadora e Data da Prestação
- B - Identificação das Sessões de Fisioterapia realizadas
- C - Identificação do Exame / Tratamento, da Quantidade prestada e do Valor da prestação
- D - Identificação do Médico Executante
- E - Identificação dos Procedimentos efetuados e não Prescritos
- F - Valor Total dos Exames / Tratamentos Realizados
- G - Declaração do Utente
- H - Realização de Domicílios (apenas para a Área – Análises Clínicas)
- I - Comprovativo de Entrega da Requisição dos MCDT

Para cada uma das áreas mencionadas será apresentado um exemplo de um modelo de requisição pré-impresso (manual) e um modelo de requisição impresso de MCDT, pela respetiva ordem.

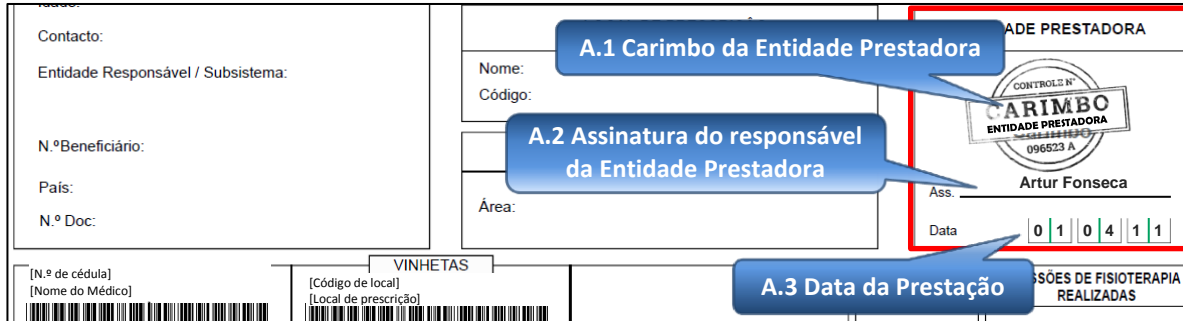
A – Identificação da Entidade Prestadora e da Data de Prestação

A entidade prestadora deverá estar devidamente identificada através de:

1. **Carimbo** da entidade prestadora;
2. **Assinatura** do responsável da entidade prestadora;
3. **Data da prestação** do exame / tratamento. Note-se que, nos casos em que foram prestados exames / tratamentos em vários dias, esta data terá de ser referente ao primeiro dia da prestação.



The image shows a portion of a medical form. On the right side, there is a red-bordered box containing a stamp and a signature. Callout A.1 points to the stamp, A.2 points to the signature, and A.3 points to the date field below it. The date field contains the value 01/04/11.



This image shows another portion of a medical form, similar to the one above. It also features a red-bordered box with a stamp and a signature. Callouts A.1, A.2, and A.3 point to the stamp, signature, and date field (containing 01/04/11) respectively.

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

B – Identificação das Sessões de Fisioterapia realizadas

Sempre que sejam prescritos tratamentos de fisioterapia, para que a requisição seja considerada válida, o prestador terá de preencher:

1. **Data de início** das sessões de fisioterapia realizadas;
2. **Data de fim** das sessões de fisioterapia realizadas.

Note-se que a data da primeira sessão de fisioterapia deverá ser realizada num período de **6 meses** (prazo de validade da requisição), a contar da data da prescrição.

O prestador deverá ainda validar se a requisição está acompanhada do **relatório do médico do prescritor** com o respetivo diagnóstico, que fundamenta a necessidade dos tratamentos. Note-se que a apresentação do relatório médico é de **carácter obrigatório** no âmbito da Medicina Física e de Reabilitação.

