

Normas de Relacionamento



Entrada em vigor a 01 de outubro de 2019

Índice

1. Introdução	2
2. Âmbito de aplicação.....	3
3. Circuito do Programa +Visão.....	4
4. Calendário de Faturação.....	5
5. Regras de Faturação	6
6. Divergências da Faturação	13
7. Reclamações	15
8. Notas de Crédito ou Débito	16
9. Anexo I - Manual de Utilização Plataforma +Visão	

1. Introdução

Em cumprimento do n.º 2 do artigo 8.º do Protocolo de Adesão do Programa +Visão entre o Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM (IASAÚDE, IP-RAM) e as Óticas da RAM Aderentes (adiante designadas por aderentes), é emitido o presente Manual de Relacionamento, que consagra as orientações sobre as quais assentam os procedimentos mensais relativos ao relacionamento entre o IASAÚDE, IP-RAM e as Óticas aderentes, referentes à faturação e conferência do Programa +Visão.

2. Âmbito de Aplicação

O Programa +Visão aplica-se aos beneficiários pensionistas da Segurança Social com idade igual ou superior a 65 anos, detentores de pensão inferior ao escalão 66 (à data, correspondente a 600,00€).

A condição de beneficiário é atribuída pelo Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM (ISSM, IP-RAM), através de declaração emitida por aquele Instituto, quando solicitada pelo beneficiário.

A ótica aderente deve garantir que o estabelecimento está devidamente identificado como tal, colocando em local visível o documento enviado pelo IASAÚDE, IP-RAM aquando da sua adesão.

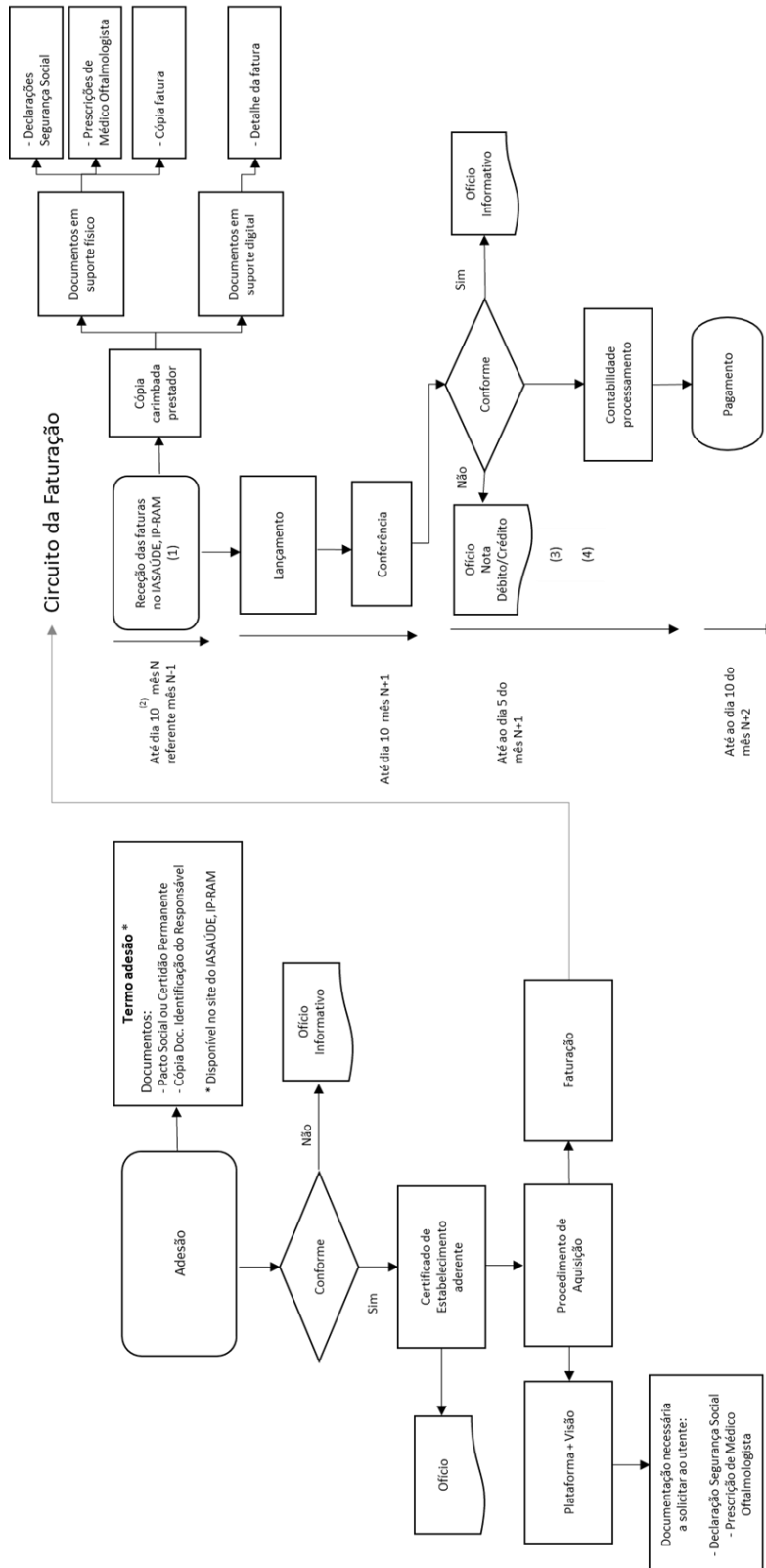
Para usufruir da comparticipação ao abrigo do presente Programa, o beneficiário deve deslocar-se a uma das Óticas aderentes munido de:

- a) Prescrição médica de médico especialista em Oftalmologia;
- b) Declaração da sua condição de beneficiário do Programa, emitida pelos serviços do ISSM, IP-RAM.

A Ótica aderente deve validar a condição de beneficiário através dos documentos apresentados pelo próprio, procedendo à validação do beneficiário na [Plataforma](#) disponibilizada pelo IASAÚDE, IP-RAM.

*Listagem de óticas aderentes disponível no site <http://iasaude.pt/index.php/comparticipacoes-reembolsos>

3. Circuito do Programa +Visão



(1) Documentos a entregar em conjunto com a fatura: Declaração Segurança Social; Prescrição de Médico Oftalmologista; Cópia fatura
 (2) Quando o dia 10 ocorrer em feriado ou fim de semana passa para o dia útil seguinte
 (3) Notas de lançamento (Débito/Crédito) devem ser entregues juntamente com a faturação do mês imediatamente a seguir à data da sua solicitação
 (4) Sempre que as devoluções sejam passíveis de faturação apenas podem ser relatadas no prazo máximo de 30 dias após a comunicação.

4. Calendário de Faturação

As Óticas aderentes, bem como o IASAÚDE, IP-RAM devem atentar aos seguintes prazos de faturação:

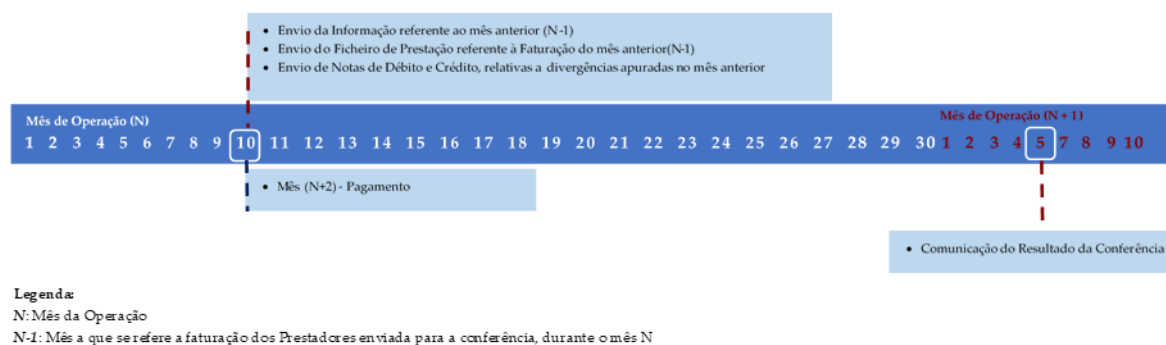


Fig.1 – Calendário de faturação.

