



**Seguro de Saúde**

**Guia de Procedimentos**



**GRUPO CP**

**Anuidade 2009  
De 01/Outubro/2009 a 30/Setembro/2010**

## Índice

1 – Plano de Coberturas / Garantias .....	4
2 - Definições .....	5
3 - Âmbito das Garantias / Coberturas .....	7
4 - Descrição das Coberturas .....	8
5 - Exclusões Gerais.....	11
6 - Procedimentos de Utilização das Garantias.....	12
7 - Perguntas mais Frequentes .....	18

O Plano de Saúde do **GRUPO CP** permite às Pessoas Seguras beneficiar de um sistema de Rede de Prestadores Convencionados – *Rede Médis* - e / ou um sistema de Reembolso, concorrendo para limites comuns por garantia.

Este Guia informa-o das condições e procedimentos mais importantes do Plano de Saúde.

Para esclarecimentos e/ou informações poderá contactar a Linha Médis através dos seguintes contactos:

- **Linha Médis GRANDES CLIENTES CP – 707 508 899**
- **Linha Médis (Rede Fixa) - 21 845 88 88 ou 22 207 88 88**
- **Linha Médis (Rede Móvel) - 965 998 888 ou 919 358 888 ou 935 228 888**

ou consultar o site [www.medis.pt](http://www.medis.pt) onde poderá inscrever-se e ter acesso, entre outras, às seguintes transações:

- Consulta dos extractos de benefícios;
- Pedidos de 2<sup>as</sup> vias – cartões, extractos, declarações, etc.
- Consulta do *status* das pré-autorizações e referenciações;
- Consulta aos médicos e serviços da Rede Médis;
- Consulta de farmácias de serviço;
- Envio de reclamações ou pedidos.

## 1 - Plano de coberturas / garantias

### Limites e percentagens de comparticipação

#### **GARANTIAS, COMPARTICIPAÇÕES E LIMITES MÁXIMOS**

<b>GRUPO CP</b>				
<b>COBERTURAS</b>	<b>Capital Anual / Pessoa Segura</b>	<b>Co-Pagamento por acto médicos</b>	<b>Comparticipação (%)</b>	
			<b>Dentro da Rede</b>	<b>Fora da Rede</b>
<b>HOSPITALIZAÇÃO</b>	<b>€ 15.000,00</b>		90%	70%
Intervenções cirúrgicas				
Outras despesas de Internamento				
Assistência Hospitalar Regime Externo				
Interrupção de gravidez de acordo com a lei actual				
<b>PARTO</b>	<b>€ 2.750,00</b>		80%	60%
Parto Normal e Cesariana				
<b>AMBULATÓRIO</b>	<b>€ 1.750,00</b>		100%	
<b>Franquia Anual Sobre Consultas (Fora da Rede) - € 25,00</b>				
Consultas de Clínica Geral		€ 10,00		70%
- Máximo comparticipado por consulta		-		€ 35,00
Consultas de Outras Especialidades		€ 10,00		50%
- Máximo comparticipado por consulta		-		€ 25,00
Consultas de Psiquiatria		€ 10,00		
Consultas ao Domicílio		€ 15,00	100%	50%
Consultas de Urgência		€ 10,00	100%	50%
Exames Auxiliares de Diagnóstico		20%	80%	50%
- Análises Clínicas				
- Anatomia Patológica				
- Exames Radiológicos (Ex: Rx, Mamografia, Densitometria Óssea)				
- Ecografias				
- Exame Medicina Nuclear				
- Ressonância Magnética				
- TAC				
- Outros Exames Auxiliares de Diagnóstico				
Outros Actos Médicos / Cirurgias / Tratamentos				
Fisioterapia				
Taxas moderadoras				100%
<b>ESTOMATOLOGIA</b> (Franquia Anual Fora da Rede € 25,00)	<b>€ 500,00</b>			
Consultas e Tratamentos			100%	50%
- Franquia por Visita		€ 15,00		
Próteses Estomatológicas			80%	80%
<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>€ 200,00</b>		-	80%
Medicamentos com prescrição médica:				
- Comparticipados pelo (SNS)		€ 2,50 por receita		
- Não Comparticipados. pelo (SNS)		€ 5,00 por receita		
(Inclui Vacinas alergológicas)				
<b>PRÓTESES / ORTÓTESES</b>	<b>€ 1.000,00</b>		-	80%
Óculos e Lentes de Contacto (Sub Limites)	<b>€ 250,00</b>			

## 2 - Definições

---

### **Valores Seguros**

Os valores seguros indicados nas Condições Particulares da apólice (vide Quadro de **GARANTIAS, COMPARTICIPAÇÕES E LIMITES MÁXIMOS**) correspondem à Responsabilidade máxima da Seguradora em cada período de vigência do contrato, por Pessoa Segura.

