



SPMS_{EPE}
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

MANUAL DE RELACIONAMENTO DOS PRESTADORES CONVENCIONADOS COM O
CENTRO DE CONTROLO E MONITORIZAÇÃO DO CCM-SNS

Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

julho 2020

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	5
2. RELACIONAMENTO DO CCM-SNS COM OS PRESTADORES	8
3. CALENDÁRIO DE CONFERÊNCIA	11
4. ADEÇÃO AO ACORDO DE TRANSMISSÃO DE FATURAÇÃO ELETRÓNICA DE MCDT	15
4.1. INTRODUÇÃO	15
4.2. NOTIFICAÇÃO DE INÍCIO DE TRANSMISSÃO DE FATURAÇÃO ELETRÓNICA DE MCDT.....	16
5. ENVIO DA INFORMAÇÃO PARA O CCM-SNS	17
5.1. INTRODUÇÃO	17
5.2. FATURAÇÃO DE MCDT	18
5.2.1. <i>Qual a informação a enviar?</i>	18
5.2.2. <i>Quais os procedimentos associados ao envio da informação?</i>	51
6. REGRAS DE CONFERÊNCIA	54
6.1. INTRODUÇÃO	54
6.2. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA INFORMAÇÃO ENVIADA	56
6.2.1. <i>Formato papel</i>	56
6.2.2. <i>Formato eletrónico – Ficheiro de Prestação</i>	62
6.2.3. <i>Formato eletrónico – Fatura eletrónica</i>	66
6.3. REQUISICÃO DE MCDT	69
6.3.1. <i>Prescrição</i>	69
6.3.2. <i>Prestação</i>	72
7. COMUNICAÇÃO DOS RESULTADOS DA CONFERÊNCIA	80
7.1. COMUNICAÇÃO DE ERROS E DIFERENÇAS.....	80
7.2. RECLAMAÇÕES	82



7.2.1.	<i>Análise da Reclamação</i>	83
8.	ANEXOS	85
8.1.	TERMO DE ADESÃO AO PORTAL DO CCM-SNS	85
8.2.	ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DAS MENSAGENS ENVIADAS PELO PRESTADOR	85
8.3.	ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DAS MENSAGENS ENVIADAS AO PRESTADOR	86
8.4.	ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO FICHEIRO DE ERRO E DIFERENÇAS	86
8.5.	LISTA DE ERROS E DIFERENÇAS.....	86
8.6.	ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO CÓDIGO DE BARRAS BIDIMENSIONAL	92
8.7.	IDENTIFICAÇÃO DAS ENTIDADES ADQUIRENTES DE FATURAS	92

RESUMO DE ALTERAÇÕES FACE À VERSÃO ANTERIOR

Capítulo	Resumo da Alteração
2 7.2.	Descontinuação do e-mail reclamacoes.ccm@spms.min-saude.pt .
6.2.3. 8.5.	Eliminação do código de erro D302 - <i>O tipo de Lote não é válido.</i>
6.3.2. 8.5.	Eliminação do código de erro G001 - <i>O documento reentrou no CCM-SNS para conferência apresentando erros.</i>
6.3.2. 8.5.	Eliminação do código de erro C073 - <i>Não é pago o pós-processamento (código 726.9) se prestado sem ser prescrito.</i>
7.2.	Atualização do processo de reclamações, e dos documentos a remeter para o CCM-SNS (quando aplicável).
8.5.	Eliminação do código de erro D901 - <i>Documento enviado no âmbito do processo de reclamação não identificado como documento anteriormente conferido pelo CCM-SNS.</i>
Todos	Substituição da menção “ARS”, por “ARS/ULS”.
Todos	Introdução do logotipo do CCM-SNS.



1. Introdução

A conferência de faturas de Medicamentos, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e de outras prestações a utentes é uma atividade fundamental para o controlo da despesa do SNS.

Neste contexto, surgiu o Centro de Controlo e Monitorização do SNS (CCM-SNS), iniciativa desenvolvida pelo Ministério da Saúde, com objetivo de centralizar a nível nacional a conferência de faturas para pagamento pelo SNS.

Com a criação do CCM-SNS, pretende-se generalizar a prescrição eletrónica, promovendo a desmaterialização do processo de prescrição e de conferência de faturas e a adoção da fatura/prestação eletrónica, do qual resultam diversos benefícios para o SNS, Prestadores e utentes, dos quais se destacam:

- A **conferência atempada** das faturas apresentadas;
- A **redução dos erros** de prescrição;
- A **redução de gastos** com Medicamentos, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e restantes áreas de prescrição;
- A **redução dos custos de operação** inerentes ao processo de conferência de faturas do SNS;
- A **agilização e uniformização dos procedimentos de conferência**.

No caso concreto dos Prestadores no âmbito de MCDT, aos benefícios anteriormente referidos há ainda outros de relevo a acrescentar, nomeadamente:

- Uma maior clarificação das regras de conferência aplicáveis;
- A garantia de procedimentos de receção de documentação, conferência e pagamento uniformes em todo o país;
- A possibilidade de adesão à desmaterialização no envio da informação, permitindo a simplificação da gestão do papel e a redução de custos de expedição;
- A visualização *on-line* do estado dos seus processos de conferência.

A concretização dos desideratos acima referidos implica, pois, o estabelecimento de um conjunto de regras que permitam não só operacionalizar o processo de centralização de faturas, mas igualmente uniformizar e agilizar os procedimentos de conferência atuais.

Paralelamente, revelou-se necessária a adoção de um novo sistema de informação integrado que suporte a conferência de faturas de Medicamentos, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, e a categoria residual de outras áreas de prescrição e que permita o tratamento de informação desmaterializada.

No contexto da conferência das faturas relativas à prestação de MCDT participados pelo SNS, a entrada em funcionamento do CCM-SNS e a possibilidade de desmaterialização do processo de prescrição e de conferência de faturas de MCDT, objetivo último do CCM-SNS, implicam a clarificação do seu relacionamento com os respetivos prestadores, bem como das regras de conferência que serão aplicadas.

É assim objetivo do presente documento constituir-se como o Manual de procedimentos no que respeita ao relacionamento dos Prestadores com o CCM-SNS.

Pretendeu-se conceber um documento que facilitasse o seu manuseamento por parte dos prestadores, seguindo, deste modo, de forma articulada, a sequência de fases que constituem o ciclo prescrição-prestação-conferência. Neste sentido, o próximo capítulo apresenta os canais que serão disponibilizados aos Prestadores para comunicação com o CCM-SNS, nomeadamente o seu endereço postal, horários de funcionamento (expediente e atendimento ao público), endereço eletrónico do seu Portal e contacto telefónico da sua Linha de Apoio.

Segue-se o capítulo de apresentação do calendário a respeitar pelos Prestadores no que respeita ao envio da documentação e dos prazos definidos para a disponibilização dos resultados de conferência pelo CCM-SNS. Tendo em conta que se preconiza a possibilidade de envio de informação desmaterializada por parte do prestador, apresenta-se o processo de adesão ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Independentemente do formato de envio da documentação, encontra-se definido um conjunto de procedimentos de preparação e envio da documentação a considerar pelo Prestador e que se detalha no capítulo 5. Neste âmbito apresentam-se os documentos aceites para conferência e as regras para o seu preenchimento.

Em alinhamento com o apresentado, segue o capítulo 6 com a explicitação das regras de conferência a aplicar à documentação enviada pelo prestador. Para cada uma das regras identificadas é atribuído um código de erro para os casos de verificação do seu incumprimento. Neste sentido, dedica-se um último capítulo à apresentação dos procedimentos a adotar caso haja lugar à regularização da faturação apresentada.

Esta versão do documento entra em vigor em julho de 2020.



2. Relacionamento do CCM-SNS com os Prestadores

O CCM-SNS no âmbito da sua atividade relaciona-se estreitamente com os Prestadores de MCDT, nomeadamente para os seguintes efeitos:

- **Disponibilização de informação útil** para o processo de faturação dos Prestadores (por exemplo legislação e normas aplicáveis);
- **Receção da informação de faturação**, quer esta seja enviada em formato papel ou em formato eletrónico, referente aos MCDT prestados no mês anterior;
- **Disponibilização dos resultados de conferência**, nomeadamente montantes, erros e diferenças apurados;
- **Apoio e esclarecimento de dúvidas** referentes à conferência das suas faturas.

De forma a possibilitar a comunicação do CCM-SNS com os prestadores, encontram-se disponíveis os seguintes canais:

1. Morada para expediente:

O CCM-SNS localiza-se na Maia, distrito do Porto, na morada:

Rua de Joaquim Dias Rocha, n.º 170

Zona Industrial da Maia I, Sector X

4470-211 Maia

A faturação mensal e respetiva documentação de suporte devem ser entregues diretamente nas instalações do CCM-SNS. O horário de expediente para receção da documentação física decorre no período das 9:00h e as 18:00h, todos os dias úteis (*vide* Capítulo 3).

2. Linha de Apoio: 00351 221 200 140

Também se encontra disponível nos dias úteis, entre as 9:00h e as 18:00h, para efeitos de esclarecimento de dúvidas e para submissão de solicitações e/ou sugestões no âmbito do processo de conferência da faturação mensal, o atendimento telefónico.

3. E-mail:

O CCM-SNS dispõe de quatro endereços de *e-mail* a considerar pelo prestador:



info.ccm@spms.min-saude.pt, para o qual podem ser enviadas solicitações, pedidos de esclarecimentos e sugestões;

faturas.ccm@spms.min-saude.pt, para o qual deve ser enviada a informação de Faturação em formato eletrónico (de acordo com as especificações identificadas no capítulo 4 e 5).

Neste sentido, e para que o CCM-SNS possa efetuar o reconhecimento da autenticidade das mensagens enviadas pelos prestadores, solicita-se que após a receção dos dados de acesso ao Portal (conforme explicitado seguidamente), **o Prestador proceda ao registo do endereço eletrónico que pretende considerar como oficial nos contactos a estabelecer com o CCM-SNS, na área reservada para esse efeito no Portal.**

4. Portal na Internet: <https://ccmsns.min-saude.pt>

O contacto com o CCM-SNS também se pode efetuar através de um portal na Internet. O Portal apresenta uma área pública, acessível pelo público em geral, onde é disponibilizada informação genérica de legislação e atividade do CCM-SNS, e uma área reservada a cada prestador.

Para aceder à sua área reservada, o Prestador necessita de efetuar um pedido de adesão ao Portal do CCM-SNS. Esta adesão assume um carácter obrigatório, uma vez que, conforme será referido nos capítulos 4 e 5, o acesso à área reservada é necessário para que o Prestador possa registar informações essenciais à Faturação.

O processo de adesão inicia-se com o envio das credenciais de utilizador e da respetiva palavra-passe por correio, pelo CCM-SNS, para a morada do prestador¹. Através destes dados, o Prestador deverá aceder e registar-se no Portal, **formalizando este registo através da aceitação de um termo de adesão ao Portal do CCM-SNS (o template deste termo consta do Anexo 8.1). A partir desta aceitação, o Prestador poderá aceder livremente à sua área reservada.**

Na sua área reservada, o Prestador poderá, nomeadamente:

¹ Constante dos registos da ACSS.



- Consultar o estado da conferência das faturas enviadas e respetivos resultados (nomeadamente não conformidades e valores apurados);
- Visualizar e fazer *download* do comprovativo da receção da informação de Faturação pelo CCM-SNS (disponibilização em formato pdf da fatura eletrónica ou da digitalização e assinatura digital da fatura física durante o período transitório até à adesão por parte de todos os Prestadores à fatura eletrónica);
- Visualizar o histórico dos contactos mantidos com o CCM-SNS através de todos os canais de relacionamento e a indicação do respetivo estado;
- Submeter reclamações sobre o resultado de conferência das suas faturas;
- Efetuar o registo do endereço eletrónico que pretende considerar como oficial nos contactos a estabelecer com o CCM-SNS;

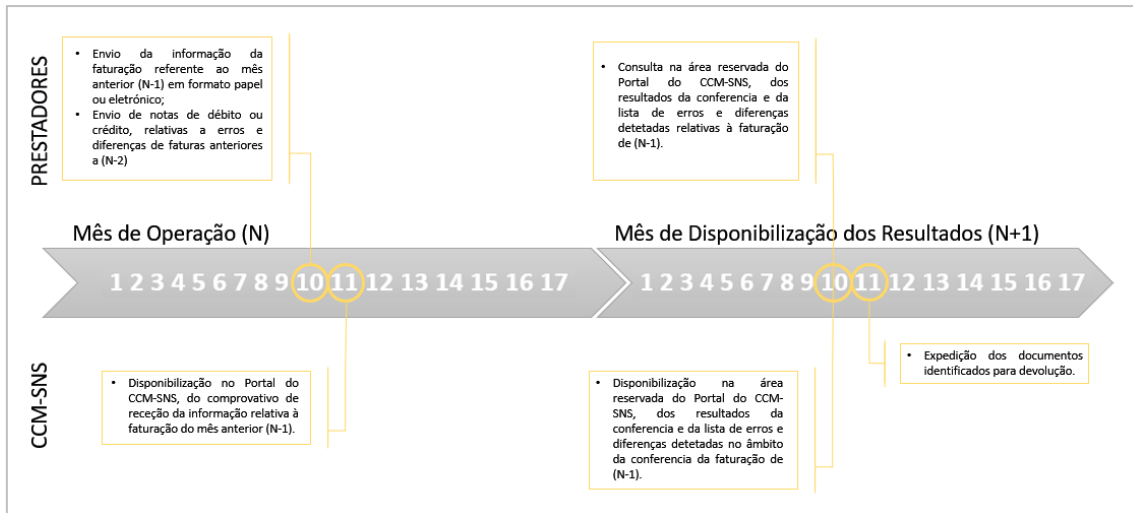
Importa referir que estas funcionalidades (nomeadamente as funcionalidades de consulta) substituem o envio de informação equivalente através de correio, no entanto não condicionam o envio aos prestadores, por este meio, de requisições ou de outros documentos identificados para devolução na sequência do processo da faturação mensal, que se continuará a processar nos termos detalhados.

Do conjunto de canais de comunicação disponíveis, **privilegia-se a utilização do Portal do CCM-SNS como canal preferencial nos contactos a estabelecer com os Prestadores** por promover, por um lado, a desmaterialização do processo de conferência e, por outro, por se tratar do meio de comunicação com maior garantia de segurança, privacidade e autenticidade no acesso à informação transacionada (por exemplo, comparativamente ao telefone e ao correio convencional) e que maior disponibilidade oferece aos prestadores, uma vez que pode ser acedido a qualquer hora, sem obrigatoriedade de restrição aos horários de expediente ou funcionamento da linha de apoio telefónico do CCM-SNS.



3. Calendário de Conferência

O calendário a respeitar pelos Prestadores e pelo CCM-SNS encontra-se seguidamente identificado e explicitado:



Dia 10 do Mês N – Envio da informação de faturação

Corresponde à data limite para receção, pelo CCM-SNS, da informação de faturação respeitante a MCDT, referente aos serviços prestados no mês anterior (N-1). Neste sentido, os Prestadores terão de garantir que, independentemente da forma de envio utilizada (eletrónica ou em papel), o registo de entrada da informação respeitante ao mês anterior (N-1) ocorre no CCM-SNS até ao dia 10. Caso o dia 10 ocorra ao fim de semana ou dia feriado, a receção tem como data limite o dia útil seguinte. Para este efeito dever-se-á ter em conta o feriado municipal da Maia, que ocorre na segunda-feira seguinte ao segundo domingo de julho.

No que se refere aos canais de envio desta informação e à hora limite de entrada da mesma no CCM-SNS, distinguem-se duas situações, descritas de seguida:

1. Prestadores não aderentes ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica

No caso de o Prestador não ter aderido ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica, terá de enviar a documentação em formato papel (fatura, relação de lotes, verbetes de identificação de lotes e requisições) para a morada do CCM-SNS até ao fecho do serviço de expediente do Centro, ou seja, até às 18:00h.

Adicionalmente à documentação em papel, o Prestador terá de enviar obrigatoriamente um Ficheiro de Prestação, gerado a partir de aplicação própria (desde que respeite as

especificações técnicas dos capítulos 8.3 a 8.5), no qual devem ser colocados os dados de prestação relativos a cada uma das requisições que o Prestador enviou para o CCM-SNS (abordado em maior detalhe no capítulo 5.2.1.6).

Este ficheiro deverá ser enviado através do endereço de correio eletrónico oficial do Prestador para o endereço eletrónico do CCM-SNS destinado a este efeito: faturas.ccm@spms.min-saude.pt.

A hora limite para a receção do ficheiro eletrónico são as 20:00h, sendo para este efeito considerada a hora de receção no sistema informático do CCM-SNS registada de forma automática. Caso a receção seja verificada com sucesso, o sistema procede ao envio de uma mensagem de resposta a acusar a receção do ficheiro enviado pelo prestador. Caso o ficheiro não dê entrada com sucesso, o CCM-SNS envia uma resposta indicando os problemas que foram detetados, devendo o Prestador corrigir as situações identificadas e remeter novo ficheiro.

2. Prestadores aderentes ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica

Caso o Prestador tenha aderido à Faturação Eletrónica, a fatura e a informação relativa aos serviços prestados deverão ser enviadas através de *webservice* de acordo com os procedimentos que se encontram descritos em “*Dúvidas Faturação Eletrónica*” na área pública de *Downloads* e Publicações do Portal CCM-SNS. Nesta área encontra-se definido, para além do formato da comunicação a ser trocada, os procedimentos associados ao seu envio e a garantia de cumprimento dos requisitos legais e de segurança.

A hora limite para a receção da fatura eletrónica são as 20:00h, sendo para este efeito considerada a hora de receção no sistema informático do CCM-SNS registada de forma automática. Caso a receção seja verificada com sucesso, o sistema procede ao envio de uma mensagem de resposta a acusar a receção da fatura enviada pelo prestador. Caso a fatura não dê entrada com sucesso, o CCM-SNS envia uma resposta indicando os problemas que foram detetados, devendo o Prestador corrigir as situações identificadas e remeter novo ficheiro.

A informação em formato papel que o Prestador aderente ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica ainda terá de remeter para o CCM-SNS, e que se consubstancia fundamentalmente nas requisições emitidas pelos médicos prescritores, terá de ser recebida até ao fecho do serviço de expediente do Centro, ou seja, até às 18:00h.

Finalmente, importa referir que, tanto para os Prestadores aderentes ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica como para os não aderentes, se a receção da informação de faturação, em formato papel ou em ficheiro eletrónico, for registada com sucesso (sem erros relacionados com a fatura e ficheiro) após a data ou a hora limite definida, esta será processada apenas no ciclo de conferência seguinte, ou seja, no próximo mês (N+1).

Dia 11 do Mês N – Disponibilização de comprovativo de receção

Até ao dia 11 de cada mês será disponibilizado, na área do Portal reservada a cada prestador, o comprovativo de receção da encomenda, através da exposição da imagem da fatura entregue, assinada digitalmente pelo CCM-SNS (no caso de faturas físicas).

Caso o dia 11 ocorra ao fim de semana ou dia feriado, a disponibilização do comprovativo tem como data limite o dia útil seguinte.

Caso o dia 10 ocorra ao fim de semana ou dia feriado, a disponibilização do comprovativo tem como data limite o dia útil seguinte ao da data limite para a receção da informação de faturação.

Para efeitos de apuramento de dias úteis, dever-se-á ter em conta o feriado municipal da Maia, que ocorre na segunda-feira seguinte ao segundo domingo de julho.

Os Prestadores aderentes à Faturação Eletrónica receberão resposta automática sobre a receção, com sucesso ou insucesso, da fatura eletrónica.

Note-se que a fatura apenas será aceite para conferência caso a documentação física correspondente também seja rececionada pelo CCM-SNS dentro do prazo que se encontra definido.

Dia 10 do Mês N +1 – Disponibilização dos resultados do processo de conferência

O processo de conferência decorre no CCM-SNS desde a entrada da informação de Faturação (no dia 10 do mês N) até ao dia 10 do mês seguinte (N+1). Neste dia disponibilizam-se aos prestadores, **na sua área reservada do Portal do CCM-SNS**, os erros e diferenças identificados durante a conferência, com referência à respetiva fatura e apresentação da justificação das retificações realizadas. Se a irregularidade identificada for referente a um documento enviado em papel, poderá ainda ser visualizada a imagem do mesmo (por exemplo, uma requisição).