Dia 10 do mês N – Corresponde à data limite para receção, pelo IASAÚDE, IP-RAM, da informação de faturação relativa aos fornecimentos efetuados no mês anterior (N-1). Neste sentido, as Óticas aderentes terão de garantir que, independentemente da forma de envio utilizada, o registo da entrada da informação corresponda ao dia 10 do mês seguinte àquele a que se reporta a faturação. Sempre que o dia 10 ocorra em dia de descanso semanal ou feriado, deverá ter-se em conta o dia útil imediatamente a seguir.

Dia 05 do mês N até mais cinco dias úteis – Corresponde à data limite que o IASAÚDE, IP-RAM dispõe para informar do resultado da conferência apurado na faturação do mês N-1.

Com base nessa informação, a Ótica aderente deverá remeter a Nota de Débito ou Crédito, caso tenham sido apuradas divergências. A data limite de entrega destes documentos, quando solicitados, deverá ocorrer no prazo máximo de 30 dias. O mesmo prazo se aplica à entrega da fatura de refaturação, quando existam situações que possam ser refaturadas.

5. Regras de Faturação

A faturação é considerada aceite apenas após a receção do Detalhe da Fatura, a enviar ao IASAÚDE, IP-RAM, igualmente, **até ao dia 10 do mês imediatamente àquele a que respeita**, caso o dia 10 ocorra ao fim de semana ou dia feriado, a receção tem como data limite o dia útil seguinte.

A comparticipação atribuída pelo IASAÚDE, IP-RAM é no valor máximo de 150,00€ (cento e cinquenta euros), sendo esta atribuída no ato da aquisição dos óculos com graduação (aros e lentes graduadas), ficando o valor remanescente a cargo do beneficiário.

A esta comparticipação acresce o valor que o beneficiário tem direito para efeitos de reembolso ao abrigo da tabela em vigor do Serviço Regional de Saúde da RAM que abaixo se transcreve:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO
8502	ARO	0,75 €
8503	LENTE GRADUADA BRANCA	2,00 €
8504	LENTE GRADUADAS COLORIDAS	3,00 €
8505	LENTE BIFOCAIS/PROGRESSIVAS BRANCAS	4,00 €
8506	LENTE BIFOCAIS/PROGRESSIVAS COLORIDAS	5,00 €

Fig.2 – Quadro do valor de reembolso - Tabela em vigor para utentes do SRS-Madeira.

5.1. Documentos a enviar

- Fatura, em duplicado;
- Prescrição Médica de médicos especialistas em Oftalmologia por utente;
- Declaração da Segurança Social por utente;
- Cópia do documento de despesa do utente;
- Detalhe da Fatura (em formato digital);
- Nota de crédito/ débito (em duplicado);

O IASAÚDE, IP-RAM devolve os duplicados das faturas devidamente carimbados à Ótica aderente, como comprovativos da receção.

5.1.1. Fatura

A fatura mensal deve ser única e exclusiva respeitante às despesas relativas ao Programa +Visão, devendo conter os seguintes elementos:

- a) Indicação de que se trata de Fatura de **Programa +Visão**;
- b) Data de emissão da Fatura (só serão consideradas válidas faturas com data posterior ao deferimento do pedido de adesão ao Programa +Visão);
- c) Ano e mês de faturação, correspondente ao mês a que respeita o período de faturação;
- d) Indicação de Fatura "Original" (uma vez que é obrigatório o envio de uma Fatura em "Duplicado");
- e) Identificação da Ótica aderente, contendo os seguintes dados:
 - Designação da Ótica aderente;
 - Sede social;
 - Código postal;
 - Número de Identificação Fiscal;
 - Identificação do estabelecimento aderente (caso seja detentor de mais que um estabelecimento deve apresentar dentro da mesma fatura o descritivo por estabelecimento);
- f) Identificação da entidade pagadora, de acordo com o CIVA (incluindo a morada, código postal e número de identificação fiscal), a qual deve corresponder ao IASAÚDE, IP-RAM;
- g) Descrição e quantidade dos serviços faturados por estabelecimento:
 - Descrição;
 - Valor por linha;
 - Valor total por estabelecimento;
 - Valor total da fatura;
 - Assinatura do responsável e carimbo da Ótica aderente.