D D M M A A O Médico _____ NOME BEM LEGÍVEL		OUTROS: _____	Ass. _____ Data: D D M M A A
6a [N.º de cédula] [Nome do Médico] 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	6b VINHETAS [Código de local] [Local de prescrição] 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	6c Carimbo e assinatura Responsável pela unidade de saúde	14 SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS Início 0 1 0 3 1 1 Fim 2 8 0 3 1 1
9 NOMENCLATURA		10 QUANTIDADE PRESCRITA	17 PREÇO TOTAL
1			

Pais: N.º Doc:	Área:	Ass. _____ Data: D D M M A A
[N.º de cédula] [Nome do Médico] 000000	VINHETAS [Código de local] [Local de prescrição] 000000	Carimbo e assinatura Responsável pela unidade de saúde
		14 SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS Início 0 1 0 3 1 1 Fim 2 8 0 3 1 1
NOMENCLATURA		QUANTIDADE PRESCRITA
1		PREÇO TOTAL

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

C – Identificação do Exame / Tratamento, da Quantidade prestada e do Valor da prestação

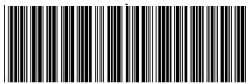
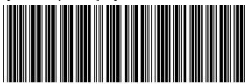
O prestador do cuidado de saúde terá de colocar na requisição, para cada exame / tratamento realizado, os seguintes campos:

1. **Código do exame / tratamento** – Este deverá estar preenchido, obrigatoriamente, quando se trate de exames / tratamentos realizados ao abrigo dos acordos de faturação ou das convenções com o IASAUDE, IP-RAM;
2. **Quantidade** prestada – Se a quantidade prestada não estiver presente, para efeitos de comparticipação, considera-se que o prestador apenas realizou um exame / Tratamento;
3. **Valor da Prestação** (em euros) por cada exame / tratamento.

Os prestadores devem preencher a informação dos exames prestados manualmente, por meios informáticos ou pela colocação de etiqueta (o código do exame pode estar impresso em código de barras desde que este inclua o valor por exame). No entanto, deverá ser garantido que a informação de prestação não se sobrepõe a nenhuma informação de prescrição.

Relembra-se que, para que a requisição seja válida, cada exame / tratamento com um código diferente deverá estar colocado numa linha diferente, para efeitos de comparticipação.

6a		6b VINHETAS		6c		7 INFO. COMPLEMENTAR		14 SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS	
[N.º de cédula] [Nome do Médico] [Barcode] 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		[Código de local] [Local de prescrição] [Barcode] 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		Carimbo e assinatura		DADOS CLÍNICOS EM ANEXO		Início [D][D][M][M][A][A] Fim [D][D][M][M][A][A]	
9	NOMENCLATURA	10 QUANTIDADE PRESCRITA	11 PRODUTOS A EXAMINAR	15 CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL			
1	Glicemia	0 1	Sangue	0001	0 1	€ 0,20			
2	Ácido Úrico		Sangue	0002	0 1	€ 0,20			
3	Colesterol Total		Sangue	0003	0 1	€ 0,20			
4	Colesterol HDL	0 1	Sangue	0004	0 1	€ 0,20			
5	Colesterol LDL	0 1	Sangue	0005	0 1	€ 0,20			
6	Triglicéridos	0 1	Sangue	0006	0 1	€ 0,20			
7									
8									
PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS									

VINHETAS		Carimbo e assinatura Res. _____	INFO. COMPLEMENTAR	SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS	
[N.º de cédula] [Nome do Médico]  000000	[Código de local] [Local de prescrição]  000000		DADOS CLÍNICOS EM ANEXO	Início D D M M A A Fim D D M M A A	
NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL
1 Glicemia	01	Sangue	0001	0 1	€ 0,20
2 Ácido Úrico	01	Sangue	0002	0 1	€ 0,20
3 Colesterol Total	01	Sangue	0003	0 1	€ 0,20
4 Colesterol HDL	01	Sangue	0004	0 1	€ 0,20
5 Colesterol LDL	01	Sangue	0005	0 1	€ 0,20
6 Triglicérido	01	Sangue	0006	0 1	€ 0,20
7					
8					

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

D – Identificação do Médico Executante


O médico executante deverá identificar-se com os seguintes dados:


1. **Vinheta / Carimbo** do Médico Executante;
2. **Assinatura** do Médico Executante.