Caso o dia 10 ocorra ao fim de semana ou dia feriado, a disponibilização tem como data limite o dia útil seguinte. Para este efeito dever-se-á ter em conta o feriado municipal da Maia, que ocorre na segunda-feira seguinte ao segundo domingo de julho.

Adicionalmente, no caso de o Prestador ter aderido ao Acordo de Transmissão da Faturação Eletrónica, os erros e diferenças identificados na informação enviada através de ficheiro eletrónico são-lhe comunicados pela mesma via, ou seja, através de um ficheiro de resposta onde se encontra a lista discriminada das irregularidades detetadas.

Com base na informação das irregularidades detetadas, o Prestador deverá remeter, até ao dia 10 do mês seguinte (N+2), a respetiva nota de crédito ou débito regularizadora dos erros e diferenças identificados pelo CCM-SNS. A forma de envio destes documentos é idêntica à preconizada para a fatura (em formato papel ou ficheiro eletrónico).

Dia 11 do Mês N +1 – Envio da documentação identificada para devolução

Na sequência da conclusão do processo de conferência e da disponibilização dos resultados deste processo, o CCM-SNS procederá à devolução aos prestadores, por correio, dos documentos que apresentem a possibilidade de correção (conforme explicitado nos capítulos 6 e 7), juntamente com o respetivo ofício com a indicação dos erros e diferenças.

Caso o dia 11 ocorra ao fim de semana ou dia feriado, o envio da documentação identificada para devolução ocorrerá no dia útil seguinte.

Caso o dia 10 ocorra ao fim de semana ou dia feriado, o envio desta documentação ocorrerá no dia útil seguinte ao dia limite para término do processo de conferência.

Para efeitos de apuramento de dias úteis, dever-se-á ter em conta o feriado municipal da Maia, que ocorre na segunda-feira seguinte ao segundo domingo de julho.

A responsabilidade do CCM-SNS está adstrita à conferência de faturas e ao apuramento dos montantes a pagar aos Prestadores pelas ARS e ULS.



4. Adesão ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica de MCDT

4.1. Introdução

Conforme já referido anteriormente, um dos objetivos do CCM-SNS é a desmaterialização do ciclo Requisição-Prestação-Conferência. Com a generalização crescente da utilização de aplicações informáticas para a prescrição de MCDT nos Centros de Saúde e nos Hospitais, nomeadamente através do SClínico CSP e outros sistemas certificados, caminha-se no sentido da desmaterialização global da prescrição.

Também no que concerne à possibilidade de evolução para a prestação e faturação eletrónicas, e de acordo com a legislação em vigor para a fatura eletrónica, se considera existirem ganhos processuais e financeiros associados não displicentes. Neste sentido, o CCM-SNS disponibiliza aos Prestadores a possibilidade de aderirem à faturação eletrónica de MCDT, isto é, ao envio em ficheiro eletrónico da fatura e da informação das prestações realizadas no âmbito de cada requisição que suporta a fatura.

A adesão à faturação eletrónica permite otimizar o processo de emissão, bem como o da respetiva conferência, verificando-se nomeadamente:

- maior rapidez na emissão da fatura,
- melhor deteção de erros,
- garantia de autenticidade e conteúdo da fatura ou do documento equivalente,
- não repúdio da emissão e receção,
- uniformização do formato da informação trocada,
- e redução dos custos processuais.

Não obstante a adesão ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica, existirá ainda informação que o Prestador tem de continuar a enviar em formato papel. No entanto, importa referir que o envio por meio eletrónico dos dados da fatura e dos serviços prestados, para além das vantagens acima descritas, simplifica o processo de organização da informação pelos prestadores, uma vez que deixa de haver a necessidade de organizar os documentos em verbetes de lote, ou de emitir uma relação resumo de lotes e fatura em papel.

O envio por meio eletrónico dos dados da fatura e dos documentos de prestação simplifica o processo de gestão documental dos Prestadores permitindo agrupar num tipo de lote a totalidade dos exames que foram prestados através dos serviços eletrónicos:

- Lote do tipo 97 - inclui todos os exames sem papel (ESP) – Emitidos de forma desmaterializada.

4.2. Notificação de início de Transmissão de Faturação Eletrónica de MCDT

O pedido de adesão à faturação eletrónica de MCDT tem início formal com o envio da minuta assinada (minuta para notificação do início de envio da fatura eletrónica) à ARS/ULS por parte do prestador, ou outra entidade em quem delegue esta matéria, a informar da adesão à fatura eletrónica e que da parte da ARS/ULS deverá existir uma declaração de aceitação, em momento prévio ao envio da fatura eletrónica.

Estas comunicações devem ser feitas com conhecimento à ACSS, ARS/ULS respetiva e ao CCM-SNS através do endereço info.ccm@spms.min-saude.pt.

A notificação por parte do Prestador deve ter lugar com uma antecedência mínima de 20 dias ao envio da fatura.

O template desta minuta encontra-se disponibilizado em “Dúvidas Faturação Eletrónica” na área pública de Downloads e Publicações do Portal CCM-SNS.



5. Envio da Informação para o CCM-SNS

5.1. Introdução

O presente capítulo tem como objetivo apresentar a informação a enviar mensalmente pelos Prestadores para o CCM-SNS para efeitos de faturação, quer esta se apresente em formato papel ou em formato eletrónico, bem como as respetivas regras de preenchimento.

Decorrente do já explicitado em capítulos anteriores, é possível classificar os prestadores, no que concerne ao formato de envio da informação de Faturação, em dois tipos:

- a) **Prestadores não aderentes ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica de MCDT**, que procedem ao envio da documentação (fatura, relação de lotes, verbete de identificação de lote, requisições, notas de crédito e notas de débito) em formato papel, acrescida de um Ficheiro de Prestação, enviado eletronicamente;
- b) **Prestadores aderentes ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica de MCDT**, que aderem à Faturação Eletrónica, tendo para este efeito celebrado o referido acordo com a ACSS.

Em ambos os casos, os Prestadores têm de emitir uma fatura por ARS e por ULS, por área de MCDT para a qual estão convencionados, e enviar as requisições médicas que suportam cada fatura.

De acordo com a Tabela de Convenção, são consideradas as seguintes áreas de MCDT:

Código	Área de MCDT
A	Análises Clínicas
B	Anatomia Patológica
C	Cardiologia
D	Medicina Nuclear
E	Eletroencefalografia
F	Endoscopia Gastroenterológica
G	Medicina Física e Reabilitação
H	Otorrinolaringologia
I	Pneumo e Imunoalergologia
J	Urologia
L	Neurofisiologia




Código	Área de MCDT
M	Radiologia
N	Consultas
O	Psicologia

A documentação enviada em formato papel para o CCM-SNS deverá ser acondicionada em caixas, devidamente identificadas com o código de convenção (atribuído pela ACSS e comunicado com antecedência aos prestadores) e com o número total de volumes expedidos. Para este efeito, encontra-se disponível no Portal do CCM-SNS a possibilidade de impressão de uma etiqueta-tipo para colar nos volumes.

Refira-se a este respeito que na mesma caixa não pode ser acondicionada documentação respeitante a faturas diferentes, ou seja, a documentação referente a cada fatura deverá encontrar-se numa caixa distinta.

Apenas deve ser enviada a informação em papel referida anteriormente. Caso o Prestador envie outra documentação, a mesma será ignorada, e não será devolvida pelo CCM-SNS ao prestador.

A secção seguinte reflete a informação e procedimentos a serem assegurados pelos Prestadores não aderentes ao Acordo de Faturação Eletrónica.

Nota: As caixas de texto identificadas com o símbolo  correspondem a boas práticas recomendadas, com vista à uniformização de procedimentos.

5.2. Faturação de MCDT

5.2.1. Qual a informação a enviar?

A informação a enviar para efeitos de Faturação pelos Prestadores não aderentes à faturação eletrónica, subdivide-se entre aquela que é enviada em formato papel e aquela que é submetida eletronicamente.

- Em formato papel, a informação a enviar é composta por:
 - Fatura em duplicado (uma por ARS e por ULS e por área de MCDT faturada);



- Notas de débito/crédito (em duplicado);
 - Relação de lotes;
 - Verbete de identificação de lote;
 - Requisições médicas dos MCDT;
- Em formato eletrónico, o Prestador deverá enviar um Ficheiro de Prestação, gerado a partir de aplicação própria (desde que respeite as especificações técnicas dos capítulos 8.3 a 8.5). Neste Ficheiro, o Prestador deverá colocar os dados de prestação referentes às requisições de MCDT que submeteu em papel para o CCM-SNS.

Com a adesão dos Prestadores à Faturação Eletrónica, o envio dos documentos contabilísticos (fatura e notas de débito/crédito) é substituído pelo envio em formato desmaterializado, isto é, a fatura em papel e o ficheiro de prestação são substituídos pela fatura eletrónica.

Caso haja lugar a correções detetadas e comunicadas no processo de conferência do mês anterior, os Prestadores terão ainda de enviar a nota de débito ou crédito com vista à retificação da fatura a corrigir.

Os Prestadores terão de enviar esta informação até ao dia 10 do mês seguinte a que esta respeita, para que a sua conferência seja assegurada nos prazos referidos no capítulo 3. Tal como foi referido anteriormente, caso o dia 10 ocorra ao fim de semana ou dia feriado, a receção tem como data limite o dia útil seguinte. Para este efeito dever-se-á ter em conta o feriado municipal da Maia, que ocorre na segunda-feira seguinte ao segundo domingo de julho.

As requisições têm de ser entregues agrupadas em lotes, de acordo com o tipo de lote a que pertencem, sendo que cada lote deve contemplar apenas requisições do mesmo tipo. São aceites os seguintes tipos de lote:

Código	Tipos de Lote
0	Requisições normais
1	Requisições de doentes com doença profissional
2	Requisições de migrantes
97	Exames sem papel

Os exames sem papel serão incluídos no lote 97, lote único sem limitação de requisições ou linhas de prescrição, devendo existir um item na fatura que identifique o volume e valor das requisições e linhas que estão a ser faturadas.

Os documentos devolvidos em consequência do processo de conferência do mês anterior que tenham sido corrigidos devem ser incluídos nos lotes respetivos do mês seguinte, para nova conferência.

As próximas secções irão explicar, em detalhe, qual a informação que terá de constar em cada um dos documentos:

- Fatura
- Nota de débito ou de crédito
- Relação de lotes
- Verbete de identificação de lote
- Requisições de MCDT
- Ficheiro de prestação

A informação e o formato que deve ser seguido no envio dos documentos contabilísticos desmaterializados fatura e notas de débito/crédito, para aderentes à Faturação Eletrónica encontra-se descrita em ***“Dúvidas Faturação Eletrónica”*** na área pública de ***Downloads e Publicações do Portal CCM-SNS***.

O incumprimento destas diretrizes resultará na não aceitação ou devolução destes documentos ao prescriptor para correção (conforme se explicitará detalhadamente nos capítulos 6 e 7).

5.2.1.1. Fatura

A fatura física (apenas durante o período transitório até à adesão do Prestador ao acordo de transmissão de faturação eletrónica) ou eletrónica deverá estar de acordo com a legislação



aplicável, nomeadamente o CIVA², ou outros requisitos específicos, definidos no presente manual. Assim, deverá conter a seguinte informação:

- Número da fatura
- Data da fatura, não deve corresponder a data posterior ao último dia do mês da prestação de serviços, podendo, no entanto, corresponder a datas anteriores
- Indicação de fatura “Original” (uma vez que é obrigatório o envio de uma Fatura em duplicado)
- Identificação da entidade prestadora, contendo nomeadamente:
 - Designação da entidade prestadora
 - Sede social
 - Código postal
 - Número de identificação fiscal
 - Código de convenção, atribuído pela ACSS
 - No caso de estar inscrita numa conservatória de registo comercial, terá ainda de colocar a conservatória onde está matriculada, o seu número de matrícula e o capital social
- Identificação da entidade adquirente, de acordo com o CIVA, e que deverá corresponder à ARS à qual respeitam os locais de prescrição constantes nas requisições que suportam a fatura³
- Descrição dos serviços faturados discriminados por área e tipo de lote, com a seguinte informação:

² Código do IVA.

³ Caso a entidade verifique que as requisições apresentam locais de prescrição que pertencem a ARS/ULS diferentes deverá emitir uma Fatura mensal por cada ARS/ULS.



- Área de MCDT que está a ser faturada
- Código dos tipos de lotes que estão a ser faturados (normal - 0, doentes com doença profissional – 1, migrantes - 2, normal requisições especiais – 3, doença profissional requisições especiais – 4 ou migrantes requisições especiais – 5, exames sem papel - 97). Os Prestadores apenas devem colocar as requisições nos lotes especiais (3, 4 e 5) quando estas tiverem sido recusadas nos lotes 0, 1 e 2, isto é, não possuírem n.º de requisição com 19 caracteres e/ou *checkdigit* válido
- Número de lotes que estão a ser faturados dentro de cada tipo de lote
- Número de requisições que estão a ser faturadas dentro de cada tipo de lote
- Valor das prestações que estão a ser faturadas dentro de cada tipo de lote (em euros)
- Valor dos domicílios (em euros) que estão a ser faturados dentro de cada tipo de lote (aplicável apenas à área A – Análises Clínicas)
- Valor total das taxas moderadoras aplicadas nas requisições pertencentes a cada tipo de lote (em euros)
- Número total de lotes enviados
- Número total de requisições enviadas
- Valor total das prestações, que deverá ser o somatório do valor das prestações faturadas no âmbito das requisições que suportam a fatura
- Valor total dos domicílios, que deverá ser o somatório do valor dos domicílios faturados no âmbito das requisições que suportam a fatura (caso existam)
- Valor total das taxas moderadoras, que deverá ser o somatório do valor das Taxas Moderadoras aplicadas no âmbito das requisições que suportam a fatura
- Valor total do desconto a aplicar ao valor total das prestações e aos domicílios, nos termos do acordo estabelecido entre o Prestador convencionado e a ARS e ULS (caso exista)



- Valor da fatura, que deverá ser o **somatório do valor total das prestações e domicílios, subtraído do valor do desconto aplicado**

Atenção: Esta informação deverá constar toda na fatura, não podendo ser dividida como até agora por dois documentos (mais que uma página).

Se o Prestador necessitar de faturar portes de correio, este valor terá de ser faturado através de fatura autónoma, devendo a fatura ser enviada diretamente para a ARS ou ULS respetiva. O CCM-SNS não efetua a conferência de portes de correio, sendo esta uma responsabilidade das ARS ou ULS.

Para qualquer efeito uma fatura só será reconhecida como entregue e aceite, desde que validada com selo e respetiva assinatura digital do CCM-SNS ou após envio de resposta automática com sucesso pelo webservice responsável pela receção da fatura eletrónica.

A imagem seguinte exhibe um modelo exemplificativo de fatura mensal, corretamente preenchido com toda a informação que é exigida. Não é obrigatória a adoção do modelo apresentado. No entanto é condição para a sua aceitação que a fatura mensal contenha os elementos identificados e pela ordem anteriormente apresentada e numa única página A4.

A informação e o formato que deve ser seguido no envio da fatura eletrónica **encontra-se descrita em “Dúvidas Faturação Eletrónica” na área pública de Downloads e Publicações do Portal CCM-SNS.**



Os Prestadores que detenham capacidade para apresentar a informação anterior em código de barras bidimensional poderão fazê-lo, sendo que nestes casos o conteúdo deste código se sobrepõe à informação alfanumérica do documento (em anexo encontram-se as especificações técnicas do conteúdo do código de barras).



FACTURA Nº DATA		12345 31.03.2009				
ORIGINAL						
CLÍNICA NOVA AMOREIRAS ESTRADA DAS AMOREIRAS Nº123, LISBOA 1234 - 123 LISBOA			ENTIDADE: ARS LISBOA E VALE DO TEJO, IP			
Nº DE CONTRIBUINTE: 123456789 CÓDIGO DA CONVENÇÃO: 999999999			SEDE SOCIAL: Avenida dos Estados Unidos da América, Nº 77 1749-096 Lisboa			
			Nº DE CONTRIBUINTE: 503148776			
Natureza das Prestações <input type="checkbox"/> A Análises Clínicas						
FACTURAÇÃO EM EUROS						
	NÚMERO DE LOTES	NÚMERO DE REQUISIÇÕES	VALOR DAS PRESTAÇÕES	VALOR DOS DOMÍLIOS	TAXAS MODERADORA	
0 - NORMAL	78	2.310	30.234,23	130,33	1.234,43	
1 - DOENTES PROFISSIONAIS	20	700	12.417,17	-	1.105,36	
3 - NORMAL ESPECIAIS	2	56	193,22	-	15,23	
TOTAIS	100	3.066	42.844,62	130,33	2.355,02	
					DESCONTO APLICÁVEL	1285,34
TOTAL DA FACTURA (VALOR DAS PRESTAÇÕES + VALOR DOS DOMÍLIOS - DESCONTO APLICÁVEL)					41.689,61 €	
ASSINATURA <i>José Fonseca</i>						
<small>Isento de IVA ao abrigo do nº2 do Art.º 9 do CIVA</small>						

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração.

Refira-se que caso a entidade convencionada emita Recibos Verdes Eletrónicos (Fatura-Recibo) em vez de faturas, os mesmos devem ser enviados diretamente para a ARS/ULS respetiva após tomar conhecimento dos resultados de conferência. Para este efeito, o Prestador terá de enviar previamente para conferência no CCM-SNS, nos prazos definidos no capítulo 3, a seguinte informação:

- Documento comprovativo de serviços prestados, com data até ao último dia do mês em que foram prestados os serviços, com a mesma informação solicitada para a fatura. Um



template que pode ser usado para este documento encontra-se disponível para *download* no portal do CCM-SNS. Deve ser atribuído um n.º a este documento (p.e.: para o documento a emitir em outubro, de 2011, seria o documento n.º 2011-10), basicamente associar o sequencial do ano e mês, para mais facilmente se identificar e registar o documento no CCM-SNS

- Requisições relativas aos serviços prestados e que suportam o documento referido anteriormente, devidamente organizadas em lotes de acordo com os normas exigidas neste manual, e identificadas através dos respetivos verbetes de identificação de lote e de uma relação de lotes, seguindo as especificações dos subcapítulos 5.2.1.4 e 5.2.1.3, respetivamente

- Ficheiro de Prestação Eletrónica, conforme explicado no subcapítulo 5.2.1.6

5.2.1.2. Nota de débito ou de crédito

Após a comunicação dos erros e diferenças por parte do CCM-SNS, a aceitação dos mesmos consubstancia-se na emissão da respetiva nota de débito ou de crédito (ou documento equivalente, por exemplo, notas de lançamento). Para o CCM-SNS deverá ser enviado o original e duplicado deste documento, com a informação obrigatória impressa numa só página em folha de tamanho A4, que deverá estar de acordo com a legislação aplicável, nomeadamente o CIVA, e conter 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:
 - Designação da entidade prestadora
 - Sede social
 - Código postal
 - Número de identificação fiscal
 - Código de convenção, atribuído pela ACSS



- No caso de estar inscrita numa conservatória de registo comercial, terá ainda de colocar a conservatória onde está matriculada, o seu número de matrícula e o capital social

- Identificação da entidade adquirente, de acordo com o CIVA e que deverá corresponder à ARS ou ULS à qual foi emitida a fatura que a nota de débito ou de crédito visa regularizar⁴

- Número da fatura, data e área de convenção a que respeita.

- Importância a regularizar

É condição para a aceitação da nota de débito ou de crédito que esta contenha os elementos identificados e pela ordem anteriormente apresentada.

Uma nota de débito ou de crédito apenas pode retificar uma fatura.