Neste sentido, são explicados nas secções seguintes os elementos que devem constar em cada um dos documentos/ficheiros solicitados.

O incumprimento destas diretrizes resulta na devolução ou não aceitação das faturas.

Exemplo (1):

<p>*ORIGINAL*</p> <hr/> <p>Ótica Aderente:</p> <p>MORADA:</p> <p>NIF:</p> <hr/> <p>Natureza das Prestações: Programa +VISÃO</p>	<p>FATURA N.º XXXXXXXXX DATA: AAAA/MM/DD FATURAÇÃO MM/AAAA</p> <hr/> <p>INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM Rua das Pretas, n.º 1 9004-515 Funchal NIF: 511 284 349</p> <hr/> <p style="text-align: center;">FATURAÇÃO EM EUROS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">DESCRIÇÃO</th> <th style="text-align: center;">QUANTIDADE</th> <th style="text-align: center;">VALOR COMPARTICIPADO (Un)</th> <th style="text-align: center;">VALOR TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Comparticipação +Visão</td> <td style="text-align: center;">xx</td> <td style="text-align: right;">150,00 €</td> <td style="text-align: right;">xxx,xx€</td> </tr> <tr> <td>Aros</td> <td style="text-align: center;">xx</td> <td style="text-align: right;">0,75 €</td> <td style="text-align: right;">xxx,xx€</td> </tr> <tr> <td>Lente Graduada Branca</td> <td style="text-align: center;">xx</td> <td style="text-align: right;">2,00 €</td> <td style="text-align: right;">xxx,xx€</td> </tr> <tr> <td>Lente Graduada Colorida</td> <td style="text-align: center;">xx</td> <td style="text-align: right;">3,00 €</td> <td style="text-align: right;">xxx,xx€</td> </tr> <tr> <td>Lente Bifocal / Progressiva Branca</td> <td style="text-align: center;">xx</td> <td style="text-align: right;">4,00 €</td> <td style="text-align: right;">xxx,xx€</td> </tr> <tr> <td>Lente Bifocal / Progressiva Colorida</td> <td style="text-align: center;">xx</td> <td style="text-align: right;">5,00 €</td> <td style="text-align: right;">xxx,xx€</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> <td style="text-align: right;">xxx,xx€</td> </tr> </tbody> </table> <p>ISENTO DE IVA - ARTº 9º CIVA</p>	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR COMPARTICIPADO (Un)	VALOR TOTAL	Comparticipação +Visão	xx	150,00 €	xxx,xx€	Aros	xx	0,75 €	xxx,xx€	Lente Graduada Branca	xx	2,00 €	xxx,xx€	Lente Graduada Colorida	xx	3,00 €	xxx,xx€	Lente Bifocal / Progressiva Branca	xx	4,00 €	xxx,xx€	Lente Bifocal / Progressiva Colorida	xx	5,00 €	xxx,xx€	TOTAL	x		xxx,xx€
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR COMPARTICIPADO (Un)	VALOR TOTAL																														
Comparticipação +Visão	xx	150,00 €	xxx,xx€																														
Aros	xx	0,75 €	xxx,xx€																														
Lente Graduada Branca	xx	2,00 €	xxx,xx€																														
Lente Graduada Colorida	xx	3,00 €	xxx,xx€																														
Lente Bifocal / Progressiva Branca	xx	4,00 €	xxx,xx€																														
Lente Bifocal / Progressiva Colorida	xx	5,00 €	xxx,xx€																														
TOTAL	x		xxx,xx€																														

(Assinatura e Carimbo do Prestador)

PROCESSADO PROG CERT/ //

Fig. 3 – Exemplo, meramente ilustrativo, quando se trate de apenas um estabelecimento.