Refira-se que é obrigatória a posição da vinheta quando o médico executante não é o médico prescriptor.

Quando o médico prescriptor assume também o papel de médico executante, considera-se válida a colocação do respetivo carimbo.

Note-se que, para que seja válida a posição do carimbo, o mesmo deve conter o nome do médico e o n.º de cédula profissional da Ordem dos Médicos / Médicos Dentistas.

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS																			
18		D.1 Vinheta / Carimbo do Médico Executante	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>16 QUANTIDADE PRESTADA</th> <th>17 PREÇO TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL	9			10			11						
CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL																	
9																			
10																			
11																			
Ass. Médico Executante <i>Aarão Nuno</i>																			
12	MÉDICO PRESCRITOR	20	D.2 Assinatura do Médico Executante																
<table border="1"> <tr> <td style="width: 5px;">0</td><td style="width: 5px;">6</td><td style="width: 5px;">1</td><td style="width: 5px;">1</td><td style="width: 5px;">1</td><td style="width: 5px;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Assinatura <i>Trindade Nepomuceno</i></td> </tr> </table>		0	6	1	1	1	2	Assinatura <i>Trindade Nepomuceno</i>						<table border="1"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table>					
0	6	1	1	1	2														
Assinatura <i>Trindade Nepomuceno</i>																			

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS																			
18		D.1 Vinheta / Carimbo do Médico Executante	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>QUANTIDADE PRESTADA</th> <th>PREÇO TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL	9			10			11						
CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL																	
9																			
10																			
11																			
Ass. Médico Executante <i>Aarão Nuno</i>																			
12	MÉDICO PRESCRITOR	20	D.2 Assinatura do Médico Executante																
<table border="1"> <tr> <td style="width: 5px;">0</td><td style="width: 5px;">6</td><td style="width: 5px;">1</td><td style="width: 5px;">1</td><td style="width: 5px;">1</td><td style="width: 5px;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Assinatura <i>Trindade Nepomuceno</i></td> </tr> </table>		0	6	1	1	1	2	Assinatura <i>Trindade Nepomuceno</i>						<table border="1"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table>					
0	6	1	1	1	2														
Assinatura <i>Trindade Nepomuceno</i>																			

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

E – Identificação dos Procedimentos efetuados e não Prescritos

Esta área destina-se, exclusivamente, à inscrição de exames / tratamentos que são realizados adicionalmente aos prescritos, e pretendem dar resposta às situações em que a necessidade de realização de certos procedimentos é apenas detetável pelo prestador aquando a realização de um exame.

Neste seguimento, para que a requisição seja válida, será necessário o preenchimento dos seguintes dados:

1. **Nome do exame / tratamento efetuado e não prescrito** – deverá estar identificado o nome do exame / tratamento que foi efetuado e que não tinha sido prescrito, no campo definido para esse efeito;
2. **Código do exame / tratamento efetuado e não prescrito** – a identificação do código do exame / tratamento que foi efetuado e que não tinha sido prescrito, de acordo com a tabela de MCDT
3. **Quantidade** prestada – Por exame / tratamento, o prestador apenas pode faturar a quantidade máxima de 1;
4. **Preço total do exame / tratamento efetuado e não prescrito** em euros.

Note-se que o recurso a este campo é limitado às seguintes circunstâncias:

- **Área M – Radiologia**

Se forem prescritos os exames - *TC do crânio, TC maxilo-facial, TC do pescoço (partes moles), TC da sela turca, TC das órbitas, TC dos seios perinasais, TC dos ouvidos, TC da faringe, TC da coluna - cervical, dorsal, lombar, sacro-coccígea (cada segmento), TC do tórax, TC do abdómen superior, TC renal, TC do pâncreas, TC pélvica, TC dos membros (cada segmento anatómico)* – **podem ser adicionados sem serem prescritos e em quantidade máxima de 1** - *TC, suplemento de contraste endovenoso TC, contraste oral TC, contraste rectal.*