5.2.1.3. Relação de lotes

Em anexo à fatura, é obrigatório o envio de um documento de relação de lotes de tamanho A4, preenchido com os seguintes elementos:

- Número da fatura correspondente

- Data da fatura

- Designação da entidade prestadora

- Código da convenção, atribuído pela ACSS

- Área de MCDT

- Número da folha, relativo ao total de folhas da relação resumo de lotes

⁴ Caso a entidade prestadora possua montantes a regularizar com diferentes ARS/ULS, deverá emitir uma nota de débito ou crédito por cada ARS/ULS.



- Dados informativos, discriminados por lotes e transcritos dos respetivos verbetes de identificação de lote:
 - Código-tipo do lote
 - Número sequencial do lote
 - Número total de requisições que compõem o lote
 - Valor total das prestações referentes às requisições que compõem o lote (em euros)
 - Valor total dos domicílios referentes às requisições que compõem o lote (em euros)
 - Valor das taxas moderadoras referentes às requisições que compõem o lote (em euros)
- O valor “Total ou a Transportar”, onde devem ser colocados, nos campos respetivos, o somatório do número de requisições, do valor das prestações, do valor dos domicílios e do valor das taxas moderadoras de todos os lotes que estão identificados na respetiva página da relação de lotes.

Apenas poderá ser apresentado um documento de Relação de Lotes por fatura (caso seja necessário, com mais do que uma página).



Recomenda-se que os lotes sejam ordenados segundo o tipo a que respeitam, e que esta organização seja refletida na atribuição do número sequencial.

A imagem seguinte exhibe um exemplo do modelo de Relação de Lotes corretamente preenchido com toda a informação que é exigida. É obrigatório que o documento siga o novo modelo, podendo este ser substituído por um impresso produzido informaticamente desde que contenha os elementos identificados e pela ordem anteriormente apresentada.



		RELAÇÃO DE LOTES MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS			Factura Nº 12345 3 1 0 3 0 9																																											
					Folha Nº 1 de 1																																											
ENTIDADE PRESTADORA				NATUREZA DAS PRESTAÇÕES																																												
NOME Clínica Nova Amoreiras, LDA				<table border="1"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>A</td><td>ANÁLISES CLÍNICAS</td><td><input type="checkbox"/></td><td>H</td><td>OTORRINOLARINGOLOGIA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>B</td><td>ANATOMIA PATOLÓGICA</td><td><input type="checkbox"/></td><td>I</td><td>PNEUMO E IMUNOLOGIA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>C</td><td>CARDIOLOGIA</td><td><input type="checkbox"/></td><td>J</td><td>UROLOGIA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>D</td><td>MEDICINA NUCLEAR</td><td><input type="checkbox"/></td><td>L</td><td>NEUROFISIOLOGIA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>E</td><td>ELECTROENCEFALOGRAFIA</td><td><input type="checkbox"/></td><td>M</td><td>RADIOLOGIA</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>F</td><td>ENDOSCOPIA GASTROENT.</td><td><input type="checkbox"/></td><td>N</td><td>CONSULTAS</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>G</td><td>MEDICINA FÍSICA E REABILIT.</td><td><input type="checkbox"/></td><td>O</td><td>PSICOLOGIA</td></tr> </table>			<input checked="" type="checkbox"/>	A	ANÁLISES CLÍNICAS	<input type="checkbox"/>	H	OTORRINOLARINGOLOGIA	<input type="checkbox"/>	B	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/>	I	PNEUMO E IMUNOLOGIA	<input type="checkbox"/>	C	CARDIOLOGIA	<input type="checkbox"/>	J	UROLOGIA	<input type="checkbox"/>	D	MEDICINA NUCLEAR	<input type="checkbox"/>	L	NEUROFISIOLOGIA	<input type="checkbox"/>	E	ELECTROENCEFALOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	M	RADIOLOGIA	<input type="checkbox"/>	F	ENDOSCOPIA GASTROENT.	<input type="checkbox"/>	N	CONSULTAS	<input type="checkbox"/>	G	MEDICINA FÍSICA E REABILIT.	<input type="checkbox"/>	O	PSICOLOGIA
<input checked="" type="checkbox"/>	A	ANÁLISES CLÍNICAS	<input type="checkbox"/>	H	OTORRINOLARINGOLOGIA																																											
<input type="checkbox"/>	B	ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/>	I	PNEUMO E IMUNOLOGIA																																											
<input type="checkbox"/>	C	CARDIOLOGIA	<input type="checkbox"/>	J	UROLOGIA																																											
<input type="checkbox"/>	D	MEDICINA NUCLEAR	<input type="checkbox"/>	L	NEUROFISIOLOGIA																																											
<input type="checkbox"/>	E	ELECTROENCEFALOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	M	RADIOLOGIA																																											
<input type="checkbox"/>	F	ENDOSCOPIA GASTROENT.	<input type="checkbox"/>	N	CONSULTAS																																											
<input type="checkbox"/>	G	MEDICINA FÍSICA E REABILIT.	<input type="checkbox"/>	O	PSICOLOGIA																																											
CÓDIGO DA ENTIDADE 9 9 9 9 9 9 9																																																
LOTE		NÚMERO DE REQUISIÇÕES	VALOR DAS PRESTAÇÕES(€)	VALOR DOS DOMICÍLIOS (€)	TAXAS MODERADORAS (€)																																											
CÓD.TIPO *	NÚMERO SEQUENCIAL																																															
TRANSPORTE																																																
0	1	30	602,21	30,15	48,18																																											
0	2	30	123,30	14,98	9,86																																											
0	3	30	124,76	0,00	9,98																																											
		30	226,54	0,00	18,12																																											
		30	790,76	0,00	63,26																																											
		30	1.923,43	0,00	153,87																																											
0	7	30	321,94	13,23	25,76																																											
0	8	30	213,64	4,00	17,09																																											
0	9	30	435,12	0,00	34,81																																											
0	10	30	456,64	0,00	36,53																																											
TOTAL OU A TRANSPORTAR:		300	5.218,34	62,36	417,46																																											

Caso a Relação de Lotes tenha mais do que 1 página, o campo "Transporte" deverá ser utilizado para colocar os totais da página anterior.

*
(0) REQUISIÇÕES NORMAIS
(1) REQUISIÇÕES DE DOENTES PROFissionais
(2) REQUISIÇÕES DE MIGRANTES

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração.



A imagem seguinte exibe um exemplo de um impresso produzido pela aplicação de geração do ficheiro de prestação disponibilizada pelo CCM-SNS.

Ministério da Saúde

RELAÇÃO DE LOTES
MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS

Factura nº E-2001
31/07/2011

Página 1 de 1

Entidade Prestadora

Nome: PBC

Código da Entidade: 12345678

Natureza das Prestações

<input checked="" type="checkbox"/> Análises Clínicas <input type="checkbox"/> Anatomia Patológica <input type="checkbox"/> Cardiologia <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear <input type="checkbox"/> Electroencefalografia <input type="checkbox"/> Endoscopia Gastroent. <input type="checkbox"/> Med. Física e Rehabil.	<input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia <input type="checkbox"/> Pneumo e Imatoleg. <input type="checkbox"/> Urologia <input type="checkbox"/> Neurofisiologia <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Psicologia
---	---

LOTE		NÚMERO DE REQUISIÇÕES	VALOR DAS PRESTAÇÕES (€)	VALOR DOS DOMÍCIOS (€)	TAXAS MODERADORAS (€)
NÚMERO SEQUENCIAL	CÓD. TIPO *				
Transporte		0	0.00	0.00	0.00
1	0	1	43.90	0.00	11.00
1	1	1	15.84	8.00	0.00
Total ou a Transportar		2	59.74	8.00	11.00

(*) Registo de Prestação
 (1) Transporte de Doentes e Colaborados
 (2) Transporte de Órgãos

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

Para os Prestadores que recorram ao preenchimento manual da Relação de Lotes informa-se que este modelo estará disponível para impressão através do Portal do CCM-SNS.



5.2.1.4. Verbetes de Identificação de Lote

Cada lote tem de estar identificado através de um verbete de identificação de tamanho A4, preenchido com os seguintes elementos:


- Número e data da fatura ou ano e mês a que corresponde a faturação;
- Nome da entidade prestadora;
- Código da convenção, atribuído pela ACSS;
- Indicação da área de MCDT a que o lote respeita;
- Código-tipo e número sequencial do lote (o é sequencial por tipo de lote, e não, para todos os lotes que compõe a fatura)
- Número de requisições que compõe o lote;
- Valor total das prestações realizadas para as requisições que compõem o lote (em euros);
- Valor dos domicílios realizados para as requisições que constituem o lote (em euros);
- Valor das taxas moderadoras aplicadas para as requisições que compõem o lote (em euros).
- Os Prestadores que detenham capacidade para apresentar a informação exigida em código de barras bidimensional poderão fazê-lo, sendo que nestes casos o conteúdo deste código se sobrepõe à informação alfanumérica do documento (em anexo encontram-se as especificações técnicas do conteúdo do código de barras).

As requisições devem vir anexas ao verbete de identificação de lote, para que aquando da receção da fatura seja possível ao CCM-SNS distinguir os diferentes verbetes na caixa. A utilização de um elástico em vez de agrafos é recomendada, pois assim evita-se a violação dos documentos.

A imagem seguinte exhibe um exemplo do modelo de verbete de identificação do lote corretamente preenchido com toda a informação que é exigida. É obrigatório que o documento siga o novo modelo, podendo este ser substituído por um impresso produzido



informaticamente desde que contenha os elementos identificados e pela ordem anteriormente apresentada.

 MINISTÉRIO DA SAÚDE		VERBETE DE IDENTIFICAÇÃO DO LOTE MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS			Factura Nº 12345 3 1 0 3 0 9	
Entidade Prestadora		Clínica Nova Amoreiras, LDA			Código da entidade 9999999999	
NATUREZA DAS PRESTAÇÕES						
A	<input checked="" type="checkbox"/>	ANÁLISES CLÍNICAS	H	<input type="checkbox"/>	OTORRINOLARINGOLOGIA	
B	<input type="checkbox"/>	ANATOMIA PATOLÓGICA	I	<input type="checkbox"/>	PNEUMO E MIUNOLÓGICO	
C	<input type="checkbox"/>	CARDIOLOGIA	J	<input type="checkbox"/>	UROLOGIA	
D	<input type="checkbox"/>	MEDICINA NUCLEAR	L	<input type="checkbox"/>	NEUROFISIOLOGIA	
E	<input type="checkbox"/>	ELECTROENCEFALOGRAFIA	M	<input type="checkbox"/>	RADIOLOGIA	
F	<input type="checkbox"/>	ENDOSCOPIA GÁSTRICA	N	<input type="checkbox"/>	CONSULTAS	
G	<input type="checkbox"/>	MEDICINA FÍSICA E REABILIT.	O	<input type="checkbox"/>	PSICOLOGIA	
NÚMERO SEQUENCIAL	CÓD. TIPO*	NÚMERO DE REQUISIÇÕES	VALOR DAS PRESTAÇÕES(€)	VALOR DOS DOMÍCIOS (€)	TAXAS MODERADORAS (€)	
1	2	30	1.923,43	0,00	153,87	
<p>* (0) REQUISIÇÕES NORMAIS (1) REQUISIÇÕES DE DOENTES PROFISSIONAIS (2) REQUISIÇÕES DE MIGRANTES</p>						

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração



A imagem seguinte exibe um exemplo de um impresso produzido pela aplicação de geração do ficheiro de prestação disponibilizada pelo CCM-SNS. Apesar de este exemplo incluir a lista de requisições, esta informação não é obrigatória neste impresso.

		VERBETE DE IDENTIFICAÇÃO DO LOTE MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS			Factura nº E-2001 31/07/2011	
Entidade Prestadora PBC		Código de Entidade 12345678				
Natureza das Prestações						 * C L *
<input checked="" type="checkbox"/> A	Análises Clínicas	<input type="checkbox"/> H	Otorrinolaringologia			
<input type="checkbox"/> B	Anatomia Patológica	<input type="checkbox"/> I	Pneumo e Imoalerg.			
<input type="checkbox"/> C	Cardiologia	<input type="checkbox"/> J	Urologia			
<input type="checkbox"/> D	Medicina Nuclear	<input type="checkbox"/> L	Neurofisiologia			
<input type="checkbox"/> E	Electroencefalografia	<input type="checkbox"/> M	Radiologia			
<input type="checkbox"/> F	Endoscopia Gastroent.	<input type="checkbox"/> N	Consultas			
<input type="checkbox"/> G	Medicina Física e Reabilit.	<input type="checkbox"/> O	Psicologia			
NUMERO SEQUENCIAL	CÓD. TIPO *	NUMERO DE REQUISIÇÕES	VALOR DAS PRESTAÇÕES (€)	VALOR DOS DOMICÍLIOS (€)	TAXAS MODERADORAS (€)	
1	0	1	43.90	0.00	11.00	
<small>* 00 Respostas Gerais 01 Respostas de Diagnóstico 02 Respostas de Diagnóstico 03 Respostas de Diagnóstico</small>						
#	NUMERO REQUISICÃO	NUMERO DE PROCEDIMENTOS	VALOR DOS PROCEDIMENTOS (€)	VALOR DOS DOMICÍLIOS (€)	TAXAS MODERADORAS (€)	
1	3040011084600471009	10	43.90	0.00	11.00	

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

Para os Prestadores que recorram ao preenchimento manual do verbete de identificação de lote informa-se que este modelo estará disponível para impressão através do Portal do CCM-SNS.

5.2.1.5. Requisição de MCDT

Até à total desmaterialização da prescrição, coexistem duas formas de prescrição eletrónica:

- **Prescrição eletrónica desmaterializada** designada como exame sem papel (ESP)– a prescrição é acessível e interpretável por equipamentos eletrónicos, ou seja, no momento de prescrição, os *softwares* têm de validar e registar a requisição no sistema central de prescrições;
- **Prescrição eletrónica materializada** – a prescrição é impressa.

Às duas formas anteriores acresce a requisição manual, que nos termos do Despacho n.º 6916/2018, de 18 de julho, é aplicável em caso de falência dos sistemas informáticos.

Para o CCM-SNS só deverão ser enviadas as requisições de MCDT no modelo aprovado pelo Despacho n.º 6916/2018, de 18 de julho, emitidas através de aplicações informáticas certificadas pela SPMS.

Neste sentido, o objetivo desta secção é apresentar os modelos de requisição manual e eletrónica materializada de MCDT e as regras do seu preenchimento, distinguindo aquelas que são da responsabilidade do médico prescriptor e aquelas que são da responsabilidade do prestador.

Refira-se que quando a requisição é enviada para efeitos de faturação, é verificada toda a informação de preenchimento obrigatório.



Na imagem seguinte corresponde a um exemplo de requisição eletrónica materializada de MCDT aceite pelo CCM-SNS:

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS Ent. Fin. Resp.: _____ NIPC: _____		 Requisição Nº _____																					
MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO - ATOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS																							
Nome: Nº Utente: _____ NIF: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Idade: _____																					
Entidade Resp. SNS: _____ Nº Benef.: _____ País: _____ N.º Doc.: _____ Contacto do médico / Especialidade: _____		NATUREZA DAS PRESTAÇÕES <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> A ANÁLISES CLÍNICAS</td> <td><input type="checkbox"/> H OTORRINOLARINGOLOGIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B ANATOMIA PATOLÓGICA</td> <td><input type="checkbox"/> I PEDIJO E NEONATOLOGIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> C CARDIOLOGIA</td> <td><input type="checkbox"/> J UROLOGIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> D MEDICINA NUCLEAR</td> <td><input type="checkbox"/> L NEUROFISIOLOGIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> E ELETTROENCEFALOGRAFIA</td> <td><input type="checkbox"/> M RADIOLOGIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F ENDOSCOPIA GASTROENT.</td> <td><input type="checkbox"/> N CONSULTAS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> G MEDICINA FÍSICA E REABILIT.</td> <td><input type="checkbox"/> O PSICOLOGIA</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> A ANÁLISES CLÍNICAS	<input type="checkbox"/> H OTORRINOLARINGOLOGIA	<input type="checkbox"/> B ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> I PEDIJO E NEONATOLOGIA	<input type="checkbox"/> C CARDIOLOGIA	<input type="checkbox"/> J UROLOGIA	<input type="checkbox"/> D MEDICINA NUCLEAR	<input type="checkbox"/> L NEUROFISIOLOGIA	<input type="checkbox"/> E ELETTROENCEFALOGRAFIA	<input type="checkbox"/> M RADIOLOGIA	<input type="checkbox"/> F ENDOSCOPIA GASTROENT.	<input type="checkbox"/> N CONSULTAS	<input type="checkbox"/> G MEDICINA FÍSICA E REABILIT.	<input type="checkbox"/> O PSICOLOGIA						
<input type="checkbox"/> A ANÁLISES CLÍNICAS	<input type="checkbox"/> H OTORRINOLARINGOLOGIA																						
<input type="checkbox"/> B ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> I PEDIJO E NEONATOLOGIA																						
<input type="checkbox"/> C CARDIOLOGIA	<input type="checkbox"/> J UROLOGIA																						
<input type="checkbox"/> D MEDICINA NUCLEAR	<input type="checkbox"/> L NEUROFISIOLOGIA																						
<input type="checkbox"/> E ELETTROENCEFALOGRAFIA	<input type="checkbox"/> M RADIOLOGIA																						
<input type="checkbox"/> F ENDOSCOPIA GASTROENT.	<input type="checkbox"/> N CONSULTAS																						
<input type="checkbox"/> G MEDICINA FÍSICA E REABILIT.	<input type="checkbox"/> O PSICOLOGIA																						
<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> URGENTE Justificação obrigatória do Domicílio ou Urgência: _____ O Médico: _____ <small>NOME DO LEVANTE</small>		TAXA MODERADORA <input type="checkbox"/> ISENTO <input type="checkbox"/> NÃO ISENTO Verificado por computador																					
VINHETAS *M8888* *U111111*		DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> 1 URBANO - Lisboa e Porto <input type="checkbox"/> 2 URBANO - Outras cidades <input type="checkbox"/> 3 NÃO URBANO Localidade: _____ _____ - _____ Km _____																					
Carimbo e Assinatura Responsável pela Unidade de Saúde		INFO. COMPLEMENTAR DADOS CLÍNICOS EM ANEXO Terapêutica atual <input type="checkbox"/>																					
Carimbo da Entidade Prestadora Ass. _____ Data: ____/____/____		SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS Início: ____/____/____ Fim: ____/____/____																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>NOMENCLATURA</th> <th>QUANTIDADE PRESCRITA</th> <th>PRODUTOS A EXAMINAR</th> <th>CÓDIGO</th> <th>QUANTIDADE PRESTADA</th> <th>PREÇO TOTAL PREÇO TX. MOD.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> 888.8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CÓDIGO	NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL PREÇO TX. MOD.	888.8														
CÓDIGO	NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL PREÇO TX. MOD.																	
888.8																							
PROCEDIMENTOS EFETUADOS E NÃO PRESCRITOS																							
Vinheta / Carimbo Médico Executante		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMENCLATURA</th> <th>CÓDIGO</th> <th>QUANTIDADE PRESTADA</th> <th>PREÇO TOTAL PREÇO TX. MOD.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		NOMENCLATURA	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL PREÇO TX. MOD.																
NOMENCLATURA	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL PREÇO TX. MOD.																				
Ass. Médico Executante: _____																							
MÉDICO PRESCRITOR Data: ____/____/____ Assinatura: _____ Validade: _____		<table border="1"> <tr> <td>TOTAL</td> <td>PRESTAÇÕES</td> <td>€</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>TAXAS MODERADORAS</td> <td>€</td> <td>_____</td> </tr> </table>		TOTAL	PRESTAÇÕES	€	_____		TAXAS MODERADORAS	€	_____												
TOTAL	PRESTAÇÕES	€	_____																				
	TAXAS MODERADORAS	€	_____																				
DECLARAÇÃO DO UTENTE Declaro que me foram efetuados os Exames / Tratamentos prescritos ____/____/____ Assinatura do utente: _____ Contacto: _____		CONSENTIMENTO DO UTENTE PARA A DISPONIBILIZAÇÃO DOS RESULTADOS O utente declarou expressamente consentir que os resultados dos exames realizados sejam disponibilizados na sua Área do Cidadão, podendo ser consultados pelos profissionais de saúde do SNS. Assinatura do utente: _____ <input type="checkbox"/> CONSENTO <input type="checkbox"/> NÃO CONSENTO																					
Processado por computador - Software e versão - empresa																							
Ent. Fin. Resp.: _____ NIPC: _____ Nome: _____ VALOR DOS SERVIÇOS PRESTADOS: _____ VALOR POR EXTENSO: _____		Nº _____ NIF _____ Carimbo da Entidade Prestadora Assinatura: _____																					

A – Identificação do Utente

A requisição terá de apresentar, obrigatoriamente, a identificação do utente a quem foi prescrito o MCDT, através da indicação da seguinte informação:

1. **Nome do utente;**
2. **Idade;**
3. **Entidade responsável**, que corresponde ao nome do sistema/subsistema responsável pelo pagamento dos exames ou tratamentos. Admitem-se as seguintes possibilidades:
 - a. SNS
 - b. ISS (Instituto da Segurança Social, para os casos em que o utente é portador de uma **Doença Profissional**)
 - c. Migrante
 - d. SNS: são aceites como sinónimos SNS: ADSE, SAD-GNR, SAD-PSP e IASFA (ADM), para prescrições de 1 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2019, no âmbito do artigo 67 do Decreto-Lei de execução orçamental 2019
4. **Número de beneficiário**, que corresponde ao Número de Utente do SNS ou, alternativamente, o número de pedido de Cartão de Utente (NOP).
5. Se o utente for portador de uma **Doença Profissional** terá de ser colocado, no campo definido para este efeito, o número atribuído pelo Instituto da Segurança Social e constante do cartão de beneficiário de Doença Profissional;
6. Se o utente for originário de um país estrangeiro, tem de apresentar, na área “**Migrantes**”, o **Código do País** de origem do utente (de acordo com a ISO2) e o **número** atribuído ao utente nos termos do protocolo estabelecido com o país de origem para a prestação de cuidados de saúde. Por exemplo, caso se trate de um utente com Cartão Europeu de Seguro de Doença, deverá ser apresentado o número do respetivo cartão.