Exemplo (2):

		FATURA N.º	XXXXXXXXXX
		DATA:	AAAA/MM/DD
ORIGINAL		FATURAÇÃO	MM/AAAA
Ótica Aderente:		INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM	
MORADA:		Rua das Pretas, n.º 1	
NIF:		NIF:	5 11 284 349
Natureza das Prestações: Programa +VISÃO			
FATURAÇÃO EM EUROS			
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR COMPARTICIPADO (Un)	VALOR TOTAL
ID - Estabelecimento 1			
Comparticipação +Visão	xx	150,00 €	xxx,xx€
Aros	xx	0,75 €	xxx,xx€
Lente Graduada Branca	xx	2,00 €	xxx,xx€
Lente Graduada Colorida	xx	3,00 €	xxx,xx€
Lente Bifocal / Progressiva Branca	xx	4,00 €	xxx,xx€
Lente Bifocal / Progressiva Colorida	xx	5,00 €	xxx,xx€
SUBTOTAL	xxxx		xxx,xx€
ID - Estabelecimento 2			
Comparticipação +Visão	xx	150,00 €	xxx,xx€
Aros	xx	0,75 €	xxx,xx€
Lente Graduada Branca	xx	2,00 €	xxx,xx€
Lente Graduada Colorida	xx	3,00 €	xxx,xx€
Lente Bifocal / Progressiva Branca	xx	4,00 €	xxx,xx€
Lente Bifocal / Progressiva Colorida	xx	5,00 €	xxx,xx€
SUBTOTAL	xxxx		xxx,xx€
TOTAL	xxxxxx		xxx,xx€

ISENTO DE IVA - ARTº 9º CIVA

(Assinatura e Carimbo do Prestador)

PROCESSADO PROG CERT// /

Fig. 4 – Exemplo, meramente ilustrativo, quando se trate de mais do que um estabelecimento por Ótica.

5.1.2. Prescrições Médicas

As prescrições médicas que suportam a fatura devem, igualmente, ser enviadas juntamente à fatura.

Em cada um destes documentos deve constar:

- a) Indicação do nome e número do utente;
- b) Identificação do médico Oftalmologista;
- c) Graduação das Lentes;
- d) Data e assinatura do médico Oftalmologista.

5.1.3. Declaração da Segurança Social

De acordo com o n.º 2, do artigo 2.º do Protocolo de Adesão, a condição de beneficiário é atribuída pelo Instituto de Segurança Social da Madeira (ISSM), que emite uma declaração comprovativa (identificando o indivíduo como pensionista no âmbito do Sistema de Segurança Social e atestando que o valor cumulativo das pensões auferidas é inferior ao escalão 66 – à data, 600,00€).

Para efeitos de conferência, esta declaração deverá ser remetida ao IASAÚDE, IP-RAM em conjunto com a prescrição médica.

A ausência da declaração origina a devolução da requisição e à não participação.

Note-se que: o IASAÚDE, IP-RAM é fiel depositário destas declarações após o processo de conferência, ficando protegidos todos os dados pessoais dos beneficiários abrangidos.

5.1.4. Cópia do documento de despesa

O aderente deve ainda enviar a cópia do documento correspondente ao valor remanescente pago pelo beneficiário.

Este documento deve evidenciar o valor da comparticipação (150€), bem como o valor do desconto constante da tabela do ponto 2.

Note-se que: Na cópia, deve obrigatoriamente constar a assinatura legível do beneficiário. Na sua incapacidade, aceita-se a assinatura de um familiar responsável pelo mesmo.