### **Pessoas Seguras**

São Pessoas Seguras:

- os Trabalhadores do Grupo CP nos termos actuais
- o agregado familiar cônjuge; União de Facto, filhos/Descendentes que coabitem com o colaborador
- Os filhos poderão ficar no seguro de saúde até aos 25 anos de idade.

### **Inclusão de Pessoas Seguras – Colaboradores e Agregado Familiar**

Para todas as novas adesões de colaboradores e agregados familiares, a aceitação é feita através do envio dos dados das pessoas através de ficheiro.

### **Períodos de Carência**

#### **Adesões anteriores a 1 de Outubro de 2009**

Os colaboradores do **Grupo CP**, e respectivo membros do agregado familiar, inscritos no antigo seguro ou cuja data de adesão coincida com a data de início da presente apólice, 1 de Outubro de 2009, não estarão sujeitos a quaisquer períodos de carência.

#### **Novas Adesões ao seguro (posteriores a 1 de Outubro de 2009)**

##### Colaboradores

Não são aplicados períodos de carência:

##### Agregado familiar

**Não são aplicados períodos de carência nas seguintes situações:**

- Ao agregado familiar incluído na mesma data de inclusão do funcionário;
- A Cônjuges incluídos no seguro nos 30 dias subsequentes à data de casamento;
- A Filhos de colaboradores incluídos no seguro nos 30 dias subsequentes à data de nascimento.

**São aplicados períodos de carência nas seguintes situações:**

- Nas inclusões do Agregado Familiar que não sejam incluídos até 30 dias subsequentes à data de admissão do funcionário, casamento ou nascimento, serão aplicados os seguintes períodos de carência:

- » Assistência Clínica em Regime Hospitalar – 90 dias;
- » Parto – 300 dias;
- » Assistência Clínica em Regime Ambulatório – 60 dias;
- » Estomatologia – 60 dias;

- » Medicamentos – 60 dias;
- » Próteses e Ortóteses – 60 dias.

A aplicação dos períodos de carência ocorre desde a data de início da adesão de cada Pessoa Segura, no entanto, não são aplicados períodos de carência em situações de urgência, nomeadamente acidentes.

### **Pré-Existências**

Para efeitos de Pré-Existências será considerada a data de inclusão no primeiro seguro desde que não tenha ocorrido interrupção do tempo em risco.

### **Termo das Garantias**

Os empregados e familiares deixam de estar ao abrigo das garantias deste contrato a partir da primeira das seguintes datas:

- De denúncia do contrato de seguro;
- À data em que o Colaborador deixe de prestar serviço para o Tomador de Seguro;

### **Indemnizações / Comparticipações**

- Serão processadas e creditadas directamente na conta bancária de cada Colaborador, pelo respectivo NIB.
- O prazo para a apresentação de despesas para reembolso é de 180 dias a contar da data da despesa. Despesas com data posterior são devolvidas ao cliente.
- O prazo de reembolso será de até 15 dias úteis a contar desde a data de recepção na Médis.
- Todos os pedidos de alteração de NIB para efeitos de reembolso e/ou morada deverá ser sempre comunicada pela empresa.

### **Âmbito Territorial**

- As Condições da apólice só têm validade para os cuidados de saúde prestados em Portugal, excepto se o evento ocorrer por acidente ou doença súbita – urgência – conforme comprovativo do relatório Clínico explicativo se o mesmo ocorrer durante uma viagem ou estadia no estrangeiro, com duração não superior a 45 dias. Esta cláusula não abrange o âmbito da cobertura Internacional.

### **3 - Âmbito das Garantias / Coberturas**

---

O Plano de Saúde garante nos termos e limites para o efeito fixados nas Condições Especiais e Particulares, as seguintes Coberturas:

1. Assistência Hospitalar;
2. Assistência Ambulatória;
3. Estomatologia;
4. Parto;
5. Próteses / Ortóteses;

## 6. Medicamentos

### **Regime de Prestações Convencionadas – Rede Médica**

Este seguro permite o acesso a uma Rede de Prestadores Convencionados de âmbito nacional, significando custos por acto médico de valor pré-negociado e normalmente inferiores aos custos correntes, o que permite às Pessoas Seguras maior frequência de utilização até atingir o mesmo limite de comparticipação das despesas.