Exemplo – Identificação de um utente migrante:

The image illustrates the data flow from a European Health Insurance Card (EHIC) to a Portuguese SNS form. The EHIC card (top right) contains the following information:

- Country: FR (France)
- Name: SANTOS
- Surname: MONICA
- Issuance Date: 14/12/1987
- Card Number: 0000000012037863154
- Region: 9999 - PARIS
- Expiration Date: 23/06/2021
- Card ID: 8062001180034401831

The SNS form (bottom) is titled "MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO - ATOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS" and includes the following fields:

- Name: MONICA SANTOS
- Entity: 122 - Domicílio
- Urgency: 1 - Urgente
- Entity Provider: 22 - Domicílio
- Card ID: 8062001180034401831

Red arrows indicate the mapping of data from the EHIC card to the SNS form:

- The EHIC card's country code (FR) is mapped to the "País" field in the SNS form.
- The EHIC card's name (SANTOS) and surname (MONICA) are mapped to the "Nome" and "Nº Utente" fields in the SNS form.
- The EHIC card's card ID (8062001180034401831) is mapped to the "Nº Cartão" field in the SNS form.

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração



Exemplo – Identificação de um doente portador de doença profissional

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CENTRO NACIONAL DE PROTEÇÃO CONTRA OS RISCOS PROFISSIONAIS

PENSIONISTA POR DOENÇA PROFISSIONAL

N.º 1 IDENTIFICAÇÃO SEGURANÇA SOCIAL: **999999999**

Manuel Antunes

N.º 2 Partida de Casella Straube

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS

End. Fin. Resp.:
NIPC:

Regulação N.º

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO - ATOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS

Nome: **Manuel Antunes** Idade: Sexo: M F

Código de Acesso:

Entidade Prest.: **CNPRP** Nº Benef.: **999999999**

Código de Prestação:

País: N.º Doc.: Contrato de médico / Especialidade:

DOMICÍLIO URGENTE

NATUREZA DAS PRESTAÇÕES

<input type="checkbox"/> A: ANÁLISES CLÍNICAS	<input type="checkbox"/> H: OTORRINOLARINGOLOGIA
<input type="checkbox"/> B: ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> I: PNEUMOLOGIA E BRONCOPNEUMOLOGIA
<input type="checkbox"/> C: CARDIOLOGIA	<input type="checkbox"/> J: UROLOGIA
<input type="checkbox"/> D: MEDICINA NUCLEAR	<input type="checkbox"/> L: NEUROFISIOLOGIA
<input type="checkbox"/> E: ELECTROENCEFALOGRAFIA	<input type="checkbox"/> M: RADIOLOGIA
<input type="checkbox"/> F: ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> N: OTOLOGIA
<input type="checkbox"/> G: MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	<input type="checkbox"/> O: PSICOLOGIA

TAXA MODERADORA: ENTIDADE PRESTADORA:

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS CNPRP

REGULAÇÃO N.º

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO - ATOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS

1. NOME: **Manuel Antunes**

CARTÃO IDENTIFICADOR N.º: **999999999**

Idade: **Myriam** Sexo: M F

2. NATUREZA DAS PRESTAÇÕES

<input type="checkbox"/> A: ANÁLISES CLÍNICAS	<input type="checkbox"/> H: OTORRINOLARINGOLOGIA
<input type="checkbox"/> B: ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> I: PNEUMOLOGIA E BRONCOPNEUMOLOGIA
<input type="checkbox"/> C: CARDIOLOGIA	<input type="checkbox"/> J: UROLOGIA
<input type="checkbox"/> D: MEDICINA NUCLEAR	<input type="checkbox"/> L: NEUROFISIOLOGIA
<input type="checkbox"/> E: ELECTROENCEFALOGRAFIA	<input type="checkbox"/> M: RADIOLOGIA
<input type="checkbox"/> F: ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/> N: OTOLOGIA
<input type="checkbox"/> G: MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	<input type="checkbox"/> O: PSICOLOGIA

3. ENTIDADE PRESTADORA: **Carimbo**

País: Data:

DOMICÍLIO URGENTE

5. TAXA MODERADORA: 22. DOMICÍLIO

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração



1. Os campos **“Isento”** ou **“Não Isento”** têm de se encontrar assinalados de acordo com estatuto do utente quanto à dispensa ou obrigatoriedade de pagamento da taxa moderadora;
2. Caso o utente seja **“Isento”**, o campo **“Motivo”** tem de se encontrar preenchido e a requisição, no caso de ser requisição manual, tem de estar devidamente assinada e datada pelo funcionário da unidade de saúde.

No caso da requisição eletrónica materializada, não há necessidade de data nem assinatura, uma vez que essa validação é feita por computador, constando até a nota “Verificado por computador” na requisição.

Note-se que sempre que a parte de baixo da requisição, correspondente ao recibo, venha removida, o CCM-SNS considerará o utente como não isento.

Exemplo de preenchimento taxas moderadoras em requisição manual e requisição eletrónica materializada:

4. Contacto do médico / especialidade		G MEDICINA FISICA E REABILIT. O PSICOLOGIA	Data
4. DOMICILIO URGENTE		5. TAXA MODERADORA	22. DOMICILIO
Justificação obrigatória do domicílio e/ou urgência:		<input checked="" type="checkbox"/> ISENTO <input type="checkbox"/> NÃO ISENTO	1 <input type="checkbox"/> URBANO – Lisboa e Porto 2 <input type="checkbox"/> URBANO – Outras cidades
D D M M A A O médico		25 07 20	3 <input type="checkbox"/> NÃO URBANO
NOME SEM LEGÍVEL		Jose Martins	Localidade
6a VINHETAS		7. INFO. COMPLEMENTAR 14. SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS	

DOMICILIO URGENTE		G MEDICINA FISICA E REABILIT. O PSICOLOGIA	ENTIDADE PRESTADORA
Justificação obrigatória do Domicílio e/ou Urgência:		TAXA MODERADORA	Carimbo da Entidade Prestadora
/ / O Médico		<input checked="" type="checkbox"/> ISENTO <input type="checkbox"/> NÃO ISENTO Verificado por computador	Ass. _____
NOME SEM LEGÍVEL		D DOMICILIO	Data / /
VINHETAS		1 <input type="checkbox"/> URBANO - Lisboa e Porto 2 <input type="checkbox"/> URBANO - Outras cidades	SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS
		3 <input type="checkbox"/> NÃO URBANO Localidade	
		Localidade	
		INFO. COMPLEMENTAR	

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

D – Necessidade de realização de domicílios (apenas para a área A – Análises Clínicas)

No âmbito da Área A – Análises Clínicas poderá existir a necessidade de deslocação ao domicílio do utente para a realização das colheitas. Nestes casos o médico prescriptor terá de colocar a seguinte informação:

1. O campo **“Domicílio”** tem de ser assinalado;



2. Tem de ser apresentada a **justificação clínica** para a realização do domicílio, datada e devidamente assinada pelo médico prescritor.

2 Contato do médico / especialidade

4 DOMICÍLIO URGENTE

Justificação obrigatória do domicílio e/ou urgência:
O utente apresenta sérias dificuldades em movimentar-se.

25 07 20 O médico *António Novo*
NOME SEM LEIXAVAL

5 TAXA MODERADORA

ISENTO NÃO ISENTO

25 07 20
José Martinho
O funcionário

22 DOMICÍLIO

1 URBANO – Lesões e Porto 2 URBANO – Outras cidades

3 NÃO URBANO

Localidade

VINHETAS 7 INCO 14 SESSÕES DE FISIOTERAPIA

E – Identificação dos exames/tratamentos prescritos

A requisição tem de identificar a área de MCDT e, dentro desta, os respetivos exames/tratamentos que foram prescritos ao utente. A seguinte informação é de preenchimento obrigatório:

1. A área de MCDT à qual pertence o exame/tratamento prescrito terá de estar assinalada no campo “Natureza das Prestações”. Caso sejam prescritos exames comuns a várias áreas (Área Z), estas deverão estar indicadas.
2. O exame/tratamento prescrito terá de estar identificado nos campos destinados a este efeito, devendo para tal ser colocado:
 - a. Código do exame de acordo com a Tabela de MCDT Convencionados em vigor;
 - b. Nomenclatura do exame/tratamento de acordo com a Tabela de MCDT Convencionados em vigor;
 - c. Quantidade de exames/tratamentos prescritos. No preenchimento deste campo dever-se-ão ter em conta as seguintes observações:
 - o No âmbito da Área M – Radiologia e Radioterapia, este campo não deverá ser preenchido para os exames cujos códigos e nomenclaturas já traduzem a quantidade pretendida (por via do número de incidências). Caso se pretendam incidências adicionais à quantidade prevista para o exame, deverá recorrer-se aos códigos dos exames previstos na Tabela de Convenção para incidências adicionais.
 - o Sempre que o campo não for preenchido, assumir-se-á que a quantidade pretendida equivale à unidade (1).

d. Produtos a examinar (campo opcional, apenas necessário quando o exame pertence à área A – Análises Clínicas).

Note-se que poderão haver exames/ tratamentos que por terem sido removidos da tabela, não possam a partir de determinada data ser prescritos.

Importa também referir que, com exceção da Medicina Física e de Reabilitação (ver regras de preenchimento da prestação), o Prestador não poderá acrescentar exames adicionais nesta área, uma vez que esta é de preenchimento exclusivo pelo médico prescritor. Assim, sempre que o utente necessite de realizar exames ou tratamentos que não estão prescritos na requisição inicial, deverá dirigir-se a uma Unidade de Saúde no sentido de obter uma nova requisição.

F – Assinatura do Médico Prescritor

Para além da aposição da vinheta do médico prescritor explicada no ponto B, a requisição terá de estar assinada pelo médico prescritor e com a data da prescrição.

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

Esclarecimentos da ACSS à aplicação da Tabela de MCDT Convencionados.

Os Prestadores convencionados deverão consultar regularmente o documento de Esclarecimentos da ACSS à aplicação da Tabela de MCDT Convencionados, uma vez que o CCM-SNS atualiza as suas regras sempre que uma nova versão deste documento é disponibilizada.

Regras de Preenchimento da Prestação

A – Identificação do exame/tratamento, da quantidade prestada, do valor da prestação e da taxa moderadora aplicada

O Prestador convencionado terá de colocar na requisição, para cada exame/tratamento realizado, o respetivo código de acordo com a Tabela de Convenção, a quantidade prestada, o valor da prestação (em euros) e as taxas moderadoras aplicadas.



Refira-se que se a quantidade prestada não estiver presente, considera-se que o Prestador apenas realizou um exame/tratamento.

- **Área F** – O pacote de colonoscopia, é prescrito através do código único 100.7, com a quantidade máxima um e tendo em conta as seguintes regras:
 - A entidade convencionada deve registar na própria requisição, nas linhas 2 a 6, os exames que foram efetivamente prestados (códigos 104.0, 105.8, 106.6, 107.4 e 108.2), indicando somente a quantidade zero ou um, respetivamente para os exames que não efetuou e os que realizou (aqui não há atribuição de qualquer valor pois o mesmo encontra-se incluído no preço total do pacote de colonoscopia, salvaguardando-se a cobrança das taxas moderadoras por exame);
 - Os códigos 101.5, 102.3 são mutuamente exclusivos, mas com a obrigatoriedade da existência de um deles associado ao código 100.7;
 - Os códigos 101.5, 102.3 e 109.0 devem ser incluídos nas linhas 7 a 9 (exames prestados e não prescritos).
 - O código 100.7 é o único código a ser faturado no pacote de colonoscopia com o respetivo preço associado e quantidade 1.
 - À exceção do código 109.0 que acresce ao preço base, sempre que efetuado e devidamente registado no local reservado a procedimentos efetuados e não prescritos.

CÓDIGO	NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	PREÇO TOTAL		
					QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO	Tx. MOD.
	1 Beta-galactosidase, s	0 1		451.0	0 1	21,95	1,10
	2 Beta-glucosidase, s	0 1		452.9	0 1	21,95	1,10
	3						
	4						
	5						
	6						
PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS							
NOMENCLATURA		CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL			
						PREÇO	Tx. MOD.
7							

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração.



M28602		*U113400*				Fin: / /	
CÓDIGO	NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO	PREÇO TOTAL TX. MOD.
	ANTIGÉNIO HBS	1 Um		1130.9	1	13,17	1,10
	ANTICORPOS PARA TOXOPLASMA GONDII - IGG	1 Um		1164.3	1	10,55	1,10
	ANTICORPOS PARA TOXOPLASMA GONDII - IGM	1 Um		1165.1	1	10,55	1,10
	ANTICORPOS PARA RUBÉOLA - IGG+IGM	1 Um		1245.3	1	19,50	1,10
	CREATININA, S/U	1 Um	Sangue	427.8	1	4,58	1,80
	ANTICORPOS ANTI HIV1/HIV2 (ANTICORPOS PARA VIH 1 E 2)	1 Um	Sangue	868.0	1	18,44	1,10
PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS							
				CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO	TX. MOD.

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

Os Prestadores convencionados podem preencher a informação dos exames prestados com recurso a meios informáticos ou pela colocação de etiqueta (o código do exame pode estar impresso em código de barras desde que este inclua o valor também em texto). No entanto, deverá ser garantido que a informação de prestação não se sobrepõe a nenhuma informação de prescrição.

Uma vez que a zona para a informação de prestação na requisição manual e na requisição eletrónica materializada não tem exatamente as mesmas dimensões, aconselha-se que os sistemas sejam desenvolvidos para se adaptarem à requisição que tem essa zona de menor dimensão.

CÓDIGO	NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO	PREÇO TOTAL TX. MOD.
	1 <i>Beta-galactosidase. s</i>	0 1		451.0	0 1	21,95	1,10
	2 <i>Beta-olucosidase. s</i>	0 1		452.9	0 1	21,95	1,10
	3						
	4						
	5						
	6						
PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS							
				CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO	TX. MOD.
				7			

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração



M28602		*U113400*				Fin	
CÓDIGO	NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL	
						PREÇO	TX. MOD.
	ANTIGÉNIO HBS	1 Um		1130.9	1	13.17	1.10
	ANTICORPOS PARA TOXOPLASMA GONDII - IGG	1 Um		1164.3	1	10.55	1.10
	ANTICORPOS PARA TOXOPLASMA GONDII - IGM	1 Um		1165.1	1	10.55	1.10
	ANTICORPOS PARA RUBÉOLA - IGG+IGM	1 Um		1245.3	1	19.50	1.10
	CREATININA, S/U	1 Um	Sangue	427.8	1	4.58	1.80
	ANTICORPOS ANTI HIV1/HIV2 (ANTICORPOS PARA VIH1 E 2)	1 Um	Sangue	868.0	1	18,44	1,10
PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS							
NOMENCLATURA				CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL	
						PREÇO	TX. MOD.

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

Em Medicina Física e de Reabilitação, o Prestador assume igualmente a condição de prescriptor das sessões a realizar (assim, aqui excepcionalmente pode haver prescrição manuscrita em requisições eletrónicas materializadas), devendo seguir-se o seguinte procedimento:

1. Na sequência de uma prescrição de consulta médica de Medicina Física e de Reabilitação emitida pela Unidade de Saúde do SNS (Primeira Consulta ou Consulta Subsequente, com quantidade máxima de uma (1) consulta por tipo de consulta), o prestador, no âmbito desta consulta, decidirá os tratamentos a realizar ao utente (no máximo 60 tratamentos). Estes tratamentos deverão ser colocados em cada uma das 5 linhas remanescentes da prescrição com os respetivos códigos de convenção e a quantidade prescrita, sendo que os tipos de tratamento poderão variar desde que $\sum (Tn1 \times Qn2) \leq 60$, sendo Tn1 = tipo de tratamento, Qn2 = quantidade do tratamento, e n1 situa-se entre 1 e 5, inclusive;
2. Uma vez concluídos os tratamentos, o Prestador tem de colocar, na área da prestação, a quantidade de tratamentos efetivamente prestada, o preço e a taxa moderadora aplicada;
3. Para além das sessões de tratamento, o Prestador poderá incluir ainda a consulta de avaliação final (no máximo 1 consulta), na área de procedimentos prestados e não prescritos, desde que tenha sido produzido o relatório circunstanciado para o médico assistente;
4. Adicionalmente, o Prestador tem de colocar, no campo “Médico Executante”, a vinheta identificativa e a respetiva assinatura do médico fisiatra responsável pela



prescrição e/ou realização dos tratamentos de fisioterapia. Importa referir que a vinheta e a assinatura têm de estar presentes sempre que são realizados quaisquer exames/tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação, independentemente de o Prestador ter adicionado exames/tratamentos ou ter-se limitado a realizar os exames/tratamentos prescritos pelo médico do SNS;

5. A prestação de consulta e de tratamentos tem de ser especificada no Ficheiro de Prestação (conforme explicado capítulo 5.2.1.6) ou na Fatura Eletrónica, caso o Prestador seja aderente ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica, nas linhas 1 a 6 da prescrição. Na linha 7 deverá vir a consulta de avaliação se aplicável. As datas no ficheiro de prestação (data de prescrição e prestação para cada requisição) devem coincidir com as constantes das requisições, e a data da prestação deverá corresponder à do último tratamento efetuado.

Como exceção a este procedimento temos as requisições para terapia da fala. **Nestas requisições o Prestador não tem papel de prescritor, sendo esse papel assumido em exclusivo pelo médico, podendo apenas conter os códigos 1518.5 e 1519.3, na quantidade máxima de 12 tratamentos por prescrição.** Adicionalmente para estas requisições não é necessária a aposição da vinheta e assinatura do médico executante.

Sempre que sejam prescritos tratamentos de fisioterapia, o Prestador terá de preencher a data da primeira e última sessão, para que a requisição seja considerada válida.

Na **área M**, existe a particularidade dos códigos de exames 719.6 (Doppler) e 1530.4 (Ecocardiograma transtorácico bidimensional), que são exames mutuamente exclusivos, ou seja, não poderão constar na mesma requisição.

Adicionalmente, o exame com o código 719.6 Doppler (adicional a qualquer dos exames de ecografia) não pode ser prestado sem ser prescrito.