É ainda admissível, nesta área, a prestação de incidência a mais para as mamografias (na quantidade máxima de um), nomeadamente para a *Mamografia bilateral, duas incidências por mama e Mamografia unilateral, duas incidências.*

- **Área F – Gastroenterologia**

Se forem prescritos os exames *Endoscopia alta, Enteroscopia de pulsão, Anuscopia, Coledocoscopia "per oral", Colonoscopia total, Colonoscopia esquerda, Rectosigmoidoscopia flexível, Rectoscopia rígida* – **podem ser adicionados sem serem prescritos e em quantidade máxima de 1** - *Biópsias transendoscópicas (acresce ao valor da endoscopia) e Polipectomia, por sessão (a adicionar ao exame endoscópico).*

Importa salientar que no caso da Área F é considerado a faturação de 1 biópsia Transendoscópica, ainda que sejam realizadas várias biópsias.

Nesta área e **exclusivamente aplicável à Convenção PEACS** está contemplado o pacote de colonoscopias – *Colonoscopia, pacote de procedimentos*, que poderá incluir um ou mais dos códigos / exames (do código 101.5 ao código 108.2), desde que prescrito com o código 1007 *Colonoscopia Pacote de Procedimentos*.


Neste pacote **deverá** constar no respetivo campo “Procedimentos efetuados e não prescritos” os seguintes exames – código 101.5 *Colonoscopia total*, código 102.3 *Colonoscopia esquerda* e código 109.0 *Sedar/analgesiar (sedação superficial ou profunda)*, sendo que os códigos 101.5 (*Coloscopia total*) e 102.3 (*Colonoscopia esquerda*) **são mutuamente exclusivos**.

Os restantes códigos / exames são impressos na própria requisição, ou seja, apenas podem constar na zona destinada à prescrição, designadamente – código 104.0 *Biopsias transendoscópicas*, código 105.8 *Polipectomia, por sessão*, código 106.6 *Aplicação de "clips" (cada sessão)*, código 107.4 *Injecção endoscópica de fármacos* e código 108.2 *Tatuagem cólica*.

- **Área I – Pneumo e Imunoalergologia**

Se forem prescritos os exames *Broncoscopia rígida, Broncofibroscopia Toracoscopia, Videobroncofibroscopia e Mediastinoscopia cervical* – **pode ser adicionado sem ser prescrito** - *Biópsia endoscópica*.

De igual forma **podem ser adicionados sem serem prescritos** – *Espirometria, incluindo curva débito volume, Pletismografia corporal (estudo da resistência das vias aéreas e volume de gás intratorácico), Capacidade residual funcional ou volume residual (hélio/azoto)* - **Se forem prescritos pelo menos um dos exames** - *Prova de broncodilatação (acresce à prova basal), Prova de broncoconstrição com água destilada/soluto hipertónico (acresce à prova basal), Prova de broncoconstrição com ar frio (acresce à prova basal), Prova de broncoconstrição de esforço, com bicicleta ou tapete rolante (acresce à prova basal), Prova de broncoconstrição com acetilcolina (acresce à prova basal), Prova de broncoconstrição com metacolina (acresce à prova basal) e Prova de broncoconstrição específica com alergénios (acresce à prova basal)*.

9	NOMENCLATURA	10 QUANTIDADE PRESCRITA	11 PRODUTOS A EXAMINAR	15 CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL	
1	TC do Tórax	0 1		001.9	0 1	€ 106,42	
2							
3							
4							
5							
6							
7	E.1 Nome do Exame / Tratamento efetuado e não prescrito			E.2 Código do Exame / Tratamento efetuado e não prescrito			
8							
PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS							
18		19	NOMENCLATURA	15	CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL
		9	TC, Contraste Oral	520.7	0 1	€ 2,85	
		10					
		11					
		Ass. Médico Executante <i>Aarão Nuno</i>		E.4 Preço do Exame / Tratamento efetuado e não prescrito			
12	MÉDICO PRESCRITOR	Assinatura <i>Trindade Nepomuceno</i>		20	0 9 2 7		