ORIGINAL		FATURA N.º XXXXXXXXXX		DATA: DD/MM/AAAA	
		FATURAÇÃO		MM/AAAA	
Prestador		Nome do Utente			
Estabelecimento		Dados do Utente			
N.º CONTRIBUINTE :		N.º CONTRIBUINTE: 511 284 349			
FATURAÇÃO EM EUROS					
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PVP	VALOR COMPARTICIPADO (Un)	VALOR TOTAL	
Aros	1	xxx,xx€	xxx,xx€	xxx,xx€	
Lentes	xx	xxx,xx€	xxx,xx€	xxx,xx€	
Comparticipação +Visão	1		150,00 €	150,00 €	
Comparticipação reembolso Aros	1		0,75 €	0,75 €	
Comparticipação reembolso Lente Graduada Branca	2		2,00 €	4,00 €	
TOTAL	x			xxx,xx€	

Fig. 5 – Modelo exemplificativo de comprovativo da despesa.

Note-se que: O número de beneficiário deve corresponder à declaração emitida pela Segurança Social e à prescrição médica.

Observação: A faturação mensal só é considerada após receção do ficheiro eletrónico.

6. Divergências da Faturação

Sempre que, no decurso da conferência, sejam detetadas divergências na faturação imputáveis à ótica aderente, o IASAÚDE, IP-RAM procede da seguinte forma:

- a) Emissão de documento identificativo das divergências apuradas que originaram a não aceitação da despesa e solicitação da respetiva nota de crédito, que serão codificadas como D - Devolução.
- b) Emissão de documento identificativo das divergências apuradas que originaram acertos na fatura e solicitação da respetiva nota de débito ou crédito, que serão codificadas como A - Correção de Valores.

6.1. Motivos de Devolução e/ou Acerto:

Os motivos que abaixo se descreve serão motivos de Devolução (D), ao que corresponde à não aceitação dos documentos e / ou valores da fatura na íntegra ou originarão apenas Acertos (A) no total da fatura.

Quadro das Divergências:

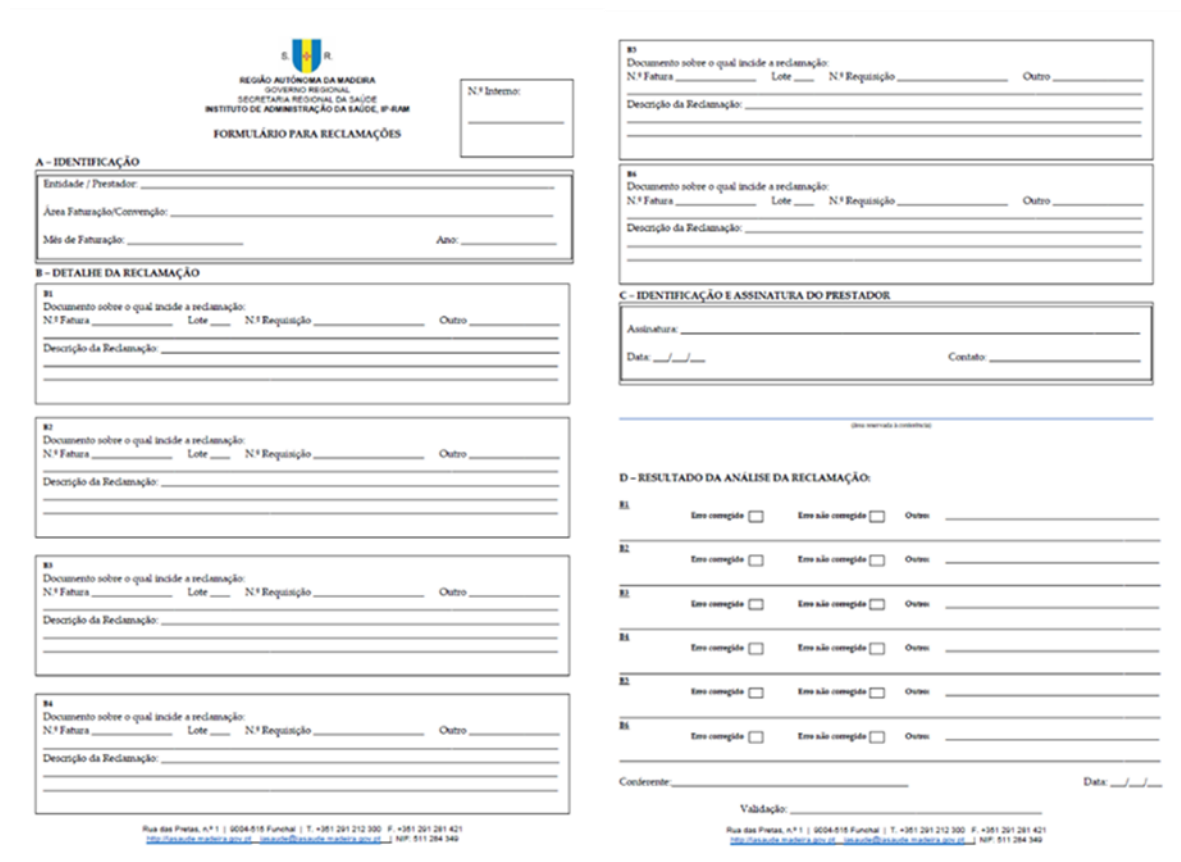
	Descrição das Divergências	Acerto (A) Devolução (D)
1	O valor total da Fatura não reflete ou excede o somatório dos beneficiários do Programa + Visão	A
2	O número da Fatura encontra-se repetido face a outra fatura enviada no mesmo ano	D
3	Sem número de Fatura	D
4	Fatura sem data e / ou período de referência	D
5	A identificação da Entidade Aderente constante na fatura encontra-se incorreta e / ou incompleta (nome, morada e /ou Número de Identificação Fiscal)	D
6	A identificação da Entidade Pagadora (IASAUDE) constante na fatura encontra-se incorreta e / ou incompleta (nome, morada e /ou Número de Identificação Fiscal)	D
7	A Fatura não apresenta o valor total	D
8	A Fatura não apresenta a Assinatura e Carimbo da Entidade Aderente	D
9	A identificação do beneficiário da requisição não corresponde com a Declaração da Segurança Social	D
10	A Declaração da Segurança Social não corresponde ao modelo próprio e/ou não validada	D
11	A requisição não foi enviada	D
12	A Declaração da Segurança Social não foi enviada ou não atesta a condição de beneficiário	D
13	A requisição não emitida por médico oftalmologista	D
14	A cópia do recibo não foi enviada	D
15	A cópia do recibo não está assinada pelo beneficiário	D
16	A prescrição médica não foi enviada	D
17	A prescrição médica não está assinada pelo médico prescritor	D
18	A prescrição apresenta rasuras sem ressalva do médico prescritor	D
19	As lentes e/ou aros não constam da prescrição	A
20	O valor da comparticipação não corresponde com a prescrição	A
21	O valor não corresponde à tabela de reembolsos	A
22	Artigo não abrangido pela tabela de reembolsos	A
23	Utente não abrangido pelo Programa + Visão	D
24	A Refaturação foi emitida sem a regularização da nota de crédito	D
25	A Refaturação ultrapassa os 30 dias	D
26	A Refaturação não se encontra numa fatura isolada	D
27	Outro:	D / A

7. Reclamações

Após comunicação do resultado da conferência, caso existam dúvidas sobre os acertos ou devoluções, o aderente deverá preencher o formulário (conforme imagem abaixo) disponível em <http://www.iasaude.pt/index.php/comparticipacoes-reembolsos/adesoes/formularios-adesoes> para a formalização das reclamações.

O documento tem por objetivo ser um instrumento de gestão por forma a aferir a qualidade dos serviços de conferência, e também para uma melhor gestão dos tempos de resposta.

As reclamações deverão ser encaminhadas ao IASAÚDE, IP-RAM, no modelo disponível, enviado para o endereço eletrónico prestadores@iasaude.madeira.gov.pt.