B – Procedimentos efetuados e não prescritos

Esta área destina-se, exclusivamente, à inscrição de exames/tratamentos que são realizados adicionalmente aos prescritos, e pretende dar resposta às situações em que a necessidade de realização de certos procedimentos é apenas detetável pelo Prestador aquando da realização de um exame. O recurso a estes campos é limitado às seguintes circunstâncias:



- **Área M** - Se forem prescritos pelo médico do SNS os exames 295.0, 720.0, 721.8, 722.6, 296.8, 723.4, 724.2, 725.0, 301.8, 598.3, 601.7, os seguintes exames podem ser adicionados sem serem prescritos e em quantidade máxima de 1:
 - Código 519.3 – TC, suplemento de contraste endovenoso;
 - Código 520.7 – TC, contraste oral;
 - Código 521.5 – TC, contraste rectal;

É ainda admissível a prestação de incidência a mais para mamografias (códigos 446.4, 447.2) na quantidade máxima de um, do código 708.0.

- **Área F** - Se forem prescritos pelo médico do SNS os exames 002.7, 009.4, 007.8 ou 008.6, os seguintes exames podem ser adicionados sem serem prescritos e em quantidade máxima de 1:
 - Código 030.2 – Biópsias transendoscópicas (acresce ao valor da endoscopia);
 - Código 028.0 - Polipectomia, por sessão (a adicionar ao exame endoscópico);

Importa salientar que no caso da área F, considera-se apenas ser possível a faturação de um código **030.2 – Biópsias transendoscópicas (acresce ao valor da endoscopia)** ainda que possam ser efetuadas várias biopsias.

No âmbito do pacote de colonoscopia, incluído na tabela de MCDT convencionados a 1 de abril de 2014 com o código 100.7, os códigos 101.5, 102.3 e 109.0 devem constar no local reservado a “procedimentos efetuados e não prescritos”. Os restantes códigos devem ser registados na própria requisição. Note-se que os códigos 101.5 e 102.3 são mutuamente exclusivos, pelo que se houver preenchimento simultâneo dos dois códigos a requisição é inválida e conseqüentemente também a faturação. Os restantes códigos, 104.0, 105.8, 106.6, 107.4 e 108.2, são impressos na própria requisição e a entidade Convencionada deve registar, no campo quantidade, com zero ou um, respetivamente, os exames que não efetuou e os que realizou.

- **Área I** - Se forem prescritos pelo médico do SNS os exames 154.6, 155.4, 043.8, 156.2 ou 044.2, os seguintes exames podem ser adicionados sem serem prescritos:
 - Código 165.1 - Biópsia endoscópica (acresce ao valor da endoscopia).



De igual forma, a Faturação de um dos códigos 1504.5, 1506.1 e 1505.3 (quando não prescritos) é possível nesta área aquando da prescrição de pelo menos um dos seguintes códigos 1507.0, 1508.8, 1509.6, 1510.0, 1511.8, 1512.6, 1513.4.

Havendo a prescrição dos seguintes códigos, 1504.5, 1506.1 e 1505.3, o Prestador pode faturar os seguintes códigos na quantidade máxima de 1, nos procedimentos prestados e não prescritos: 1507.0, 1508.8, 1509.6, 1510.0, 1512.6, 1513.4, 1514.2.

- **Área G** – é possível o Prestador faturar a consulta de avaliação final.

Uma vez que os exames com os códigos 1504.5, 1506.1 e 1505.3 pertencem à área I e G, estando previsto que a área I possa acrescentar os exames 1507.0, 1508.8, 1509.6, 1510.0, 1512.6, 1513.4, 1514.2, no espaço de exames realizados e não prescritos, as entidades convencionadas para a área G poderão também acrescentar esses exames.

Os exames prestados e não prescritos terão de ser colocados na área da requisição própria para este efeito, e terão de ser respeitadas as seguintes normas: Indicar a nomenclatura, código, preço e taxa moderadora (se aplicável) do exame adicional, de acordo com a Tabela de MCDT Convencionados. Colocar a vinheta identificativa e respetiva assinatura do médico executante (ou do médico responsável pela prestação do exame/tratamento).

Este procedimento deverá ser adotado nas requisições eletrónicas materializadas e nas requisições manuais.

C – Valor total dos exames/tratamentos realizados

O Prestador terá de colocar, nos campos respetivos, o somatório do valor de todos os exames/tratamentos que realizou (em euros) e o total das taxas moderadoras aplicadas.

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

Caso se tenha verificado uma deslocação ao domicílio do utente para colheita de amostras (por requisição do médico prescritor), o Prestador tem de indicar obrigatoriamente o tipo de domicílio efetuado (1-Urbano – Lisboa e Porto, 2-Urbano-Outras Cidades, 3 – Não Urbano) e o código postal completo, 7 dígitos, **para todos os tipos de domicílio**. Adicionalmente, deve indicar a localidade do utente.

Se o domicílio for do tipo 3, o Prestador tem ainda de indicar **o número total de quilómetros que efetuou**.




A classificação do tipo de domicílio obedece às seguintes regras:

- Tipo 1 – quando o posto de colheita do Prestador e o domicílio do utente se situam ambos em Lisboa ou no Porto.
- Tipo 2 - quando pelo menos um dos locais (domicílio do utente ou posto de colheita) se situa fora de Lisboa ou do Porto e a distância entre si é inferior a 4km.
- Tipo 3 – quando pelo menos um dos locais (domicílio do utente ou posto de colheita) se situa fora de Lisboa ou do Porto e a distância entre si é superior ou igual a 4km.

Importa referir que não é permitido, para nenhum exame, a realização de mais do que um domicílio.

Nas situações em que prestador, no âmbito de duas ou mais requisições, proceda à prestação de serviços na mesma morada e na mesma data (caso, por exemplo de prestações de serviços em lares) apenas poderá faturar um domicílio para o total das requisições em causa.

E – Declaração do utente

A requisição terá de estar assinada e datada pelo utente, a fim de comprovar que os exames/tratamentos lhe foram prestados. Caso o utente não saiba ou não possa assinar, a requisição deverá ser **assinada a rogo** ou ter aposta uma **impressão digital** (de preferência do indicador direito) do utente . Para assinar a rogo, proceder da seguinte forma:

A rogo, por não saber (ou não poder) assinar. O rogado



N.º Id. Civil do Rogante: 12345678

O número de identificação civil é o número do anterior Bilhete de Identidade (8 dígitos) ou a primeira parte do atual número do Cartão de Cidadão, também de 8 dígitos.

F – Identificação da entidade prestadora e da data da prestação

A entidade prestadora terá de estar devidamente identificada, através da colocação do respetivo carimbo geral da entidade e assinatura. Adicionalmente, terá de colocar a data da prestação do exame/tratamento (nos casos em que foram prestados serviços em vários dias, esta data terá de ser referente ao último dia de prestação).

5.2.1.6. Ficheiro de Prestação

Com a entrada em funcionamento do CCM-SNS e para os Prestadores não aderentes ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica de MCDT, é obrigatório que, adicionalmente à informação em papel atrás referida, seja enviado um **Ficheiro de Prestação**.

O Ficheiro de Prestação é um ficheiro eletrónico no qual o Prestador deve registar a informação de prestação referente a cada requisição de MCDT contemplada na respetiva fatura mensal.

Para gerar e enviar este ficheiro para o CCM-SNS, o Prestador pode recorrer ao sistema informático que utiliza atualmente para gerar o Ficheiro, implementando as especificações técnicas referidas nos capítulos 8.3 a 8.5.

Para cada fatura que enviar mensalmente para o CCM-SNS, o Prestador deve gerar e enviar um Ficheiro de Prestação equivalente. Por conseguinte, e tal como acontece com a fatura, o Prestador deve enviar um ficheiro por ARS/ULS e por área de convenção.

Conforme foi referido no capítulo 3, o Prestador deve enviar o(s) ficheiro(s) através do seu endereço de correio eletrónico oficial disponível para este efeito: faturas.ccm@spms.min-saude.pt, até às 20h00 do dia 10 do mês a seguir aquele a que a fatura respeita. Caso o dia 10 ocorra ao fim de semana ou dia feriado, a receção tem como data limite o dia útil seguinte. Para este efeito dever-se-á ter em conta o feriado municipal da Maia, que ocorre na segunda-feira seguinte ao segundo domingo de julho.

5.2.2. Quais os procedimentos associados ao envio da informação?

O objetivo desta secção é apresentar os procedimentos que têm de ser seguidos, no que diz respeito à preparação e envio da documentação de faturação.

Mensalmente, o Prestador terá de entregar a referida documentação no CCM-SNS. Para este efeito deverá acondicionar devidamente a documentação enviada em papel em volumes/caixas. Cada volume terá de apresentar, no exterior, a identificação do código de convenção e do número do volume no número total de volumes enviados.

A este respeito refira-se que se encontra disponível no Portal do CCM-SNS, na sua área reservada, a possibilidade de configuração e impressão de uma etiqueta-tipo para colar no



volume, que apresenta já preenchida a informação requerida sendo apenas necessário indicar o número total de volumes a expedir.

No que diz respeito à organização da documentação, o Prestador deverá atender às seguintes instruções:

- Terá de enviar uma fatura por ARS e por cada ULS a que respeita (tendo em conta o local de prescrição da requisição) e por área de MCDT. A fatura terá de contemplar os serviços prestados no âmbito da respetiva área e de se encontrar preenchida conforme as indicações do ponto 5.2.1.1. No caso de o Prestador dispor de uma nota de débito ou crédito a enviar, deverá colocá-las junto da fatura⁵.
- Para os Prestadores Aderentes à Faturação Eletrónica, o envio dos documentos contabilísticos (fatura e notas de débito/crédito) é substituído pelo envio em formato desmaterializado.
- Em anexo à fatura deverá encontrar-se a Relação de Lotes correspondente, preenchida de acordo com a informação exigida na secção 5.2.1.3. O Prestador terá de colocar a fatura, a nota de débito ou crédito e a Relação de Lotes no topo da documentação do primeiro volume. No caso de não ser enviada a fatura, a documentação enviada não é processada, ficando a aguardar o seu envio.
- As requisições têm de ser entregues organizadas em lotes, de acordo com o tipo a que respeitam, e estes terão de se encontrar devidamente identificados através do verbete de identificação de lote, preenchido conforme indicado no ponto 5.2.1.4. Os lotes de requisições deverão estar ordenados, nos volumes, por ordem crescente do número sequencial que lhes foi atribuído. Cada lote tem de ser constituído por 30 requisições do mesmo tipo, excluindo os lotes das requisições remanescentes desse mesmo tipo.
- As requisições deverão obedecer ao novo modelo aprovado, de acordo com o referido na secção 5.2.1.5, e não podem apresentar rasuras, agrafos, anexos, recortes e colagens com fita-cola. **Exceionalmente o CCM-SNS aceita requisições com recortes**

⁵ No caso do Prestador emitir recibos verdes eletrónicos em vez de Faturas, o documento que acompanha as requisições enviadas para conferência consiste no documento comprovativo de serviços prestados, conforme explicitado anteriormente.



e colagens com fita-cola desde que a requisição enviada possua a informação toda visível e a mesma se apresente no formato A4 definido.

- O mesmo volume não pode apresentar documentação referente a faturas diferentes, ou seja, cada fatura e a documentação a que esta respeita terão de ser acondicionadas em volumes distintos. Por exemplo, se o Prestador estiver convencionado para a prestação de serviços na área A e na área M, deverá enviar pelo menos dois volumes: um com a documentação respeitante à área A e outro com a documentação respeitante à área M.

Paralelamente ao envio da documentação em papel, o Prestador deve enviar para o endereço faturas.ccm@spms.min-saude.pt o(s) Ficheiro(s) de Prestação gerado(s) pela aplicação de suporte disponibilizada na sua área reservada e que serve(m) de suporte às requisições expedidas para o CCM-SNS. O Prestador deve enviar um ficheiro por cada ARS/ULS e, dentro desta, por área de prestação, mantendo uma equivalência unívoca entre o(s) Ficheiro(s) de Prestação e a(s) fatura(s) que enviou em papel.

O Prestador tem de considerar a data e hora limites de receção no CCM-SNS aquando do envio da documentação. Refira-se a este respeito que caso a documentação não chegue ao CCM-SNS até à data limite, esta será apenas considerada no ciclo de conferência do mês seguinte.

A confirmação da receção da documentação é efetuada nos termos explicitados no capítulo 3.



6. Regras de Conferência

6.1. Introdução

Nas secções seguintes identificam-se as regras que o CCM-SNS vai aplicar na conferência da documentação enviada pelo Prestador convencionado, nomeadamente no que diz respeito à sua estrutura e à informação de cada um dos documentos que a compõe:

- Fatura;
- Relação de Lotes;
- Verbete de Identificação de Lote;
- Requisição (prescrição e prestação);
- Ficheiro de Prestação.

Para cada uma das regras enunciadas identificar-se-á o código de erro a assinalar em caso do seu incumprimento. A codificação dos erros é apresentada através de uma letra e três dígitos, sendo que a letra é indicativa da ação a desencadear, e os dígitos correspondem ao número da incorreção que motivou esta ação.

Em caso de deteção de erro ou diferença, consideram-se duas ações possíveis relativamente a cada documento conferido (fatura, nota de débito ou de crédito, relação resumo de lotes, verbete de identificação de lote e requisição):

- **(D) - Devolução do documento** ao Prestador para que este possa efetuar a correção do erro ou diferença identificada, nos casos em que esta for possível, e sempre que o documento não seja dirigido ao SNS.
- **(C) - Correção ao valor a pagar** ao prestador, por via de apuramento de valor diferente ou em consequência da não aceitação parcial da requisição. Nestes casos não se prevê a necessidade de devolver o documento.

Em situações excecionais, a requisição não será devolvida ao Prestador (nestes casos o documento é classificado como rejeitado **(R)**).

Identifica-se ainda a seguinte situação possível: em caso de não envio da fatura (eletrónica ou em papel), ou desta não se encontrar correta obrigando à sua devolução, **o processo de conferência não avança ficando a aguardar o envio do documento em falta (F)**. O mesmo

procedimento será seguido para os Prestadores não aderentes ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica que não enviem o respetivo Ficheiro de Prestação.

A este respeito refira-se que caso a fatura ou o Ficheiro de Prestação cheguem após a data limite, o processamento desta e da documentação a que respeita será efetuado no ciclo de conferência seguinte. Se estes não forem enviados no prazo de 60 dias, a documentação respetiva será devolvida ao prestador. O envio desta documentação é efetuado a cobrar no destinatário.

Outra ação possível é a **anulação administrativa (A)**. Em caso de devolução de um documento ao Prestador para correção, o mesmo tem até 90 dias, após comunicação dos erros e diferenças, para proceder a novo envio do documento devidamente corrigido. Se a reentrada do documento ocorrer passado este prazo, este é anulado administrativamente, o que significa não será pago e não será devolvido.

Finalmente, se após reconferência de um documento que havia sido previamente devolvido ao Prestador ainda persistirem erros, será atribuído ao mesmo um erro do tipo **“G – Reentrada Com Erros”**. Nestas circunstâncias, o respetivo documento já não será enviado novamente ao Prestador para uma segunda correção, pelo que se ainda contiver erros do tipo “D” não será pago o seu valor na totalidade, enquanto que se contiver unicamente erros do tipo “C” será pago apenas pelo valor apurado após correção.