NOMENCLATURA		QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL
1	TC do Tórax	01		001.9	0 1	€ 106,42
2						
3						
4						
5						
6						

E.1 Nome do Exame / Tratamento efetuado e não prescrito


E.2 Código do Exame / Tratamento efetuado e não prescrito

E.3 Quantidade Prestada

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS

NOMENCLATURA	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL
9 TC, Contraste Oral	520.7	0 1	€ 2,85
10			
11			

E.4 Preço do Exame / Tratamento efetuado e não prescrito



Ass. Médico Executante _____

MÉDICO PRESCRITOR

0 | 6 | 1 | 1 | 1 | 2 | Assinatura **Trindade Nepomuceno**

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração


F – Valor Total dos Exames / Tratamentos Prestados

O prestador terá de colocar, no campo referido para esse efeito:

- Total dos exames / tratamentos prestados** – corresponde ao somatório de todos os exames / tratamentos que realizou (preço total dos procedimentos efetuados e prescritos + o preço total dos procedimentos efetuados e não prescritos) em euros.

9	NOMENCLATURA	10 QUANTIDADE PRESCRITA	11 PRODUTOS A EXAMINAR	15 CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL
1	TC do Tórax	01		001.9	01	€ 106,42
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS

18	19 NOMENCLATURA	15 CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL
	9 TC, Contraste Oral	520.7	01	€ 2,85
	10			
	11			


Ass. Médico Executante Aarão Nuno

12 MÉDICO PRESCRITOR	20 TOTAL €
061112 Assinatura <u>Trindade Nepomuceno</u>	10927

F.1 Total (€) dos Exames / Tratamentos Prestados

NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL
1 TC do Tórax	01		001.9	01	€ 106,42
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS

	NOMENCLATURA	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL
	9 TC, Contraste Oral	520.7	01	€ 2,85
	10			
	11			

Ass. Médico Executante _____

MÉDICO PRESCRITOR	TOTAL €
061112 Assinatura <u>Trindade Nepomuceno</u>	10927

F.1 Total (€) dos Exames / Tratamentos Prestados

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

G – Declaração do Utente

A declaração do utente deverá ter os seguintes campos preenchidos:

1. **Data da Prestação** – A requisição deverá estar datada com o dd/mm/aa em que foram efetuados os exames / tratamentos prescritos;
2. **Assinatura do Utente** – A requisição terá de estar assinada a fim de comprovar que os exames / tratamentos lhe foram prestados. Caso o utente não saiba ou não possa assinar a requisição deverá ter aposta a impressão digital do utente.

12	MÉDICO PRESCRITOR	20	TOTAL €	
061	de Nepomuceno			
21	DECLARAÇÃO DO UTENTE	DOMICÍLIO		
Declaro que me foram efectuados os exames/tratamentos prescritos		1 <input type="checkbox"/> URBANO – Funchal 2 <input type="checkbox"/> URBANO – Outras cidades 3 <input type="checkbox"/> NÃO URBANO		
291112	<u>João Lourenço Pais</u>	Localidade _____ Km _____		
	Assinatura do Utente			

12	MÉDICO PRESCRITOR	TOTAL €	
061	de Nepomuceno		
21	DECLARAÇÃO DO UTENTE	DOMICÍLIO	
Declaro que me foram efectuados os exames/tratamentos prescritos		1 <input type="checkbox"/> URBANO – Funchal 2 <input type="checkbox"/> URBANO – Outras cidades 3 <input type="checkbox"/> NÃO URBANO	
291112	<u>João Lourenço Pais</u>	Localidade _____ Km _____	
	Assinatura do Utente		

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

H – Realização de domicílios (apenas para a área A – Análises Clínicas)

No âmbito da Área A – Análises Clínicas, na eventualidade de o campo “C.1 – Domicílio” (das Normas de Prescrição de MCDT) estiver assinalado pelo médico prescriptor, o prestador poderá optar pelo preenchimento deste campo.