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
 GOVERNO REGIONAL
 SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
 INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM
FORMULÁRIO PARA RECLAMAÇÕES

N.º Interno: _____

A – IDENTIFICAÇÃO

Entidade / Prestador: _____
 Área Faturação/Convênio: _____
 Mês de Faturação: _____ Ano: _____

B – DETALHE DA RECLAMAÇÃO

B1
 Documento sobre o qual incide a reclamação:
 N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____
 Descrição da Reclamação: _____

B2
 Documento sobre o qual incide a reclamação:
 N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____
 Descrição da Reclamação: _____

B3
 Documento sobre o qual incide a reclamação:
 N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____
 Descrição da Reclamação: _____

B4
 Documento sobre o qual incide a reclamação:
 N.º Fatura _____ Lote _____ N.º Requisição _____ Outro _____
 Descrição da Reclamação: _____

C – IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO PRESTADOR

Assinatura: _____
 Data: ____/____/____ Contato: _____

D – RESULTADO DA ANÁLISE DA RECLAMAÇÃO:

D1 Este corrigido Este não corrigido Outro: _____

D2 Este corrigido Este não corrigido Outro: _____

D3 Este corrigido Este não corrigido Outro: _____

D4 Este corrigido Este não corrigido Outro: _____

D5 Este corrigido Este não corrigido Outro: _____

Coordenante: _____ Data: ____/____/____

Validação: _____

Rua das Praias, n.º 1 | 9004-518 Funchal | T. +351 291 212 300 F. +351 291 281 421
www.iasaude.madeira.gov.pt | iasaude@iasaude.madeira.gov.pt | NIF: 511 284 349

Fig. 7 – Modelo para formalização das reclamações.

8. Nota de Débito ou de Crédito

Após a comunicação dos erros e diferenças por parte do IASAÚDE, IP- RAM, a aceitação dos mesmos pela Ótica aderente consubstancia-se na emissão da respetiva Nota de Débito ou de Crédito.

Cada nota deve ser emitida em papel de tamanho A4, de acordo com a legislação aplicável, nomeadamente o CIVA, e apresentar a seguinte informação:

- Número da Nota de Débito ou de Crédito;
- Data da Nota de Débito ou de Crédito;
- Identificação da entidade prestadora, contendo nomeadamente:
 - Nome da entidade prestadora;
 - Sede Social;
 - Código postal;
 - Número de Identificação Fiscal.
- Identificação da entidade pagadora, de acordo com o CIVA (incluindo, nomeadamente, a morada e o código postal), e que deverá corresponder ao IASAÚDE, IP- RAM à qual foi emitida a Fatura que a Nota de Débito ou de Crédito visa regularizar.
- Número e data da Fatura a que respeita.
- Valor a regularizar.
- Assinatura do responsável e carimbo da Ótica aderente. Note-se que o carimbo deverá corresponder à entidade que está a faturar.

Note-se que é condição de aceitação da Nota de Débito ou de Crédito conter todos os elementos acima identificados. Uma nota de débito ou de crédito apenas pode retificar uma fatura.

NOTA DE CRÉDITO N.º XXXXXXXXXX
DATA: DD/MM/AAAA

ORIGINAL

Prestador Morada N.º CONTRIBUINTE :	INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM Rua das Pretas, n.º 1 9004-515 Funchal N.º CONTRIBUINTE: 511 284 349
--	---

Natureza das Prestações XXXXXXXXXXXX

FATURAÇÃO EM EUROS

DESCRIÇÃO	VALOR A REGULARIZAR
Número e data da Fatura a que respeita.	xxx,xx€
TOTAL	x xx xx xxx,xx€
ISENTOS DE IVA - ART.º 9º CIVA	
_____ (Assinatura e Carimbo do Prestador)	

PROCESSADO PROG CERT///

Exemplo de nota de lançamento.

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: prestadores@iasaude.madeira.gov.pt

Versão

Versão	Data	Alteração principal
1.0	2019.10.01	Versão original Normas de Relacionamento – Programa +Visão