6.2. Organização e Estrutura da Informação Enviada

6.2.1. Formato papel

Na presente secção identificam-se as regras que resultam, especificamente, da apresentação da informação de Faturação em formato papel.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
1	Fatura	O Prestador tem de enviar uma fatura mensal, em duplicado, por área de prestação e por ARS/ULS, contemplando a totalidade dos serviços prestados no respetivo mês.	F001	A documentação a que respeita a fatura em falta não é tratada até à sua receção.
2	Fatura	Cada entidade envia uma única fatura mensal, em duplicado, por área de convenção e por ARS/ULS.	D001 D030	As faturas são devolvidas, sendo que a documentação entregue não é tratada até à receção das faturas corretamente emitidas.
3	Fatura	O número de fatura não pode ser repetido no ano.	D002	A fatura é devolvida, ficando a documentação a que esta respeita a aguardar a receção de nova fatura.
4	Fatura	A fatura tem de apresentar os elementos previstos no CIVA e os mencionados no capítulo 5.2.1.1 do presente documento.	D003-D031 D160-D164	A fatura é devolvida, ficando a documentação a que esta respeita a aguardar a receção de nova fatura.
5	Fatura	O valor total da fatura tem de corresponder ao somatório do valor de cada uma das requisições enviadas pelo Prestador (incluindo domicílios).	C001	Este erro reflete a diferença entre o faturado (valor fatura) e o somatório dos valores comunicados em cada uma das requisições.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
6	Fatura	O valor das taxas moderadoras tem de corresponder ao somatório do valor das taxas comunicado para cada uma das requisições enviadas pelo prestador.	C002	Este erro reflete a diferença entre o valor das Taxas Moderadoras constante na fatura e o somatório dos valores de Taxas comunicados em cada uma das requisições.
7	Fatura	Apenas são apurados os valores de descontos para requisições pagas.	C003	O valor entre o desconto comunicado na fatura e o apurado corresponde à diferença apurada neste erro.
8	Nota de débito ou de crédito	A nota de débito/crédito enviada tem de apresentar os elementos previstos no CIVA, e incluir todos os mencionados no capítulo 5.2.1.2 do presente documento.	D032-D043	A nota de débito ou de crédito é devolvida.
9	Nota de débito ou de crédito	A mesma nota de débito ou de crédito pode regularizar unicamente uma Fatura emitida para apenas uma ARS/ULS.	D044	A nota de débito ou de crédito é devolvida.
10	Nota de débito ou de crédito	A nota de débito ou de crédito enviada não pode respeitar a uma fatura que apesar de registada ainda não tenha sido conferida.	D045	A nota de débito ou de crédito é devolvida.
11	Nota de débito ou de crédito	Não são aceites certos que digam respeito a valores não conferidos apurados pelo CCM-SNS (exemplo, juros).	D046	A nota de débito ou de crédito é devolvida.
12	Nota de débito ou de crédito	O número da nota de débito ou de crédito não pode ser repetido no ano.	D047	A nota de débito ou de crédito é devolvida.
13	Nota de débito ou de crédito	A nota de débito ou de crédito apenas se pode referir a uma Fatura que tenha sido previamente enviada para o CCM-SNS.	D048	A nota de débito ou de crédito é devolvida.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
14	Nota de débito ou de crédito	A nota de débito ou de crédito apresenta uma taxa de IVA diferente da taxa de IVA em vigor.	D165	A nota de débito ou de crédito é devolvida.
15	Nota de débito ou de crédito	A nota de débito ou de crédito não cumpre os requisitos legais, nomeadamente os previstos no CIVA ou outros. Por exemplo, não são aceites notas com rasuras, notas com sinal de valor negativo, notas com menção a taxa de IVA diferente da fatura.	D166	A nota de débito ou de crédito é devolvida.
16	Nota de débito ou de crédito	A nota de débito ou de crédito tem de apresentar o valor que permita corrigir os erros apurados.	D178	A nota de débito ou de crédito é devolvida.
17	Relação de Lotes	A Relação de Lotes terá de se apresentar juntamente com a Fatura a que respeita e apresentar os elementos identificados no capítulo 5.2.1.3 do presente documento.	F003	A documentação a que respeita a Relação de Lotes em falta ou incorreta não é tratada até à receção da Relação de Lotes corretamente preenchida.
18	Organização em Lotes	As requisições têm de ser entregues organizadas em lotes, e estes têm de estar devidamente identificados através do Verbete de Identificação de Lote (que terá de apresentar os elementos identificados no capítulo 5.2.1.4 do presente documento).	D049	Devolvem-se as requisições que não se encontrem associadas a nenhum lote, ou que o Verbete que as identifique não se encontre de acordo com o modelo exigido.
19	Organização em Lotes	As requisições têm de se encontrar nos lotes a que respeitam, tendo em conta o seu tipo. Neste sentido: <ul style="list-style-type: none"> • Se o Tipo de Lote indicado no Verbete de Identificação de Lote for “0” - (Requisições Normais) <ul style="list-style-type: none"> ○ A requisição tem que possuir a entidade preenchida com “SNS” ou sinónima; ○ A requisição não pode ter o campo “N.º de beneficiário de 	D050/ D083	As requisições que não se encontrarem no lote correto são devolvidas e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
		<p>Doença Profissional” preenchido;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A requisição não pode ter nenhum campo referente a “Migrantes” preenchido (isto é, o país e/ou número identificativo do Migrante); • Se o Tipo de Lote indicado no Verbete de Identificação de Lote for “1” - (Doentes com Doença Profissional) <ul style="list-style-type: none"> ○ A requisição tem de ter no campo “Entidade Responsável” o ISS; ○ A requisição tem de ter o campo “N.º de beneficiário de Doença Profissional” preenchido; • Se o Tipo de Lote indicado no Verbete de Identificação de Lote for “2” - (Migrantes) <ul style="list-style-type: none"> ○ A requisição tem de ter preenchidos os campos dentro da área referente a “Migrantes”, nomeadamente, o País e o n.º de beneficiário específico. Neste âmbito são aceites Países ao Abrigo do Cartão Europeu de Saúde de Doença (exceto Portugal) ou ao abrigo dos Acordos Internacionais celebrados com Portugal (Cabo Verde, Brasil, Andorra, Marrocos, Québec – Canadá e Tunísia). 		
20	Organização em Lotes	Cada lote é constituído por 30 requisições do mesmo tipo, excluindo o lote das requisições remanescentes desse tipo.	D077	As requisições que excederem o limite de 30 requisições por lote são devolvidas e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
21	Requisição	O modelo de requisição remetido para conferência, tem que respeitar o modelo vigente.	D051	As requisições que não se apresentarem nos modelos exigidos são devolvidas e os respetivos exames /tratamentos não são pagos.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
22	Requisição	As requisições não podem apresentar modificações, tais como correções, rasuras, recorte, entre outras.	D210-D215 D220-D225	As requisições são devolvidas e os respetivos exames /tratamentos não são pagos.
23	Requisição	Toda e qualquer informação de preenchimento obrigatório tem de estar visível e legível, como seja o n.º da requisição.	D052	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
24	Requisição	Não se aceitam fotocópias dos modelos de requisição.	R161	As fotocópias de requisições não são aceites, não sendo estes documentos devolvidos ao prestador.
25	Identificação do local de prescrição	A requisição tem de apresentar vinheta válida identificativa do local de prescrição e a mesma tem que estar legível. Note-se que para prescrições a partir de 15 de fevereiro de 2013 inclusive, apenas são aceites vinhetas no novo modelo. Se a prescrição não possuir data, esta regra apenas se aplicará para prescrições em que a data de prestação subtraída da validade da requisição faça com que a data de prescrição seja posterior a 15 de fevereiro de 2013 inclusive. Apenas são aceites requisições emitidas em locais de prescrição que são da responsabilidade financeira da ARS/ULS, sendo que para esta última, apenas prestações efetuadas a partir de 1 de janeiro de 2014 inclusive.	D053 D168	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
26	Identificação do médico prescriptor	A requisição tem de apresentar a vinheta válida identificativa do médico prescriptor e a mesma tem que estar legível. Note-se que para prescrições a partir de 15 de fevereiro de 2013 inclusive, apenas são aceites vinhetas no novo modelo. Se a prescrição não possuir data, esta regra apenas se aplicará para prescrições em que a data de prestação subtraída da validade da requisição faça com que a data de prescrição seja posterior a 15 de fevereiro de 2013 inclusive.	D054	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
27	Carimbo do responsável da Unidade de Saúde	Nos casos em que o exame prescrito pertence às áreas G (exceto para requisições que tenham exclusivamente exames que sejam comuns a outras áreas) ou M (neste segundo caso, apenas para exames de Tomografia Computorizada - TC), a requisição tem de apresentar o carimbo ou a vinheta do responsável pela Unidade de Saúde, bem como a sua assinatura. Com a publicação do Despacho n.º 3645/2018, de 6 de abril é revogado o Despacho 87/2009, para as requisições com data de prescrição após o dia 1 de maio de 2018, deixa de ser necessário a autorização do responsável da unidade de saúde. Este erro só será aplicado a requisições com data de prescrição anterior a 1 de maio de 2018.	D064	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
28	Identificação da entidade prestadora	A requisição deve estar autenticada pela entidade prestadora através da aposição do respetivo carimbo e assinatura do funcionário responsável.	D110	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
29	Identificação do médico executante	A requisição tem de apresentar a vinheta do médico executante (médico responsável pela prestação do exame/tratamento) sempre que: <ul style="list-style-type: none"> São realizados exames/tratamentos que não foram prescritos (de acordo com a lista de procedimentos autorizados referida no capítulo 5.2.1.5) São realizados exames/tratamentos da área G (Medicina Física e de Reabilitação); neste âmbito há uma exceção, para requisições em que unicamente estão prestados exames que sejam comuns a outras áreas sem terem sido prestados exames prescritos (exemplo, terapia da fala). 	D107	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
30	Assinaturas	É necessária a apresentação das seguintes assinaturas: <ul style="list-style-type: none"> Médico prescriptor. Nos casos em que são solicitados domicílios, é ainda obrigatória uma segunda assinatura do médico no campo destinado a esta autorização; 	D056/D058/ D064/D108/D110	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
		<ul style="list-style-type: none"> • Responsável da Unidade de Saúde, no local definido para recolha do carimbo, caso o exame prescrito pertença às áreas G (exceto para requisições que tenham exclusivamente exames que sejam comuns a outras áreas) ou área M (neste caso, apenas para exames de TC). Com a publicação do Despacho n.º 3645/2018, de 6 de abril é revogado o Despacho 87/2009, para as requisições com data de prescrição após o dia 1 de maio de 2018, deixa de ser necessário a autorização do responsável da unidade de saúde. Esta validação só será aplicada a requisições com data de prescrição anterior a 1 de maio de 2018; • Médico executante, no caso de existirem procedimentos prestados e não prescritos (de acordo com a lista de procedimentos autorizados referida no capítulo 5.2.1.5) ou serem prestados exames/tratamentos da área G (Medicina Física e de Reabilitação). Neste âmbito há uma exceção, para requisições em que unicamente estão prestados exames que sejam comuns a outras áreas sem terem sido prestados exames prescritos e não prescritos; • Utente; • Entidade Prestadora; 		

6.2.2. Formato eletrónico – Ficheiro de Prestação

Na presente secção identificam-se as regras que resultam, especificamente, da apresentação da informação de faturação em formato eletrónico, através do Ficheiro de Prestação, para os **Prestadores não aderentes ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica**.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
1	-	Por cada fatura que enviar mensalmente para o CCM-SNS, o Prestador deve gerar e submeter um Ficheiro de Prestação equivalente.	F002	A documentação a que respeita o Ficheiro de Prestação em falta não é tratada até à sua receção.
2		O n.º da fatura enviada para o CCM-SNS em papel deve corresponder ao n.º da fatura constante do Ficheiro de Prestação.	F004	A documentação a que respeita o Ficheiro de Prestação cujo n.º da fatura nele incluído não corresponde com o n.º da fatura física não é tratada até que haja coincidência da informação do n.º na fatura física e no ficheiro.
3	-	Apenas serão aceites os Ficheiros de Prestação que respeitem as especificações técnicas referidas nos capítulos 8.2 a 8.4.	-	O(s) ficheiro(s) não é(são) aceite(s), sendo necessário proceder à geração e envio de novo(s) ficheiro(s).
4	Requisição	As requisições enviadas em papel têm de ter um registo no respetivo Ficheiro de Prestação submetido pelo Prestador. Note-se que para que a requisição física seja reconhecida no ficheiro, o lote em que veio fisicamente tem que corresponder ao lote que vem indicado no Ficheiro de Prestação.	D170	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
5	Ficheiro de Prestação	Em cada registo no Ficheiro de Prestação, é obrigatória a indicação do código do exame/tratamento (note-se que este tem que corresponder à área faturada), do valor da prestação e da respetiva taxa moderadora (se aplicável), dos exames/tratamentos faturados.	D105/D106 C043	No caso de faltar o código do exame/ tratamento ou o valor da prestação, considera-se que o exame /tratamento não foi realizado e este não é pago. No caso de faltar apenas a taxa moderadora, e sendo o utente não isento, considera-se, para efeitos de contabilização, taxas moderadoras de acordo com a legislação em vigor.
6	Ficheiro de Prestação	Cada entidade envia uma única fatura mensal, em duplicado, por área de convenção e por ARS/ULS.	D001/ D030	O ficheiro de prestação não é aceite.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
7	Ficheiro de Prestação	O número de fatura não pode ser repetido no ano.	D002	O ficheiro de prestação não é aceite.
8	Ficheiro de Prestação	A fatura tem de apresentar os elementos previstos no CIVA e os mencionados no capítulo 5.2.1.1 do presente documento.	D003-D031 D164	O ficheiro de prestação não é aceite.
9	Ficheiro de Prestação	Cada lote é constituído por 30 requisições do mesmo tipo, excluindo o lote das requisições remanescentes desse tipo e os lotes eletrónicos.	D077	O ficheiro de prestação não é aceite.
10	Ficheiro de Prestação	Para todos os tipos de domicílio é necessária a indicação do Tipo de Domicílio e Código Postal.	D103	O ficheiro de prestação não é aceite.
11	Ficheiro de Prestação	Quando o domicílio é do tipo D3 é necessária a indicação do número total de quilómetros percorridos.	D104	O ficheiro de prestação não é aceite.
12	Ficheiro de Prestação	No caso de terem sido prestados exames/tratamentos da área G (Medicina Física e Reabilitação), os campos referentes às datas de início e de fim das sessões de fisioterapia têm de se encontrar preenchidos. Esta regra não é aplicável nos casos em que foram prestados, unicamente, os exames 002.7, 003.5, 1535.5, 201.1, 202.0 e 011.6.	D112	O ficheiro de prestação não é aceite.
13	Ficheiro de Prestação	A data de prestação é superior à data da fatura ou encontra-se fora do prazo de validade.	D146	O ficheiro de prestação não é aceite.
14	Ficheiro de Prestação	O tipo de lote constante na linha da Fatura eletrónica terá que corresponder a um tipo de lote válido. De igual modo, o tipo de lote associado à requisição.	D301	O ficheiro de prestação não é aceite.
15	Ficheiro de Prestação	O par número sequencial do lote/tipo de lote tem que ser unívoco na fatura eletrónica.	D303	O ficheiro de prestação não é aceite.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
16	Ficheiro de Prestação	O número de requisição é inválido.	D304	O ficheiro de prestação não é aceite.
17	Ficheiro de Prestação	O número de requisição encontra-se duplicado.	D305	O ficheiro de prestação não é aceite.
18	Ficheiro de Prestação	Caso seja assinalada a existência de um domicílio na área A, e o valor do domicílio não esteja preenchido e não apresente um valor superior a 0,00€.	D315	O ficheiro de prestação não é aceite.
19	Ficheiro de Prestação	A área de MCDT não permite a realização de domicílios.	D316	O ficheiro de prestação não é aceite.
20	Ficheiro de Prestação	O número da linha ou o número único de linha (lotes eletrónicos) do exame encontra-se repetido na prestação.	D317	O ficheiro de prestação não é aceite.
21	Ficheiro de Prestação	Não foi indicado o código do médico executante.	D318	O ficheiro de prestação não é aceite.
22	Ficheiro de Prestação	O número da linha de fatura encontra-se repetido.	D319	O ficheiro de prestação não é aceite.
23	Ficheiro de Prestação	O tipo de lote nas linhas da fatura encontra-se repetido.	D320	O ficheiro de prestação não é aceite.
24	Ficheiro de Prestação	A área nas linhas da fatura não se encontra preenchida ou está incorreto.	D321	O ficheiro de prestação não é aceite.
25	Ficheiro de Prestação	O número de linha ou número único de linha (lotes eletrónicos) não se encontra preenchido.	D322	O ficheiro de prestação não é aceite.
26	Ficheiro de Prestação	O código do exame encontra-se repetido nas linhas prestação ou nos exames prestados e não prescritos (suplementos).	D323	O ficheiro de prestação não é aceite.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
27	Requisição	Tem de estar carregadas linhas para a prescrição e prestação eletrónica na BDNR.	D306	A requisição é devolvida.

6.2.3. Formato eletrónico – Fatura eletrónica

Na presente secção identificam-se as regras que resultam, especificamente, da apresentação da informação de faturação em formato eletrónico através da Fatura Eletrónica, para os **Prestadores aderentes ao Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica**.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
1	-	Os ficheiros enviados eletronicamente têm de se encontrar válidos de acordo com o especificado no Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica de MCDT firmado com o prestador.	-	O ficheiro não é aceite, sendo necessário proceder à sua retificação em conformidade com o especificado no Acordo de Transmissão de Faturação Eletrónica de MCDT.
2	-	Apenas serão aceites as Faturas Eletrónicas que respeitem as especificações técnicas referidas nos capítulos 8.2 a 8.4.	-	O(s) ficheiro(s) não é(são) aceite(s), sendo necessário proceder à geração e envio de novo(s) ficheiro(s).
3	Requisição	As requisições enviadas em papel têm de ter um registo na respetiva Fatura Eletrónica submetida pelo Prestador. Note-se que para que a requisição física seja reconhecida no ficheiro, o lote em que veio fisicamente tem que corresponder ao lote que vem indicado no ficheiro de prestação.	D170	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
4	Fatura Eletrónica	Em cada registo na Fatura Eletrónica, é obrigatória a indicação do código do exame/tratamento (este tem que corresponder à área faturada), do valor da prestação e da respetiva taxa	D105- D106 C043	No caso de se encontrar em falta o código do exame/tratamento ou o valor da prestação, considera-se que o exame/tratamento não foi

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
		moderadora (se aplicável), dos exames/tratamentos faturados.		realizado e este não é pago. No caso de estar em falta apenas o valor referente à taxa moderadora, e sendo o utente não isento, o CCM-SNS considera, para efeitos de contabilização, o valor das taxas moderadoras de acordo com a legislação em vigor.
5	Fatura Eletrónica	Cada entidade envia uma única fatura mensal, em duplicado, por área de convenção e por ARS/ULS.	D001/ D030	A fatura eletrónica não é aceite.
6	Fatura Eletrónica	O número de fatura não pode ser repetido no ano.	D002	A fatura eletrónica não é aceite.
7	Fatura Eletrónica	A fatura tem de apresentar os elementos previstos no CIVA e os mencionados no capítulo 5.2.1.1 do presente documento.	D003- D031 D160- D164	A fatura eletrónica não é aceite.
8	Fatura Eletrónica	Cada lote é constituído por 30 requisições do mesmo tipo, excluindo o lote das requisições remanescentes desse tipo e os lotes eletrónicos.	D077	A fatura eletrónica não é aceite.
9	Fatura Eletrónica	Para todos os tipos de domicílio é necessária a indicação do Tipo de Domicílio e Código Postal.	D103	A fatura eletrónica não é aceite.
10	Fatura Eletrónica	Quando o domicílio é do tipo D3 é necessária a indicação do número total de quilómetros percorridos.	D104	A fatura eletrónica não é aceite.
11	Fatura Eletrónica	No caso de terem sido prestados tratamentos pertencentes à área G (Medicina Física e Reabilitação), os campos referentes às datas de início e de fim das sessões de fisioterapia têm de se encontrar preenchidos. Esta regra não é aplicável nos casos em que foram prestados,	D112	A fatura eletrónica não é aceite.



#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
		unicamente, os exames 002.7, 003.5, 1535.5, 201.1, 202.0 e 011.6.		
12	Fatura Eletrónica	A data de prestação é superior à data da fatura ou encontra-se fora do prazo de validade.	D146	A fatura eletrónica não é aceite.
3	Fatura Eletrónica	O tipo de lote constante na linha da Fatura eletrónica terá que corresponder a um tipo de lote válido. De igual modo, o tipo de lote associado à requisição.	D301	A fatura eletrónica não é aceite.
14	Fatura Eletrónica	O par número sequencial do lote/tipo de lote tem que ser unívoco na fatura eletrónica.	D303	A fatura eletrónica não é aceite.
15	Fatura Eletrónica	O número da requisição é inválido.	D304	A fatura eletrónica não é aceite.
16	Fatura Eletrónica	O número de requisição encontra-se duplicado.	D305	A fatura eletrónica não é aceite.
17	Fatura Eletrónica	Caso seja assinalada a existência de um domicílio na área A, e o valor do domicílio não esteja preenchido e não apresente um valor superior a 0,00€.	D315	A fatura eletrónica não é aceite.
18	Fatura Eletrónica	A área de MCDT não permite a realização de domicílios.	D316	A fatura eletrónica não é aceite.
19	Fatura Eletrónica	O número da linha ou o número único de linha (lotes eletrónicos) do exame encontra-se repetido na prestação.	D317	A fatura eletrónica não é aceite.
20	Fatura Eletrónica	Não foi indicado o código do exame prestado e não prescrito.	D318	A fatura eletrónica não é aceite.
21	Fatura Eletrónica	O número da linha de fatura encontra-se repetido.	D319	A fatura eletrónica não é aceite.
22	Fatura Eletrónica	O tipo de lote nas linhas da fatura encontra-se repetido.	D320	A fatura eletrónica não é aceite.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
23	Fatura Eletrónica	A área nas linhas da fatura não se encontra preenchido ou está incorreto.	D321	A fatura eletrónica não é aceite.
24	Fatura Eletrónica	O número de linha ou número único de linha (lotes eletrónicos) não se encontra preenchido.	D322	A fatura eletrónica não é aceite.
25	Fatura Eletrónica	O código do exame encontra-se repetido nas linhas prestação ou nos exames prestados e não prescritos (suplementos).	D323	A fatura eletrónica não é aceite.
26	Requisição	Tem de estar carregadas linhas para a prescrição e prestação eletrónica na BDNR.	D306	A requisição é devolvida.

Importa realçar para as requisições do lote 97, que as mesmas apenas serão consideradas para pagamento se constarem na BDNR (prescrição e dispensa).

6.3. Requisição de MCDT

6.3.1. Prescrição

Segue a apresentação das regras de conferência a aplicar à requisição – campos de prescrição.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
1	Identificação do Utente	O nome e número de beneficiário do utente têm de se encontrar preenchidos nos campos definidos para este efeito. Este último pode apresentar um dos seguintes valores possíveis:	D061 – D063	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
		<ul style="list-style-type: none"> • Número de utente do SNS; • Número de pedido de cartão de utente; • Se o utente for doente portador de Doença Profissional, e em substituição do número de beneficiário, terá de ser apresentado o número de beneficiário de Doença Profissional do utente, atribuído pelo ISS, no campo da requisição destinado a esse efeito. • Se o utente for um Migrante, terá de apresentar, em substituição do número de beneficiário e na área destinada a esse efeito: <ul style="list-style-type: none"> ○ O código do país de origem do utente (de acordo com a ISO2) ○ O número de identificação do utente no âmbito do Protocolo de Cooperação estabelecido com o seu país de origem (caso seja portador do Cartão Europeu de Seguro de Doença, o número a apresentar terá de ser o número do respetivo Cartão). <p>Não podem ser apresentados simultaneamente o número de Doente com Doença Profissional e número de Migrante.</p>		
2	Domicílio	Apenas se autoriza a realização de um domicílio quando o médico prescriptor indicar esta necessidade no campo “Domicílios” e apresentar, no campo imediatamente abaixo, uma justificação clínica.	C031	O valor do domicílio não é pago.
3	Natureza das Prestações	A área de MCDT dos exames/tratamentos prescritos na requisição tem de ser corresponder à área a que respeita a fatura.	D171	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
4	Local de Prescrição	O local de prescrição da requisição tem de pertencer à ARS/ULS faturada.	D172	A requisição é devolvida para que seja colocada numa fatura dirigida à ARS/ ULS à qual pertence o respetivo local de prescrição.
5	Data de Prescrição	A requisição tem de apresentar uma data de prescrição.	D092	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
6	Prescrição de Exames/ Tratamentos	Na sequência da remoção de exames/tratamentos da tabela de MCDT, esses mesmos tratamentos deixam de poder ser prescritos a partir de determinada data definida em sede de esclarecimentos da ACSS.	C013	O valor do exame prescrito (se prestado) não será pago.
7	Prescrição de Exames/ Tratamentos	Existe uma requisição exclusiva para o “pacote de procedimentos de colonoscopia” identificado com código 100.7. Assim, se a requisição incluir outros procedimentos prescritos que não os incluídos no pacote de colonoscopia, a mesma é considerada inválida. Todos os códigos considerados neste pacote foram criados exclusivamente para o efeito.	D310	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
8	Taxas moderadoras	A área da requisição referente à "Taxa Moderadora" tem de indicar a situação do utente no que se refere à isenção/ não isenção da taxa moderadora. Se os campos “Isento” e “Não Isento” se encontrarem preenchidos em simultâneo, ou se nenhum deles se encontrar preenchido, o utente deve ser considerado como não isento e o Prestador deve proceder à recolha das respetivas taxas moderadoras. O utente também será considerado não isento quando a parte de baixo da requisição, correspondente ao recibo, venha removida.	C043	O valor do exame pago reflete o estatuto de isenção/não isenção do utente, indicado na requisição. Caso o Prestador tenha cobrado indevidamente taxas moderadoras ao utente (situação em que o utente é isento), o CCM-SNS considerará a requisição não isenta, de forma a não beneficiar duplamente o prestador.

