

O seguro de saúde cobre os atos realizados por um dietista se tiverem sido prescritos por um médico e se o segurado tiver uma das patologias para as quais está prevista a cobertura.

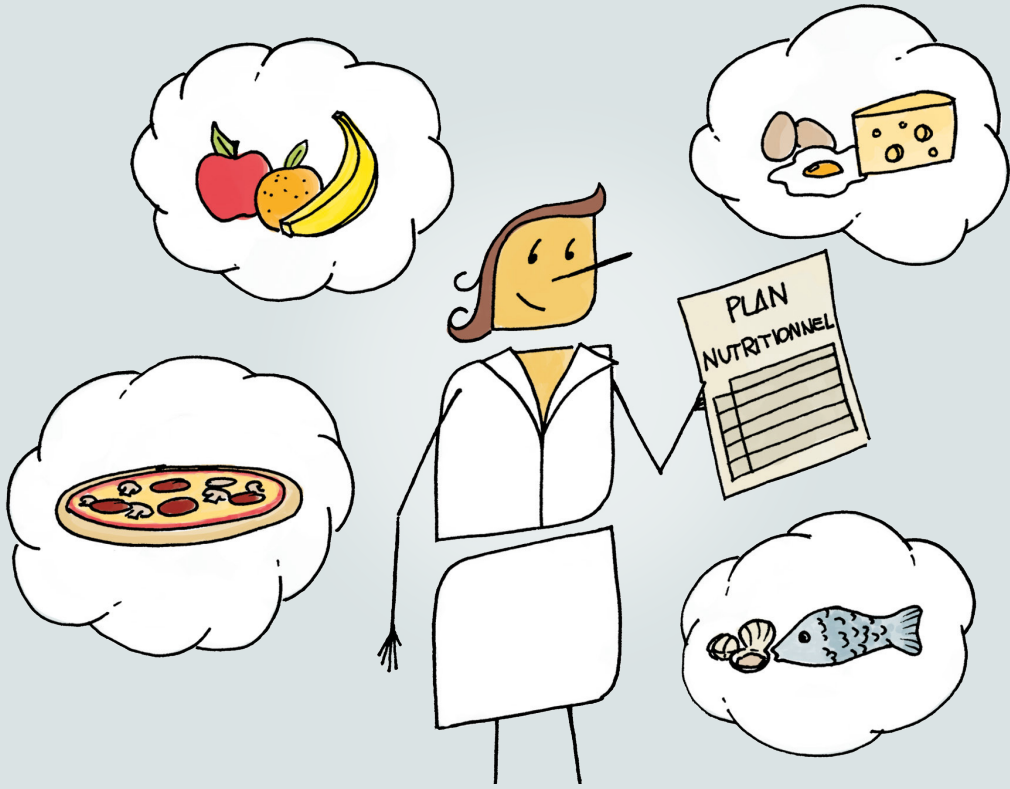


Tratamento

O tratamento dietético consiste num tratamento dietético inicial composto por:

- uma consulta inicial com análise do historial clínico e avaliação nutricional (duração mínima de 60 minutos).
- uma consulta de aconselhamento e documentação (entrega do plano nutricional, duração mínima de 30 minutos).
- quatro consultas de acompanhamento no quadro do tratamento inicial (duração mínima de 30 minutos).

Uma continuação do tratamento dietético é possível mediante receita médica. Esta extensão inclui quatro consultas de acompanhamento (duração mínima de 30 minutos).



Condições de cobertura

Patologia específica
O segurado deve ter uma das patologias previstas nos estatutos da CNS.

Prescrição médica
As consultas dadas pelo dietista apenas são cobertas pela CNS se forem dadas com base numa prescrição médica original e prévia.

- De uma forma geral, a prescrição deve indicar:
- o código ou a designação da nomenclatura que diz respeito aos atos prescritos;
 - a patologia ou patologias que justificam a cobertura dos cuidados dietéticos;
 - caso se aplique, o número específico de consultas.

Limitações
A CNS apenas cobre um tratamento dietético inicial por patologia a cada três anos. Cada tratamento inicial pode, segundo prescrição médica, ser prolongado uma única vez.

