

澳門特別行政區

REGIÃO ADMINISTRATIVA ESPECIAL
DE MACAU

第 130/2016 號行政長官批示

行政長官行使《澳門特別行政區基本法》第五十條賦予的職權，並根據第11/2016號行政法規《二零一六年度醫療補貼計劃》第五條第五款及第八條的規定，作出本批示。

一、醫療券可在醫療券自助列印機列印取得。

二、根據第11/2016號行政法規《二零一六年度醫療補貼計劃》第五條第六款的規定將醫療券移轉予受益人的配偶、第一親等直系血親尊親屬或卑親屬，須簽署移轉聲明書和將之交予被背書人。

三、向受益人提供的醫療服務，由使用者在醫療券上簽署確認。

四、如支付予私人衛生單位的金額低於醫療券的面值，受益人不得要求返還差額。

五、參與計劃的私人衛生單位每月須將經使用的醫療券送交衛生局核實和處理給付。

六、衛生局最遲須自醫療券經核實後翌月三十日就醫療券作出結算。

七、所有關於醫療券給付的工作最遲須於二零一七年十二月三十一日完成。

八、醫療券的有效期至二零一七年十二月三十一日，且不得重新轉為有效。

九、核准醫療券的式樣，該式樣載於作為本批示組成部分的附件。

十、本批示自公佈日起生效。

二零一六年五月六日

行政長官 崔世安

Despacho do Chefe do Executivo n.º 130/2016

Usando da faculdade conferida pelo artigo 50.º da Lei Básica da Região Administrativa Especial de Macau e nos termos do n.º 5 do artigo 5.º e do artigo 8.º do Regulamento Administrativo n.º 11/2016 (Programa de participação nos cuidados de saúde para o ano de 2016), o Chefe do Executivo manda:

1. Os vales de saúde podem ser obtidos em quiosques de auto-impressão de vales de saúde.

2. A transmissão de vales de saúde a favor de cônjuge, ascendente ou descendente do 1.º grau em linha recta do beneficiário, nos termos do n.º 6 do artigo 5.º do Regulamento Administrativo n.º 11/2016 (Programa de participação nos cuidados de saúde para o ano de 2016), faz-se mediante assinatura da declaração de transmissão e respectiva entrega ao endossado.

3. Os cuidados de saúde prestados aos beneficiários são confirmados através de assinatura do utente no vale de saúde.

4. Caso o montante a pagar às unidades privadas de saúde seja inferior ao valor nominal do vale de saúde, o beneficiário não pode exigir a restituição da diferença.

5. Os vales de saúde utilizados são enviados, mensalmente, pela unidade privada de saúde aderente aos Serviços de Saúde para validação e processamento do pagamento.

6. Os Serviços de Saúde efectuem a liquidação dos vales de saúde até ao dia 30 do mês seguinte ao da respectiva validação.

7. Todas as operações relativas ao pagamento do vale de saúde devem estar realizadas até ao dia 31 de Dezembro de 2017, inclusive.

8. O vale de saúde é válido até 31 de Dezembro de 2017, não podendo ser revalidado.

9. É aprovado o modelo do vale de saúde, constante do anexo ao presente despacho e que dele faz parte integrante.

10. O presente despacho entra em vigor no dia da sua publicação.

6 de Maio de 2016.

O Chefe do Executivo, *Chui Sai On*.

附件
ANEXO

醫療券的式樣

Modelo do vale de saúde

正面

Frente

	<p style="text-align: center;">澳門特別行政區政府 Governho da Região Administrativa Especial de Macau</p>	<p>醫療券 Vale de Saúde</p>
<p>受益人姓名： Nome do beneficiário:</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>私人衛生單位專用印章 Carimbo exclusivo da unidade privada de saúde</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; color: blue;">樣本 Exemplar</p> <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; color: red;">2016</p> <p>本券只可使用至 2017年8月31日 Este vale só pode ser utilizado até 31 de Agosto de 2017</p> </div>
<p>永久性居民身份證編號： N.º do Bilhete de Identidade de Residente Permanente:</p>		
<p><input type="checkbox"/> 受益人自用 <input type="checkbox"/> 已移轉 (須填寫背面的移轉聲明) Usó próprio <input type="checkbox"/> Foi transmitido (preencha a declaração de transmissão no verso)</p>		
<p>使用者簽名： Assinatura do utente:</p> <p><input type="checkbox"/> 如使用本券者不能或不簽名，請在此格內以✓表示。 Caso o utente não possa ou não saiba assinar, é favor assinalar com ✓ no quadrado</p>		
<p>M7表格 / 收據編號： Impresso M7/N.º do Recibo: _____</p>		<p style="font-size: 2em; font-weight: bold; color: green;">\$50.00</p>
<p>使用日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 Data de utilização: _____ Ano _____ Mês _____ Dia</p>		

背面

Verso

<p>移轉聲明書 Declaração de transmissão</p>	<p>醫療券的使用條款： Condições de utilização do vale de saúde:</p>
<p>受益人聲明把本券移轉予本人的 <input type="checkbox"/> 配偶 Cónjuge <input type="checkbox"/> 父 Pai <input type="checkbox"/> 母 Mãe <input type="checkbox"/> 子 Filho <input type="checkbox"/> 女 Filha O beneficiário transmite este vale a (請在適用的方格以✓表示 é favor assinalar com ✓ no quadrado adequado)</p>	<p>1) 本券僅適用於已參與“醫療補貼計劃”的私人衛生單位； Este vale só pode ser utilizado nas unidades privadas de saúde aderentes ao “Programa de comparticipação nos cuidados de saúde”;</p>
<p>其姓名 _____ com o nome</p>	<p>2) 僅限於移轉予本券受益人的配偶及第一親等直系尊親屬或卑親屬使用（即父母、子女），而新受益人必須為澳門永久性居民身份證持有人； O beneficiário do vale só o pode transmitir a cónjuge e ascendente ou descendente do 1.º grau (pais, filhos), que seja titular de bilhete de identidade de residente permanente (BIRP);</p>
<p>及永久性居民身份證編號 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] () () e N.º do Bilhete de Identidade de Residente Permanente</p>	<p>3) 此券於使用期屆滿後不可使用，不作任何方式退回或補償。 Uma vez expirado o prazo de utilização, não haverá lugar a qualquer reembolso ou compensação.</p>
<p>如受益人未成年或沒有行為能力，則由法定代理人 / 監護人簽署，簽名須與居民身份證簽名式樣相符。 Caso o beneficiário seja menor ou incapaz, a sua assinatura é substituída pelo respectivo representante legal / tutor -a assinatura tem de coincidir com a do BIR.</p>	
<p>法定代理人 / 監護人身份證編號 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] () () / <input type="checkbox"/> 同上 N.º do BIR do representante legal / tutor _____ / o mesmo que o acima indicado</p>	
<p>*如受益人不能或不簽名，則以右手食指指模代替 A assinatura pode ser substituída pela impressão digital do indicador direito caso o beneficiário não possa ou não saiba assinar.</p>	
<p>受益人簽名* (或法定代理人/監護人) *Assinatura do beneficiário (ou representante legal / tutor)</p> <p>移轉日期 Data de transmissão: _____ _____ / _____ / _____ 年Ano / 月Mês / 日Dia</p>	

尺寸：210毫米 × 74毫米

Dimensões: 210 mm × 74 mm