6.3.2. Prestação

Segue a apresentação das regras de conferência a aplicar à requisição – campos de prestação, independentemente da informação a validar se encontrar em formato papel ou no ficheiro de prestação. **Importa, no entanto, salientar que, no caso de existir uma contradição entre a informação de prestação presente na requisição em papel e a informação colocada no Ficheiro de Prestação, esta última prevalece para efeitos de conferência.** Ressalva-se adicionalmente que a especificação do Ficheiro de Prestação é genérica para todas as áreas, devendo no seu preenchimento, o Prestador ter em atenção as regras específicas da sua área. Por exemplo, os campos de domicílios não são obrigatórios, no entanto, caso o Prestador efetue domicílios, deverão ser preenchidos no ficheiro de acordo com as regras de prestação em vigor.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
1	Data de Prestação	<p>A requisição tem de apresentar uma data de prestação e esta tem de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser igual ou superior à data de prescrição; • Estar dentro do período de validade, isto é, ser igual ou inferior a 6 meses a contar a partir da data de prescrição; • Ser igual ou inferior à data da Fatura. <p>Para Medicina Física e Reabilitação o prazo de validade é também de 6 meses, não obstante, a sua contagem faz-se por comparação entre a data de início dos tratamentos e a data de prescrição, e não entre a data de prestação e data de prescrição.</p>	D145/D146/ D156	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
2	Domicílio	Os montantes a pagar por tipo de domicílio são, atualmente ⁶ , os seguintes: Tipo 1 - 2,49 € Tipo 2 - 1,5 € Tipo 3 - 0,40 € por km realizado	C036	O domicílio é pago de acordo com o valor apurado face às regras definidas.
3	Domicílio	Para todos os tipos de domicílio é necessária a indicação do Tipo de Domicílio e Código Postal.	D103	O valor do domicílio não é pago.
4	Domicílio	Quando o domicílio é do tipo D3 é necessária a indicação do número total de quilómetros percorridos.	D104	O valor do domicílio não é pago.
5	Domicílio	Quando o prestador, no âmbito de duas ou mais requisições, procede à prestação de serviços no mesmo local e na mesma data, apenas pode faturar um domicílio para o total das requisições em causa.	C039	Apenas é pago um domicílio para todas as requisições com domicílios realizados na mesma data e no mesmo local.
6	Domicílio	A realização de domicílios apenas poderá verificar-se no âmbito da área de A - Análises Clínicas.	C042	O valor do domicílio não é pago.
7	Identificação dos exames realizados	Os exames/tratamentos realizados pelo Prestador têm de coincidir sempre com os exames prescritos na requisição, não se admitindo quaisquer substituições ou adições, com exceção dos seguintes casos: <ul style="list-style-type: none"> Sessões de Medicina Física e Reabilitação. Procedimentos adicionais autorizados nos termos do capítulo 	D065 D066	Se for faturado pelo menos um exame/tratamento que não tenha sido prescrito e que não esteja autorizado, a requisição é devolvida para correção e nenhum exame/tratamento contemplado nesta requisição é pago.

⁶ Estes valores são actualizados através de respectivo diploma legal.



#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
		5.2.1.5, <u>que devem ser colocados na área de “Procedimentos Efetuados e Não Prescritos (linhas 7 a 9 da requisição)”</u> , sob pena de serem considerados como não autorizados.		
8	Identificação dos exames realizados	Existe uma requisição exclusiva para o “Pacote de procedimentos de colonoscopia” identificado com código 100.7. Assim, se o Prestador inserir em “procedimentos realizados e não prescritos” outros códigos para além dos que constam no pacote, a requisição é inválida e consequentemente também a faturação. Todos os códigos considerados neste pacote foram criados exclusivamente para o efeito.	D310	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
9	Identificação dos exames realizados	Os códigos 101.5 e 102.3 são mutuamente exclusivos. Se houver preenchimento simultâneo dos dois códigos a requisição é inválida e consequentemente também a faturação. Os códigos 719.6 e 1530.4 são mutuamente exclusivos. Se houver preenchimento simultâneo dos dois códigos a requisição é inválida e consequentemente também a faturação.	D311	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
10	Identificação dos exames realizados	Não foi prestado um dos exames/tratamentos com os códigos 101.5 ou 102.3, tendo sido prescrito o código 100.7. Adicionalmente, o código 100.7 deverá também constar como prestado.	D312	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
11	Identificação dos exames a realizar	Cada código de exame/tratamento distinto tem de se apresentar em cada uma das linhas disponíveis, não podendo exceder o máximo de 6.	D117	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
12	Identificação dos exames realizados	No âmbito dos exames/tratamentos de terapia da fala, foram faturados um ou mais exames/tratamentos que não foram prescritos.	C065	Apenas serão pagos exames/tratamentos da terapia da fala que tenham sido prescritos.



#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
13	Preço	O valor dos exames/tratamentos faturados pelo Prestador deve estar de acordo com os preços da Tabela de MCDT Convencionados e com a quantidade prestada. No caso particular da área F, nomeadamente no pacote de colonoscopia, o valor do exame deverá estar associado ao código 100.7.	C012	O exame é pago ao valor definido na Tabela de Convencionados e de acordo com a quantidade prestada (desde que esta não exceda a quantidade prescrita).
14	Preço	O valor total comunicado de prestação para cada requisição tem que corresponder ao somatório da prestação comunicada de cada uma das linhas de exames/tratamentos prestados que a compõe.	C025	É pago o valor com base no somatório de cada uma das linhas de linhas de exames/ tratamentos prestados que compõe a requisição.
15	Preço	O valor do exame pertencente ao pacote de colonoscopia não reflete o valor correto de acordo com os preços estabelecidos na Tabela de Convenção de MCDT para a quantidade prestada.	D314	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
16	Quantidade Prestada	A quantidade de exames/tratamentos prestados não pode exceder a quantidade prescrita. No caso particular da área M, para os exames que possuem o número incidências a realizar na sua nomenclatura (p.e.: Crânio, duas incidências), o Prestador deve restringir-se sempre à quantidade mínima que pode ser prescrita (1). Apenas se admitem quantidades adicionais quando devidamente prescritas pelo médico, recorrendo para tal aos códigos previstos na Tabela de Convenção para este efeito. Importa ainda referir que nos casos em que o prescritor não especifique a quantidade a realizar, o Prestador apenas pode fazer um exame/tratamento. <u>Caso se verifique a existência de códigos de exames prestados, que por motivo de terem sido removidos/alterados na tabela de exames, não possam, a partir de determinada data, ser prestados, os mesmos não serão pagos.</u>	C066	O valor do exame será pago até ao limite da quantidade prescrita ou que pode ser prescrita. Será adicionalmente pago, se à data da prestação, o exame for também elegível para pagamento.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
		No caso particular da área F, os exames associados ao pacote de colonoscopia apenas poderão ser faturados na quantidade mínima (1).		
17	Valor da Taxa Moderadora	As taxas moderadoras aplicadas aos exames/tratamentos deverão estar de acordo com os montantes definidos na Tabela de Convenção de MCDT.	C043	O valor do exame/ tratamento reflete, quando aplicável, a respetiva taxa moderadora em vigor. Se o valor apurado das taxas moderadoras for superior ao valor aplicado pelo prestador, a respetiva diferença será deduzida ao valor comunicado de taxas moderadoras. Se o valor apurado das taxas moderadoras for inferior ao valor aplicado pelo prestador, a respetiva diferença será acrescida ao valor comunicado de taxas moderadoras.
18	Valor da Taxa Moderadora	A taxa moderadora a aplicar deve refletir o estatuto de isenção/não isenção do utente identificado no campo Taxa Moderadora. No caso de a taxa moderadora ser cobrada na Unidade de Saúde, o Prestador deverá considerar o utente isento. O utente também será considerado não isento quando a parte de baixo da requisição, correspondente ao recibo, venha removida.	C043	O valor do exame pago reflete o estatuto de isenção/ não isenção do utente, indicado na requisição.
19	Valor da Taxa Moderadora	O valor total comunicado de taxas moderadoras para cada requisição tem que corresponder ao somatório das taxas comunicadas de cada uma das linhas de exames/ tratamentos prestados que a compõe.	C044	É apurado o valor com base no somatório de cada uma das linhas de linhas de exames/ tratamentos prestados que compõe a requisição.
20	Sessões de Fisioterapia realizadas	No âmbito da área G (Medicina Física e Reabilitação), cada requisição apenas poderá apresentar até 60 tratamentos. Para efeitos desta contagem, todos os exames/tratamentos da	D074	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
		área G são considerados exceto os códigos 002.7, 003.5 (Consultas), 1535.5 (Estudo da marcha com plataforma elétrica e registo), 201.1 (Exame muscular com registo gráfico), 202.0 (Goniometria elétrica) e 011.6 (Raquimetria).		
21	Data das sessões de fisioterapia realizadas	No caso de terem sido prestados tratamentos pertencentes à área G (Medicina Física e Reabilitação), os campos referentes às datas de início e de fim das sessões de fisioterapia têm de se encontrar preenchidos. Esta regra não é aplicável nos casos em que foram prestados, unicamente, os exames 002.7, 003.5, 1535.5, 201.1, 202.0 e 011.6.	D112	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
22	Data das sessões de fisioterapia realizadas	A data de início das sessões de fisioterapia deverá ser igual ou superior à data de prescrição e o intervalo entre a data de início e fim das sessões não pode ser superior a 90 dias.	D157	A requisição é devolvida para correção e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
23	Acordos de Convenção	A entidade prestadora terá de possuir uma convenção/acordo com a ARS/ULS Faturada no âmbito da área de MCDT e dos exames/tratamentos prestados, e essa convenção tem que se encontrar ativa.	D159/D173	A requisição é devolvida e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
24	Regras resultantes de Alterações à Tabela de Convenção	Sempre que seja necessário aplicar um produto de contraste, no âmbito da área M, o Prestador apenas pode faturar até três códigos diferentes, mas apenas podem colocar quantidade 1 em cada um deles (os produtos são o 519.3, 520.7 e 521.5), pois o preço deste produto já considera as situações de administração de mais de uma dose.	C068	Apenas é paga, quantidade prestada igual a um de cada um dos produtos que podem ser prestados.



#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
25	Regras resultantes de Alterações à Tabela de Convenção	Não se aceita a Faturação de mais do que um exame de ecografia obstétrica 1.º trimestre (código 490.1) no âmbito da mesma requisição.	C070	Apenas se paga um exame 490.1 no âmbito de uma requisição.
26	Regras resultantes de Alterações à Tabela de Convenção	A requisição de análises de Anticorpos para VIH 1 e 2 (1308.5) apenas permite a faturação de uma análise, quer se prescreva VIH 1 ou VIH 2 isoladamente ou ambos.	C072	Apenas é pago um exame do código 868.0 ou 1308.5 por requisição.
27	Regras resultantes de Alterações à Tabela de Convenção	Não se aceita a faturação em simultâneo dos códigos 1500.2 – Osteodensitometria da coluna lombar e 1501.0 – Osteodensitometria do colo femoral, tendo em conta que existe um código específico para este efeito.	D067	A requisição é devolvida e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
28	Regras resultantes de Alterações à Tabela de Convenção	Não se aceita a Faturação em simultâneo do código 1502.9 - Osteodensitometria do punho com os restantes códigos de Osteodensitometria (códigos 1500.2, 1501.0, 1503.7)	D072	A requisição é devolvida e os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
29	-	As requisições que foram devolvidas ao Prestador podem ser novamente submetidas a conferência no período limite de 90 dias (contados a partir da disponibilização dos resultados da 1.ª conferência).	A001	A requisição é anulada administrativamente, pelo que não é paga.
30	-	Todas as requisições que forem registadas no Ficheiro de Prestação ou na Fatura Eletrónica têm de ser enviadas em papel para o CCM-SNS, junto da respetiva Fatura. Note-se que para que	A005	Os registos no Ficheiro de Prestação / Fatura Eletrónica que não tiverem suporte em papel serão anulados e o seu valor não será pago.

#	ÂMBITO	REGRAS DE CONFERÊNCIA	ERROS POSSÍVEIS	ACÇÃO RESULTANTE DO INCUMPRIMENTO
		a requisição seja reconhecida no ficheiro, o lote em que veio fisicamente tem que corresponder ao lote que vem indicado no ficheiro de prestação.		
31	Exames faturados	O exame faturado não consta na BDNR.	D307	Os respetivos exames/tratamentos não são pagos.
32	Exames faturados	O exame não consta na BDNR como realizado.	D308	Os respetivos exames/tratamentos não são pagos.



7. Comunicação dos resultados da conferência

7.1. Comunicação de Erros e Diferenças

Conforme explicitado no capítulo 6.1, no processo de conferência podem ser identificados erros ou diferenças. A cada regra de conferência não cumprida corresponde um código de erro/diferença⁷, que deve beneficiar da seguinte leitura:

Para cada incumprimento detetado, é atribuído um código alfanumérico, onde a letra identifica o tipo de ação desencadeada (D – Devolução, C – Correção, R – Rejeição, F - Aguarda documentação, A – Anulação Administrativa e G – Reentrada com Erros), seguida de três dígitos que correspondem ao número da incorreção que motivou esta ação;

Imediatamente à frente do código, encontra-se um breve descritivo da incorreção encontrada.

O processo de conferência da fatura e da respetiva documentação decorre até ao dia 10 do mês seguinte ao de recebimento de fatura no CCM-SNS. A partir deste dia disponibilizam-se aos Prestadores os erros e diferenças identificados, com referência à respetiva fatura e justificação. Caso o dia 10 ocorra ao fim de semana ou dia feriado, a disponibilização dos resultados tem como data limite o dia útil seguinte. Para este efeito dever-se-á ter em conta o feriado municipal da Maia, que ocorre na segunda-feira seguinte ao segundo domingo de julho.

Através do Portal do CCM-SNS os Prestadores podem visualizar, na respetiva área reservada, a lista de erros e diferenças. Caso a irregularidade identificada diga respeito a um documento enviado em papel poderá visualizar a sua imagem (por exemplo, uma requisição).

Adicionalmente, para os Prestadores que aderirem ao Acordo de Transmissão da Faturação Eletrónica, os erros e diferenças identificados na informação enviada através de ficheiro eletrónico são comunicados ao Prestador pela mesma via, ou seja, através de um ficheiro de resposta onde se encontra a lista discriminada das irregularidades detetadas (de acordo com as especificações apresentadas em anexo).

⁷ No anexo 8.5 encontram-se listados exaustivamente todos os códigos de erro considerados.

Os documentos que apresentem a possibilidade de correção ou que não são da responsabilidade do SNS são devolvidos ao Prestador (erro do tipo D - Devolução), juntamente com o respetivo ofício com a indicação dos erros e diferenças.

Note-se que no caso dos ESP, não existirá devolução da requisição uma vez que esta não é enviada para o CCM-SNS (não existe documento físico).

Após a correção dos erros identificados, o Prestador poderá submeter novamente estes documentos a pagamento, através da sua integração na documentação de Faturação do(s) mês(es) seguinte(s).

De acordo com o referido no capítulo 6, se após a conferência aos documentos que o Prestador resubmeteu para pagamento persistirem irregularidades, o CCM-SNS não irá efetuar uma segunda devolução dos mesmos ao prestador, procedendo ao pagamento do documento pelo valor corrigido dos erros detetados caso estes sejam do tipo C - Correção, ou anulando o seu valor na totalidade, caso existam erros para os quais seria necessária uma nova devolução.

Refira-se a este respeito que os documentos devolvidos ao Prestador para correção devem reentrar no CCM-SNS até 90 dias a contar da data de comunicação dos respetivos erros. Findo este prazo os documentos são anulados administrativamente, ou seja, não são pagos e não são devolvidos.

Com base na informação das irregularidades detetadas, o Prestador terá de remeter a respetiva nota de crédito ou de débito regularizadora dos erros e diferenças identificados pelo CCM-SNS nos prazos indicados no capítulo 3.

No dia 11 de cada mês (ou dia útil seguinte, caso o dia 11 não seja um dia útil), todas as notas de débito/ crédito que tenham sido rececionadas no CCM-SNS até à data e que apresentem inconformidades serão devolvidas ao Prestador para que este proceda a uma nova emissão corrigida da nota de débito/ crédito.

Seguidamente, o Prestador deverá voltar a reenviar as notas de débito/ crédito corrigidas para o CCM-SNS, para que sejam novamente validadas. O ciclo repete-se até que as notas de débito/ crédito estejam em conformidade com o CIVA e com as regras estipuladas no capítulo 5.2.1.



7.2. Reclamações

Quando o Prestador discorda do resultado da conferência, tem ao seu dispor um mecanismo de reclamação, através da área reservada do Portal do Centro, <https://ccmsns.min-saude.pt>.

As reclamações sobre documentos devolvidos (requisições com erro do tipo D) apenas são consideradas válidas para tratamento após o recebimento pelo CCM-SNS dos respetivos originais, contudo, é dada preferência retificação, quando aplicável, e posterior refaturação. Acresce que sempre que o Prestador tenha de remeter requisições em papel, para o CCM-SNS, no âmbito do processo de reclamações, deverá capear os documentos com o documento *Documento a acompanhar devolução de documentos reclamados*, disponível no Portal do Centro, em *Download e Publicações > Outra Documentação > MCDT*.

Importa salientar que o prazo que o Prestador dispõe para a apresentação de uma reclamação ao CCM-SNS, devidamente fundamentada e com os documentos físicos originais devolvidos ao CCM-SNS (se aplicável), é de 40 dias contados a partir do dia de disponibilização do resultado de conferência no Portal. Caso o prazo vença a um dia de fim de semana ou feriado, o término do prazo transita para o dia útil seguinte. Ver abaixo, no capítulo que se segue, os procedimentos a serem seguidos pelos Prestadores no seguimento da análise das reclamações e comunicação dos resultados.

Quando se verifique algum constrangimento no acesso á área reservada do Portal do CCM-SNS, o mesmo deverá ser reportado para o *e-mail* info.ccm@spms.min-saude.pt.

Importa reforçar que o CCM-SNS não aceitará as reclamações que não cumpram os requisitos especificados, designadamente:

- Reclamações enviadas por outros canais de comunicação, que não pelo Portal;
- Reclamações enviadas fora do prazo de 40 dias a contar a data de disponibilização do respetivo resultado de conferência pelo CCM-SNS;
- Reclamações sobre requisições devolvidas e que não tenham dado entrada no CCM-SNS de acordo com o procedimento atrás referido;
- Reclamações que apresentem documentos anexos que não os previstos.



7.2.1. Análise da Reclamação

Uma vez recebida a reclamação, o CCM-SNS procede à análise de cada erro e diferença contestado, de forma a avaliar o seu fundamento.

Na sequência deste processo de análise, cada erro ou diferença contestado é classificado como deferido ou indeferido, de acordo com as regras em vigor para a Faturação de serviços prestados no âmbito de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (explicitadas nos capítulos 5 e 6).