As indicações que se seguem são meramente indicativas na relação entre o prestador e o utente, não sendo de carácter obrigatório:

1. **Tipo de Domicílio** – pode ser caracterizado como “Urbano – Funchal”, “Urbano – Outras” ou “Não Urbano”;
2. **Localidade** do Domicílio;
3. **Código Postal** do Domicílio;
4. **Número Total de quilómetros efetuados.**

Note-se que a Área “H – Realização de Domicílios” apenas se aplica ao modelo de requisição pré-impresso (manual).


12	MÉDICO PRESCRITOR	20
0 6 1 1 1 2	Assinatura <i>Trindade</i>	<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;">H.1 Tipo de Domicílio</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">H.3 Código Postal do Domicílio</div>
21	DECLARAÇÃO DO UTENTE	DOMICÍLIO
Declaro que me foram efectuados os exames/tratamentos prescritos		<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 <input checked="" type="checkbox"/> URBANO – Funchal</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 <input type="checkbox"/> URBANO – Outras</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3 <input type="checkbox"/> NÃO URBANO</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 2px;">Localidade: <i>São Martinho</i></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 2px;"> 9 0 0 0 - 0 9 8 Km 2</div> </div>
2 9 1 1 1 2	Assinatura do Utente <i>João Lourenço Pais</i>	<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;">H.2 Localidade do Domicílio</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">H.4 Número Total de quilómetros efetuados</div>

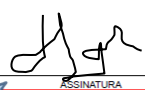
Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

I – Comprovativo da entrega da requisição dos MCDT

O comprovativo de entrega de MCDT poderá ser utilizado na relação entre o prestador e o utente, para efeitos de levantamento do(s) exame(s), e contém os seguintes campos:

1. Nome do Utente;
2. Valor dos Exames / Tratamentos prestados – corresponde ao valor total;
3. Valor por Extenso dos Exames / Tratamentos prestados – corresponde ao valor total;
4. Data da Prestação;
5. Assinatura do Responsável da Entidade Prestadora.

21 DECLARAÇÃO DO UTENTE	22 D	DOMICÍLIO
Declaro que me foram efectuados os exames/tratamentos prescritos		
<input type="checkbox"/> 1 URBANO – Funchal <input type="checkbox"/> 2 URBANO – Outras cidades <input type="checkbox"/> 3 NÃO URBANO		
I.1 Nome do Utente Nome <u>João Lourenço Pais</u>		I.2 Valor dos Exames / Tratamentos prestados VALOR DOS SERVIÇOS PRESTADOS € <u>109,37</u>
I.3 Valor por Extenso dos Exames / Tratamentos prestados VALOR POR EXTENSO <u>Cento e nove euros e trinta e sete cêntimos</u>		I.4 Data da Prestação <u>29, 11, 12</u>
		I.5 Assinatura do Responsável da Entidade Prestadora ASSINATURA 

DECLARAÇÃO DO UTENTE	
Declaro que me foram efectuados os exames/tratamentos prescritos	
<input type="checkbox"/> 1 URBANO – Funchal <input type="checkbox"/> 2 URBANO – Outras cidades <input type="checkbox"/> 3 NÃO URBANO	
I.1 Nome do Utente Nome <u>João Lourenço Pais</u>	I.2 Valor dos Exames / Tratamentos prestados VALOR DOS SERVIÇOS PRESTADOS € <u>109,37</u>
I.3 Valor por Extenso dos Exames / Tratamentos prestados VALOR POR EXTENSO <u>Cento e nove euros e trinta e sete cêntimos</u>	I.4 Data da Prestação <u>29, 11, 12</u>
	I.5 Assinatura do Responsável da Entidade Prestadora ASSINATURA 

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
 GOVERNO REGIONAL
 SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