Sempre que recorrer à Rede de Prestadores Convencionados, a Pessoa Segura deverá desembolsar apenas um co-pagamento e/ou franquia anual nos termos do Quadro de **GARANTIAS, COMPARTICIPAÇÕES E LIMITES MÁXIMOS**, ficando dispensada de apresentar quaisquer despesas para reembolso pela seguradora.

### **Regime de Prestações por Reembolso – Fora da Rede**

Por este seguro é garantido o reembolso de despesas efectuadas pela Pessoa Segura com cuidados de saúde nos termos e limites fixados nas Condições Gerais, nas Condições Especiais e nas Condições Particulares contratadas.

O valor a reembolsar será apurado pela aplicação da percentagem de comparticipação ao valor efectivo das despesas efectuadas e tendo em consideração os limites máximos para o efeito fixados no Quadro de **GARANTIAS, COMPARTICIPAÇÕES E LIMITES MÁXIMOS**.

### **Comparticipação de despesas já comparticipadas por outro organismo**

As Taxas Moderadoras do SNS são comparticipadas a 100% de acordo com os limites e condições das coberturas, não havendo lugar a aplicação de co-pagamento.

A Médica comparticipa em Fora da Rede as despesas previamente comparticipadas por outra entidade (ADSE,...etc) desde que nos sejam enviadas cópias dos recibos e/ou prescrições bem como a declaração original da instituição através da qual foi obtida a comparticipação.

## **4 - Descrição das Coberturas**

---

### **4.1. HOSPITALIZAÇÃO**

Esta garantia confere o financiamento de despesas efectuadas com a assistência clínica que requeira meios e serviços em ambiente hospitalar (Regime de internamento e externo), nomeadamente:

- Internamento Hospitalar de duração superior a 24 horas;
- Cirurgias realizadas em Hospital em regime Ambulatório;
- Quimioterapia, Radioterapia e outros tratamentos com isótopos radioactivos ainda que realizados em Ambulatório;
- Honorários relacionados com os actos realizados em ambiente hospitalar, tais como honorários do médico/cirurgião, anestesista, ajudante(s) e instrumentista;
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica associados aos actos realizados em ambiente hospitalar;
- Medicamentos quando administrados durante o período de hospitalização;
- Materiais, equipamentos e produtos quando associados aos actos realizados em ambiente hospitalar;
- Honorários de enfermagem relacionados com os actos realizados em ambiente hospitalar;
- Instalações necessárias à realização dos actos em ambiente hospitalar (bloco operatório, sala de recobro, quarto);
- Transporte de ambulância ou outro meio, de e para o estabelecimento hospitalar, desde que o estado de saúde da pessoa Segura o justifique;
- Próteses implantadas cirurgicamente;

- Tratamentos refractivos à Miopia (cirúrgico ou laser), para situações com mais de 4 dioptrias;
- Internamento motivado por doenças do foro psíquico, no máximo de 15 dias por anuidade;
- Cirurgias de reconstrução mamária por acidente ou doença;
- Cirurgias Estomatológicas que resultem de acidente coberto pelo contrato;
- Outros actos ou procedimentos contidos nos termos convencionados de preços fechados, quando aplicáveis;

**O limite máximo pagável, por esta garantia, por Pessoa Segura, em cada anuidade, consta do Quadro de GARANTIAS, COMPARTICIPAÇÕES E LIMITES MÁXIMOS.**

**Ambiente Hospitalar** – Entende-se por Actos Médicos terapêuticos e exames auxiliares realizados em ambiente hospitalar aqueles que apesar de não obrigarem necessariamente a internamento hospitalar são realizados em instituições de cuidados terciários (ex. clínicas e hospitais) e, dado o grau de complexidade tecnológica e custo de realização, são financiados através do capital de hospitalização e não pelo capital de ambulatório.

#### **4.2. ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA**

Constituem despesas financiáveis ou reembolsáveis, ao abrigo do regime de acesso a prestadores de serviços clínicos integrados, as efectuadas em pagamento de actos médicos, cirúrgicos ou diagnósticos que não requeiram meios e serviços específicos em ambiente hospitalar para a sua realização, mesmo que neste ocorram:

- Consultas médicas
- Honorários médicos relacionados com os actos realizados em ambiente não hospitalar
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica realizados em ambiente não hospitalar
- Medicamentos quando relacionados com actos específicos e administrados durante a execução destes
- Materiais, equipamentos e produtos quando associados a actos específicos e utilizados durante a execução destes
- Honorários de enfermagem relacionados com os actos realizados em ambiente não hospitalar
- Transporte de ambulância ou outro meio, de e para unidades de saúde, desde que o estado de saúde da pessoa segura o justifique
- Fisioterapia em caso de:
  - acidente a coberto pela apólice
  - situação súbita que requeira tratamento de urgência em hospital, quer em regime de internamento, quer em regime Ambulatório;
  - situação pós-cirúrgica;
  - acidente vascular cerebral;
  - cinesiterapia originada por doenças respiratórias;
  - terapia da fala, em caso de situação pós-cirúrgica, acidente vascular cerebral e situações traumáticas de origem maxilo-facial e crânio-encefálica;
- Escleroterapia de varizes (incluindo injeções) desde que acompanhadas por relatório médico;
- Tratamentos com raios laser, excepto se forem enquadráveis no âmbito da fisioterapia;
- Actos de enfermagem (excepto enfermagem privativa);
- Testes alergológicos;
- Excisão de nervos, sinais, quistos ou verrugas, por laser, crioterapia, ou metodologia idêntica que não permita a realização de exame histológico à peça retirada;
- Tratamentos às varizes, nomeadamente injeções esclerosantes e laser desde que acompanhados pelo relatório do médico da especialidade;
- Exercícios de ortóptica desde que prescritos por Oftalmologista;

**O limite máximo pagável, por esta garantia, por Pessoa Segura, em cada anuidade, consta do Quadro de GARANTIAS, COMPARTICIPAÇÕES E LIMITES MÁXIMOS.**

#### **4.3. ESTOMATOLOGIA**

Constituem despesas reembolsáveis, ou financiáveis ao abrigo do regime de acesso a prestadores de serviços clínicos em rede convencionada de cuidados de saúde, as efectuadas no caso de:

- Consultas de medicina dentária geral e pediátrica
- Dentisteria (restauração e obturação de cavidades)
- Parodontologia (destartarização)
- Pequena Cirurgia Oral
- Próteses estomatológicas fixas e removíveis
- Ortóteses (aparelhos de correcção)
- Ortodôncia e respectivos moldes
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- Implantes

**O limite máximo de responsabilidade da Seguradora , por Pessoa Segura e anuidade do seguro, consta no capítulo GARANTIAS, PARTICIPAÇÕES E LIMITES MÁXIMOS.**

#### **4.4. PARTO (NORMAL e CESARIANA)**

Constituem despesas reembolsáveis, ou financiáveis ao abrigo do regime de acesso a prestadores de serviços clínicos integrados, as efectuadas em pagamento de:

- Honorários médicos do Obstetra
- Honorários médicos do Anestesta, ajudante e instrumentista, quando tal se justifique
- Honorários médicos do Pediatra, enquanto durar o internamento da parturiente ao abrigo desta Condição Especial
- Meios Complementares de Diagnóstico realizados durante o período de hospitalização
- Medicamentos quando administrados durante o período de hospitalização
- Materiais, produtos e equipamentos quando associados aos actos realizados durante o período de hospitalização
- Instalações necessárias à realização dos actos (bloco operatório, sala de recobro, sala de partos, quarto)
- Diária do recém-nascido, enquanto durar o internamento da parturiente ao abrigo desta Condição Especial
- Transporte de ambulância ou outro meio, de e para o estabelecimento hospitalar, desde que o estado de saúde da parturiente e/ou recém-nascido o justifique

**O limite máximo de responsabilidade da Seguradora , por Pessoa Segura e anuidade do seguro, consta no capítulo GARANTIAS, PARTICIPAÇÕES E LIMITES MÁXIMOS.**

#### **4.5. MEDICAMENTOS**

Serão considerados Medicamentos, para efeitos de comparticipação, todos aqueles que vêm mencionados no Índice Nacional Terapêutico e/ou no Simposium.

Constitui despesa reembolsável:

- Os Medicamentos comparticipados pelo (SNS), apenas o montante não comparticipável pelo Serviço Nacional de Saúde, relativamente ao preço de venda ao público do medicamento;
- Os Medicamentos não comparticipados pelo (SNS);

Não constituem despesas reembolsáveis, as efectuadas em pagamento de:

- Medicamentos não sujeitos a receita médica (venda livre);
- Vacinas, excepto se prescritas por médico em virtude de se tratar de vacinas obrigatórias para deslocação ao estrangeiro bem como vacinas do foro Alergológico;
- Contraceptivos orais;
- Alimentação infantil;
- Produtos dietéticos, naturistas e suplementos;
- Produtos de estética e cosmética, higiene geral, incluindo bucal e dental;
- Artigos sanitários e anti-sépticos;

- Material de penso.