Uma vez concluído o processo de análise, o CCM-SNS disponibiliza na área reservada do Portal os resultados da análise às reclamações na sua área reservada.

Caso se verifique a necessidade de devolução de documentos aos Prestadores, a mesma será efetuada através de ofício.

Os Prestadores deverão realizar os procedimentos que se descrevem de seguida, consoante a reclamação tenha sido alvo de deferimento ou indeferimento.

Caso a reclamação seja deferida, o valor processado em sede de reclamação será depois acertado pela ARS/ULS respetiva ao prestador, sendo o valor deferido acertado.

Note-se que em termos de acerto, o valor da requisição será pago, na totalidade, caso não existam novos erros e/ou não tenha sido pago qualquer valor anteriormente, ou em parte ou nada, se forem identificados novos erros ou já tenha sido pago anteriormente.

Caso a reclamação seja indeferida, o Prestador pode ainda corrigir o documento em conformidade com as normas de preenchimento e conferência em vigor e refaturá-lo no ciclo de conferência seguinte. Note-se que esta hipótese apenas se aplica a documentos devolvidos, com erros do tipo D.

No que respeita à análise das reclamações, a responsabilidade da CCM-SNS restringe-se a:

- Apoiar na análise de questões que incidam sobre o resultado da conferência de uma determinada fatura, para a qual tenham sido identificados erros ou diferenças na documentação enviada com os quais o Prestador discorda;

- Regularizar os resultados apurados em caso de deferimento da reclamação submetida pelo prestador;
- Apoiar em questões de natureza técnica (por exemplo, prazos e processo de submissão da reclamação).

Ficam expressamente excluídas do âmbito de análise das reclamações a interpretação e aplicação de normas jurídicas, nomeadamente daquelas que incidam sobre as regras de conferência. Esta responsabilidade encontra-se acometida à ACSS.



8. Anexos

8.1. Termo de Adesão ao Portal do CCM-SNS

Apresenta-se seguidamente o termo de adesão ao Portal do CCM-SNS disponibilizado pelo CCM-SNS ao Prestador na sua área reservada:

1. Para efeitos do procedimento de pagamento da comparticipação do Estado, o Prestador aceita que a confirmação da receção dos documentos necessários à validação das faturas mensais seja efetuada pelo prestador, através da consulta/acesso à cópia em pdf da fatura mensal recebida que será disponibilizada na sua área reservada, no Portal <https://ccmsns.min-saude.pt> mediante a utilização do *login* de acesso do prestador.
2. O Prestador aceita igualmente que a consulta dos resultados do processo de conferência, ou seja, a identificação dos erros e diferenças que dele resultem, seja feita através do portal, conforme atrás descrito. Não obstante, ser-lhe-ão enviados os documentos identificados para devolução.
3. O Prestador reconhece que todas as reclamações a realizar respeitantes aos resultados da conferência da sua fatura apenas serão analisadas se efetuadas através da submissão do formulário disponível no Portal.
4. O Prestador declara que prescinde das informações prévias a que se refere o art.º 28.º do Decreto-Lei n.º 7/2004, de 7 de Janeiro com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n. 62/2009 de 10 de Março e pela Lei 46/2012 de 29 de Agosto, bem como do aviso de receção, nos termos do n.º 1 do art.º 29.º do mesmo diploma.

8.2. Especificações Técnicas das Mensagens Enviadas pelo Prestador

O presente capítulo encontra-se devidamente exposto no documento “Especificações Técnicas de Relacionamento de MCDT”, disponível para consulta na área pública de *Downloads e Publicações > Outra Documentação > MCDT*, no Portal do CCM-SNS.

8.3. Especificações Técnicas das Mensagens Enviadas ao Prestador

O presente capítulo encontra-se devidamente exposto no documento “Especificações Técnicas de Relacionamento de MCDT”, disponível para consulta na área pública de *Downloads e Publicações > Outra Documentação > MCDT*, no Portal do CCM-SNS.

8.4. Especificações Técnicas do Ficheiro de Erro e Diferenças

O presente capítulo encontra-se devidamente exposto no documento “Especificações Técnicas de Relacionamento de MCDT”, disponível para consulta na área pública de *Downloads e Publicações > Outra Documentação > MCDT*, no Portal do CCM-SNS.

8.5. Lista de Erros e Diferenças

CÓDIGO	DESCRIPTIVO
A001	O prazo de 90 dias, contados a partir da data de comunicação dos erros e diferenças, que o prestador dispunha para reenviar o documento para o CCM-SNS foi excedido.
A004	O documento já foi pago no âmbito de uma fatura anterior.
A005	O Ficheiro de Prestação/Fatura Eletrónica contém registo de uma ou mais requisições que não foi possível associar uma requisição em papel.
C001	O valor total da fatura não reflete o somatório dos valores comunicados em cada uma das requisições a que a fatura respeita, incluindo domicílios (caso existam).
C002	O valor total das taxas moderadoras constantes da fatura não refletem o somatório dos valores comunicados para taxas moderadoras em cada uma das requisições a que a fatura respeita.
C003	O valor de descontos apurado difere do valor faturado.
C025	O total das prestações na requisição é diferente do somatório das linhas de exames/tratamentos prestados que a compõe.
C012	O valor do exame/tratamento não reflete o valor correto de acordo com os preços estabelecidos na Tabela de Convenção de MCDT para a quantidade prestada.
C013	Foi prescrito um exame que à data da prescrição não consta na tabela de MCDT.
C031	Não foi indicada a necessidade de realização do domicílio e/ou não foi apresentada a respetiva justificação clínica.
C036	O valor do domicílio não se encontra correto.
C039	O prestador realizou uma deslocação para o mesmo local na mesma data no âmbito de outra requisição, pelo que só é pago um domicílio.
C042	A área de MCDT dos exames/tratamentos prestados não permite a realização de domicílios.
C043	O valor da taxa moderadora aplicado não se encontra de acordo com a tabela em vigor, ou não reflete o estatuto de isenção/ não isenção do utente.



CÓDIGO	DESCRITIVO
C044	O total da taxa moderadora para a requisição é diferente do somatório das linhas das taxas por exame/tratamento.
C065	Foram faturados um ou mais exames/tratamentos que não foram prescritos.
C066	A quantidade de exames/tratamentos realizados excede a quantidade que foi/ pode ser prescrita.
C068	Foi faturado mais do que um contraste do mesmo tipo.
C070	Foi faturado mais do que um exame de ecografia obstétrica 1.º trimestre.
C072	Foi faturada mais do que uma análise de Anticorpos para VIH 1 e 2.
D001	A entidade emitiu mais do que uma fatura mensal por ARS/ULS e por área de convenção.
D002	O número da fatura encontra-se repetido face a outra fatura enviada pela entidade desde o início do ano.
D003	O nome da entidade prestadora não se encontra presente na fatura ou está incorreto.
D004	O código de convenção, atribuído pela ACSS, não se encontra presente na fatura ou este não é válido.
D005	A morada (incluindo código postal) da entidade prestadora não está presente na fatura ou está incorreta.
D006	O número de identificação fiscal da entidade prestadora não está presente na fatura ou está incorreto.
D007	O número da fatura não está presente na mesma.
D008	A data da fatura não se encontra presente ou não respeita o definido (último dia do mês em que os serviços foram prestados ou data anterior).
D009	A identificação da ARS/ULS não está presente na fatura ou está incorreta.
D010	A morada (incluindo código postal) da ARS/ULS não se encontra presente na fatura ou está incorreta.
D011	O número de identificação fiscal da ARS/ULS não se encontra presente na fatura ou está incorreto.
D013	A partir de 1 de Fevereiro, não são aceites faturas com data referente ao ano anterior.
D014	A informação presente na fatura não se encontra devidamente ordenada conforme as normas exigidas.
D015	A natureza das prestações não se encontra presente na fatura.
D016	O número total de requisições enviadas não se encontra presente na fatura.
D017	O número de requisições, discriminado por tipo de lote, não se encontra presente na fatura.
D018	O valor da prestação, discriminado por tipo de lote, não se encontra presente na fatura.
D019	O valor das taxas moderadoras, discriminado por tipo de lote, não se encontra presente na fatura.
D020	A fatura contempla a prestação de domicílios, no entanto, o respetivo valor não está discriminado por tipo de lote.
D021	A natureza das prestações indicada na fatura é diferente da natureza das prestações da convenção faturada.



CÓDIGO	DESCRIPTIVO
D022	O valor do IVA não se encontra na fatura.
D024	O número total de lotes enviados não se encontra presente na fatura.
D025	O número de lotes enviados, discriminado por tipo, não se encontra presente na fatura.
D026	O Valor Total das Prestações, correspondente ao somatório do valor das prestações de cada tipo de lote, não se encontra presente na fatura.
D027	O Valor Total das Taxas Moderadoras, correspondente ao somatório do valor das taxas moderadoras não se encontra presente na fatura.
D028	O Valor Total dos Domicílios, correspondente ao somatório do valor dos domicílios de cada tipo de lote, não se encontra presente na fatura.
D030	A fatura emitida contempla mais do que uma área de convenção ou ARS/ULS.
D031	O valor total da fatura não se encontra calculado de acordo com o definido.
D032	O nome da entidade prestadora não está presente na nota de débito/crédito ou está incorreto.
D033	A morada (incluindo o código postal) da entidade prestadora não está presente na nota de débito/crédito ou está incorreta.
D034	O número de identificação fiscal da entidade prestadora não está presente na nota de débito/crédito ou está incorreto.
D035	O código de convenção, atribuído pela ACSS, não se encontra presente na nota de débito/crédito ou este não é válido.
D036	O número da nota de débito/crédito não está presente na mesma.
D037	A data da nota de débito/crédito não se encontra presente na mesma.
D038	A identificação da ARS/ULS não está presente na nota de débito/crédito ou está incorreta.
D039	A morada da ARS/ULS (incluindo código postal) não se encontra presente na nota de débito/crédito ou está incorreta.
D040	O número de identificação fiscal da ARS/ULS não se encontra presente na nota de débito/crédito ou está incorreto.
D041	O número ou data da fatura a que a nota de débito/crédito respeita não se encontra presente ou está incorreto.
D042	O montante a regularizar, por fatura e no total da nota de débito/crédito, não está presente
D044	A nota de débito/crédito apresenta uma fatura respeitante a ARS/ULS diferente.
D045	A fatura a que a nota de débito/crédito respeita não se encontra conferida.
D046	O montante debitado no documento não se refere a valores não conferidos apurados pelo CCM-SNS.
D047	O número da nota de débito/crédito encontra-se repetido face a outra débito/crédito enviada pela entidade desde o início do ano.
D048	A nota de débito/crédito enviada apresenta uma fatura não recebida previamente no CCM-SNS.
D049	As requisições não se encontram organizadas em lotes devidamente identificados através de um Verbete de Identificação de Lote.
D050	A requisição não se encontra no lote correto.



CÓDIGO	DESCRIPTIVO
D051	A requisição não apresenta o modelo formalmente exigido pelo SNS.
D052	A requisição apresenta informação de preenchimento obrigatório que não se encontra visível e legível.
D053	A requisição não apresenta a vinheta identificativa do local de prescrição ou o código não se encontra visível ou não é válido.
D054	A requisição não apresenta a vinheta identificativa do médico prescriptor ou o código não se encontra visível ou não é válido.
D056	A requisição não possui a assinatura do médico prescriptor no campo destinado a este efeito.
D058	A requisição não possui a assinatura da utente confirmativa dos serviços prestados.
D061	O nome e/ou o número de beneficiário não se encontram preenchidos na requisição.
D062	A identificação do Migrante não se encontra completa: falta o código do país de origem ou o número de identificação do utente no âmbito do protocolo de cooperação estabelecido com o seu país de origem.
D063	Encontram-se preenchidos simultaneamente o número de Migrante e de Doente Profissional, não sendo possível identificar qual a entidade responsável.
D064	A requisição não apresenta o carimbo/vinheta e/ou assinatura do responsável da Unidade de Saúde.
D065	Foram faturados um ou mais exames/tratamentos que não foram prescritos.
D066	Os procedimentos realizados adicionalmente não se encontram na lista de procedimentos passíveis de realização sem a respetiva prescrição médica.
D067	Foram faturados simultaneamente os códigos 1500.2 – Osteodensitometria da coluna lombar e 1501.0 – Osteodensitometria do colo femoral, sendo que existe um código específico para este efeito.
D072	Foram faturados simultaneamente o código 1502.9 - Osteodensitometria do punho e um dos restantes códigos de Osteodensitometria.
D074	Foi excedido o limite de 60 tratamentos por requisição.
D077	A requisição excede o número máximo permitido por lote (30).
D083	A entidade responsável não se encontra preenchida ou não está válida.
D092	A requisição não apresenta data de prescrição.
D103	Não se encontra indicado o tipo de domicílio e/ou código postal onde foi realizado o domicílio.
D104	O domicílio é classificado como D3, mas não se encontra indicado o número de quilómetros percorridos.
D105	Não se encontra indicado o código do exame/tratamento ou este não se encontra válido para a área faturada.
D106	Não se encontra indicado o preço do exame/tratamento.
D107	A requisição não apresenta a vinheta identificativa do médico executante.
D108	A requisição não apresenta a assinatura do médico executante.
D110	A requisição não apresenta identificação da entidade prestadora (carimbo e assinatura).



CÓDIGO	DESCRIPTIVO
D112	As datas de início e de fim das sessões de fisioterapia não se encontram preenchidas.
D117	O número de exames/tratamentos prestados excede o limite de 6 exames/tratamentos por requisição.
D145	A requisição não apresenta data de realização dos serviços prestados.
D146	A data de prestação é superior à data da fatura ou encontra-se fora do prazo de validade.
D156	A data de prestação é inferior à data da autenticação do médico prescriptor.
D157	A data de início das sessões de fisioterapia é inferior à data de prescrição e/ou o período entre a data de início e de fim das sessões é superior a 90 dias.
D159	Não existe contrato estabelecido entre a ARS/ULS e o prestador para o serviço faturado.
D160	A fatura apresenta uma taxa de IVA diferente da taxa de IVA em vigor.
D163	A fatura não cumpre os requisitos legais, nomeadamente os previstos no CIVA ou outros específicos previstos no manual de relacionamento.
D164	Erro de somatório.
D165	A nota de débito/crédito apresenta uma taxa de IVA diferente da taxa de IVA em vigor.
D166	A nota de débito/crédito não cumpre os requisitos legais, nomeadamente os previstos no CIVA ou outros específicos previstos no manual de relacionamento.
D168	Requisição emitida em local de prescrição que não é da responsabilidade financeira da ARS/ULS.
D170	Não foi possível associar a requisição enviada em papel com um registo no Ficheiro de Prestação/Fatura Eletrónica.
D171	A área de MCDT da requisição não corresponde à área indicada na fatura.
D172	O local de prescrição da requisição não pertence à ARS/ULS que está a ser faturada.
D173	Na data em que os serviços foram prestados o prestador não possuía convenção ativa.
D174	O local não permite a prescrição de requisições do programa Autoestima.
D177	A nota de débito/crédito (original e duplicado) não foi enviada ou não se encontra legível.
D178	A nota de débito/crédito não apresenta o valor que permita corrigir os erros apurados.
D210	Rasura sobre o código dos exames ou nomenclatura, em requisição informatizada.
D211	Rasura sobre a indicação de condição de isenção, em requisição informatizada
D213	Rasura sobre a indicação de necessidade de domicílio, em requisição informatizada.
D214	Rasura sobre a quantidade de exames/tratamentos, em requisição informatizada.
D215	Rasura sobre as datas de prescrição/prestação, em requisição informatizada.
D220	Rasura sobre o código dos exames ou nomenclatura, sem rubrica, em requisição manual.



CÓDIGO	DESCRIPTIVO
D221	Rasura sobre a indicação de condição de isenção, sem rubrica, em requisição manual.
D223	Rasura sobre a indicação de necessidade de domicílio, sem rubrica, em requisição manual.
D224	Rasura sobre a quantidade de exames/tratamentos, sem rubrica, em requisição manual.
D225	Rasura sobre as datas de prescrição/prestação, sem rubrica, em requisição manual.
D301	O tipo de Lote referido na linha da fatura não é válido.
D303	O par número sequencial/tipo de lote encontra-se repetido na fatura.
D304	Número de requisição inválido.
D305	Número de requisição duplicado.
D306	Não foram carregadas linhas para a prescrição e prestação eletrónica, de acordo com as regras de carregamento aplicadas pelo CCM-SNS.
D307	O exame faturado não consta na BDNR.
D308	O exame não consta na BDNR como realizado.
D310	Foram prestados/prescritos um ou mais exames/tratamentos que não se encontram incluídos no pacote de colonoscopia.
D311	Foram faturados simultaneamente exames mutuamente exclusivos.
D312	Não foi prestado um exame obrigatório.
D314	O valor do exame pertencente ao pacote de colonoscopia não reflete o valor correto de acordo com os preços estabelecidos na Tabela de Convenção de MCDT para a quantidade prestada.
D315	O valor do domicílio tem de estar preenchido e com valor superior a 0.
D316	A área de MCDT não permite a realização de domicílios.
D317	O número da linha do exame encontra-se repetido na prestação.
D318	Não foi indicado o código do médico executante.
D319	O número da linha de fatura encontra-se repetido.
D320	O tipo de lote nas linhas da fatura encontra-se repetido.
D321	A área nas linhas da fatura não se encontra preenchida ou está incorreta.
D322	O número de linha ou número único de linha (lotes eletrónicos) não se encontra preenchido.
D323	O código do exame encontra-se repetido nas linhas prestação ou nos exames prestados e não prescritos (suplementos).
F001	A fatura (original e duplicado) não foi enviada pelo prestador ou não se encontra legível.
F002	O Ficheiro de Prestação não foi enviado pelo prestador.



CÓDIGO	DESCRIPTIVO
F003	A Relação Resumo de Lotes não foi enviada.
F004	O número da fatura (papel) não corresponde com o número da fatura enviado no Ficheiro de Prestação.
R161	A requisição enviada é uma fotocópia do modelo original.

8.6. Especificações Técnicas do Código de Barras Bidimensional

O presente capítulo encontra-se devidamente exposto no documento “Especificações Técnicas de Relacionamento de MCDT”, disponível para consulta na área pública de *Downloads e Publicações > Outra Documentação > MCDT*, no Portal do CCM-SNS.

8.7. Identificação das entidades adquirentes de Faturas

Aqui são apresentados os dados das entidades adquirentes de Faturas a serem conferidas pelo CCM-SNS, e que devem ser usados no âmbito da faturação:

- **Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.**
Rua de Santa Catarina, 1288, 4000-447 Porto
NIPC: 503135593
- **Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.**
Alameda Júlio Henriques, 3000-457 Coimbra
NIPC: 503122165
- **Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.**
Av. Estados Unidos da América, n.º 75-77, 1749-096 Lisboa
NIPC: 503148776
- **Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.**
Largo do Jardim do Paraíso, n.º 1, 7000-864 Évora
NIPC: 503148768
- **Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.**
E.N. 125 Sítio das Figuras, Lote 1, 2º andar, 8005-145 Faro
NIPC: 503148709
- **ULS do Alto Minho, EPE**
Estrada de Santa Luzia, 4901-858 Viana do Castelo
NIPC: 508786193

- **ULS de Matosinhos, EPE**
Rua Dr. Eduardo Torres, 4454-513 Senhora da Hora
NIPC: 506361390
- **ULS da Guarda, EPE**
Parque da Saúde - Av. Rainha Dona Amélia, 6300-858 Guarda
NIPC: 508752000
- **ULS de Castelo Branco, EPE**
Avenida Pedro Álvares Cabral, 6000-084 Castelo Branco
NIPC: 509309844
- **ULS do Norte Alentejano, EPE**
Av. de Santo António, 7301-853 Portalegre
NIPC: 508094461
- **ULS do Litoral Alentejano, EPE**
Monte do Gilbardinho, 7540-230 Santiago do Cacém
NIPC: 510445152
- **ULS do Baixo Alentejo, EPE**
Rua Dr. António Fernando Covas Lima, 7801-849 Beja
NIPC: 508754275
- **ULS do Nordeste, EPE**
Praça Cavaleiro Ferreira, 5301-862 Bragança
NIPC: 509932584