MEIOS AC

1 Nome **Paula Andreia Ávila**

N.º de Utente / N.º Beneficiário **0000000000** Entidade Responsável / Subsistema **SRS - RAM**

1a Doente Profissional

1b Migrantes

2 Contacto do Médico / Especialidade **9612345678 / MGF**

4 DOMICÍLIO URGENTE

Justificação obrigatória do Domicílio e/ou Urgência:

3 NATUREZA DAS PRESTAÇÕES

13 ENTIDADE PRESTADORA

CARIMBO ENTIDADE PRESTADORA
 096523 A

Artur Fonseca

14 SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS

6a VINHETA

6b VINHETA

Carimbo e assinatura

DADOS CLÍNICOS EM ANEXO Terapêutica actual

9	NOMENCLATURA	15	CÓDIGO	16	QUANTIDADE PRESTADA	17	PREÇO TOTAL
1	TC do Tórax		001.9		01		€ 106,42
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS

18	NOMENCLATURA	15	CÓDIGO	16	QUANTIDADE PRESTADA	17	PREÇO TOTAL
9	TC, Contraste Oral		520.7		01		€ 2,85
10							
11							

12 MÉDICO PRESCRITOR

230516 Assinatura **Aarão Nuno**

20 TOTAL € **109,27**

21 DECLARAÇÃO DO UTENTE

Declaro que me foram efectuados os exames/tratamentos prescritos

280816 Assinatura do Utente **João Lourenço Pais**

22 D DOMICÍLIO

NÃO URBANO Km **2**

VALOR DOS SERVIÇOS PRESTADOS € **109,27**

VALOR POR EXTENSO **Cento e nove euros e trinta e sete centimos**

28.08.16

ASSINATURA

O prestador deve validar sempre o preenchimento dos dados de identificação do utente

Os dados identificativos da entidade prestadora e da data de prestação terão de se encontrar preenchidos neste espaço

Sempre que sejam realizadas sessões de fisioterapia, as datas de início e de fim das sessões terão de ser colocadas nesta área

O prestador terá que colocar, para cada Exame / Tratamento realizado, o respetivo código, a quantidade prestada e o valor da prestação

A vinheta / carimbo e assinatura do médico executante são fundamentais para que a requisição seja aceite

Os procedimentos efetuados e não prescritos devem estar inscritos nesta área

A requisição terá de estar devidamente assinada e datada pelo utente

O valor total das prestações deve contabilizar o valor dos exames / tratamentos prescritos e os efetuados e não prescritos

2. Resumo das Regras de Prestação

Em modo conclusivo, segue-se um Resumo das Regras de Prestação de MCDT que são, especificamente, da responsabilidade do médico prescritor.

ID	Âmbito	Regras de Prestação
1	Identificação da Entidade Prestadora e da Data de Prestação	A entidade prestadora deverá estar devidamente identificada, nos campos definidos para esse efeito, com: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Carimbo</u> da Entidade Prestadora; • <u>Assinatura</u> do Responsável da Entidade; • <u>Data da Prestação</u>.
2	Identificação das Sessões de Fisioterapia realizadas	Sempre que sejam prescritos tratamentos de fisioterapia, para que a requisição seja considerada válida, o prestador terá de preencher a <u>data de início e a data de fim das sessões de fisioterapia realizadas</u> .
3	Identificação das Sessões de Fisioterapia realizadas	A data da primeira sessão de fisioterapia deverá ser realizada num período de 6 meses (prazo de validade da requisição), a contar da data da prescrição.
4	Identificação das Sessões de Fisioterapia realizadas	A apresentação do relatório médico, emitido pelo médico prescritor, é de <u>carácter obrigatório</u> , no âmbito da <u>Medicina Física e de Reabilitação</u> , devendo vir acompanhada com a requisição.
5	Identificação do Exame / Tratamento, da Quantidade e do Valor da prestação	O prestador do cuidado de saúde terá de colocar na requisição, para cada exame/tratamento realizado, o <u>Código do Exame / Tratamento</u> (a ser preenchido <u>obrigatoriamente</u> quando se trate de exames / tratamentos realizados ao abrigo dos acordos de faturação ou das convenções com o IASAUDE, IP-RAM), a <u>Quantidade Prestada</u> e o <u>Valor da Prestação</u> por cada Exame / Tratamento.
6	Identificação do Exame / Tratamento, da Quantidade e do Valor da prestação	Os prestadores devem preencher a informação dos exames prestados manualmente, por meios informáticos ou pela colocação de etiqueta (o código do exame pode estar impresso em código de barras desde que este inclua o valor por exame), garantindo que a informação de prestação não se sobrepõe a nenhuma informação de prescrição.
7	Identificação do Exame / Tratamento, da Quantidade e do Valor da prestação	Para que a requisição seja válida, cada exame / tratamento com um código diferente deverá estar colocado <u>numa linha diferente</u> , para efeitos de comparticipação.
8	Identificação do Médico	O Médico executante deverá identificar-se através da:

ID	Âmbito	Regras de Prestação
	Executante	<ul style="list-style-type: none"> • Aposição da <u>Vinheta/Carimbo</u>; • <u>Assinatura do médico executante</u> (médico que realizou o exame).
9	Identificação do Médico Executante	<p>A <u>aposição da vinheta é obrigatória</u> quando o médico executante não é o médico prescriptor.</p> <p>Quando o médico prescriptor assume também o papel de médico executante, considera-se válida a colocação do respetivo <u>carimbo</u> (contendo o nome e n.º de cédula profissional).</p>
10	Identificação dos Procedimentos efetuados e não Prescritos	Para que a requisição seja válida, o médico prestador deve preencher o <u>Nome do exame / tratamento</u> efetuado e não prescrito, o <u>Código do exame / tratamento</u> efetuado e não prescrito, a <u>Quantidade prestada</u> e o <u>Preço total do exame / tratamento</u> efetuado e não prescrito.
11	Identificação dos Procedimentos efetuados e não Prescritos	O prestador apenas pode faturar a <u>quantidade máxima de 1</u> dos Procedimentos efetuados e não prescritos.
12	Identificação dos Procedimentos efetuados e não Prescritos	O recurso a <u>este campo é limitado</u> apenas para exames prescritos da “Área M – Radiologia”, “Área F – Gastroenterologia” e “Área I – Pneumo e Imonoalergologia”, de acordo com as condições descritas no ponto <i>E – Identificação dos Procedimentos efetuados e não Prescritos</i> .
13	Valor Total dos Exames / Tratamentos Prestados	O prestador terá de colocar o <u>somatório</u> de todos os exames / tratamentos que realizou (preço total dos procedimentos efetuados e prescritos + o preço total dos procedimentos efetuados e não prescritos) em euros.
14	Declaração do Utente	A declaração do utente deverá estar preenchida com a <u>data da prestação</u> e a respetiva <u>assinatura do utente</u> .
15	Requisição	São apenas aceites, o novo modelo de requisição em papel (aprovado na Portaria n.º 268/2016) e o novo modelo de requisição impresso (aprovado Despacho n.º 97 /2017), proveniente de aplicações informáticas.
16	Requisição	As requisições não podem apresentar modificações, tais como correções, rasuras, recortes ou quaisquer outras modificações.
17	Requisição	Toda e qualquer informação de preenchimento obrigatório tem de estar visível e legível.
18	Requisição	Não se aceitam fotocópias dos modelos de requisição.

Contactos úteis

- IASAÚDE, IP-RAM – Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM

Site: www.iasaude.sras.gov-madeira.pt

Rua das Pretas, n.º 1

9004-515 Funchal

Telef.: 291 212 300

E-mail: iasaude@iasaude.sras.gov-madeira.pt

Versão

Versão	Data	Alteração principal
1.0	2017.10.01	Versão original Normas relativas à Prestação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)