O prolongamento do tratamento dietético apenas é coberto:

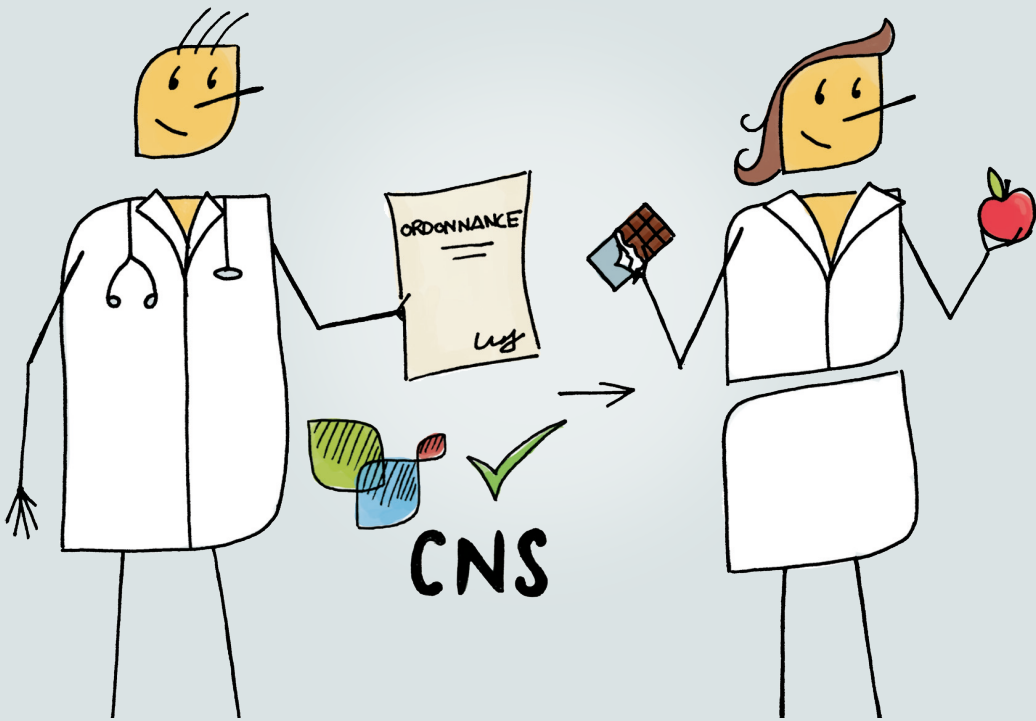
- se o tratamento inicial tiver chegado ao fim;
- se decorreram menos de três anos desde o início do tratamento inicial. Findo este prazo, poderá ser solicitado um novo tratamento inicial.

Validação da prescrição e título de cobertura
A prescrição médica deve ser validada junto da CNS. Esta validação deve ser solicitada no prazo de 90 dias após a data de emissão da prescrição. Esta validação assume a forma de um título de cobertura.

A validação pode ser solicitada pelo dietista ou pelo próprio segurado junto da Caixa Nacional de Saúde.

Se o pedido de validação for feito pelo dietista: O segurado apresente a prescrição médica diretamente ao dietista. Este último pode introduzir as informações que constam da prescrição num programa informático especializado e transmiti-las à CNS no prazo estabelecido.

Se o pedido de validação for feito pelo segurado: O segurado deve enviar a prescrição médica original por correio postal para a CNS no prazo estabelecido.



Modo de pagamento

Sistema do terceiro pagador (caso o dietista tenha enviado o pedido)
No âmbito do sistema do terceiro pagador, o segurado apenas paga ao dietista a parte que lhe compete, ou seja, a parte que não é reembolsável pelo seguro de saúde. A CNS cobre diretamente o resto.

Sistema do terceiro pagador (caso o segurado tenha enviado o pedido)
Neste caso, no final do tratamento, o dietista entrega ao segurado uma fatura com o montante total a pagar, ou seja, a parte que compete ao seguro de saúde bem como a parte que eventualmente esteja a cargo do segurado. Após o pagamento, o segurado solicita à sua caixa competente (CNS ou caixa de seguro de saúde do setor público) o reembolso da parte a cargo da mesma.

Taxas de cobertura

Os atos e serviços incluídos na nomenclatura dos dietistas são cobertos na proporção de 88%, desde que sejam prescritos a uma pessoa que apresente uma das patologias previstas no anexo E dos estatutos.

Por derrogação, a taxa de cobertura é de 100% se o segurado não tiver atingido os 18 anos de idade na data de emissão da prescrição.