O reembolso das despesas efectuadas fica dependente da verificação dos pressupostos seguintes:

a) Os medicamentos deverão ser prescritos por um médico e destinar-se ao tratamento de lesões consequentes de doença ou acidente cuja cobertura seja contratualmente garantida

b) Deverão ser enviados à Seguradora, conforme os casos, o original ou a cópia da prescrição médica, firmados pela farmácia fornecedora e com a exibição das vinhetas e/ou códigos de barras ou número de registo dos medicamentos prescritos, e ainda o correspondente recibo, com a menção expressa e legível dos medicamentos fornecidos e das importâncias que, após dedução do montante da comparticipação, se a houver, ficam a cargo da pessoa segura, nos termos dispostos quanto à coordenação de prestações.

A Seguradora não procederá ao reembolso de despesas relativas às quais não possua os necessários elementos de prova.

**O limite máximo de responsabilidade da Seguradora , por Pessoa Segura e anuidade do seguro, consta no capítulo GARANTIAS, COMPARTICIPAÇÕES E LIMITES MÁXIMOS.**

#### **4.6. PRÓTESES E ORTÓTESES**

Constituem-se despesas elegíveis no âmbito da cobertura de Próteses e Ortóteses as efectuadas com a aquisição ou aluguer, segundo prescrição médica, de próteses e ortóteses.

Para este efeito consideram-se:

Próteses - Todo o instrumento clinicamente concebido e/ou recomendado que tem por finalidade a substituição total ou parcial de um membro ou órgão.

Ortóteses - Todo o instrumento clinicamente concebido e/ou recomendado que tem por finalidade ajudar o membro ou órgão a cumprir, no todo ou em parte, a sua função.

Incluem-se nesta cobertura as seguintes Ortóteses:

- Botas ortopédicas - Apenas será comparticipada a correcção propriamente dita.
- Meias Elásticas e Cintas Medicinais
- Aparelhos Auditivos
- Aluguer de Canadianas e Cadeiras de Rodas até ao limite do seu custo de aquisição
- Óculos (armação e lentes)
- Lentes de contacto

São aceites Prescrições de Oftalmologista ou Optometrista para a aquisição de lentes e lentes de contacto.

**O limite máximo de responsabilidade da Seguradora , por Pessoa Segura e anuidade do seguro, consta no capítulo GARANTIAS, COMPARTICIPAÇÕES E LIMITES MÁXIMOS.**

## **5 - Exclusões**

---

**1 – Ficam sempre excluídas do presente contrato as prestações decorrentes de:**

- a) doenças preexistentes ou acidentes ocorridos antes da data de inclusão no seguro;
- b) acidentes de viação, acidentes de trabalho ou doenças profissionais, bem como os acidentes e doenças cobertas por seguros obrigatórios;
- c) doenças infecto-contagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades de saúde;
- d) quaisquer patologias resultantes, directa ou indirectamente, da acção do Virus da imuno-deficiência humana;

- e) perturbações do foro da saúde mental, salvo expressa convenção em contrário relativa a consultas de psiquiatria nos termos estabelecidos nas Condições particulares. Excluem-se igualmente quaisquer prestações decorrentes de assistência de psicologia, consultas ou tratamentos de psicanálise, hipnose e terapia do sono;
- f) perturbações resultantes de intoxicação alcoólica, uso de estupefacientes ou narcóticos não prescritos por médico, ou da utilização abusiva de medicamentos;
- g) doenças ou ferimentos em consequência da prática de quaisquer actos dolosos ou gravemente culposos da Pessoa segura, auto-inflingidos ou resultantes de actos ilícitos praticados pela Pessoa segura;
- h) qualquer método de controlo de natalidade e planeamento familiar e ainda da interrupção voluntária da gravidez, assim como todos os actos médicos com ela relacionados;
- i) Disfunções sexuais, qualquer que seja a sua causa;
- j) consultas, tratamentos e testes de infertilidade, bem como os métodos de fecundação artificial e suas consequências;
- k) qualquer tratamento:
- e/ou intervenção cirúrgica realizada com a intenção de melhorar a aparência pessoal e/ou remover tecido corporal sã e suas consequências;
  - de correcção da obesidade, tratamentos de emagrecimento e afins e suas consequências;
  - e cirurgias de cariz estético e/ou reconstrutivo e suas consequências, excepto se consequentes de acidente ou doença ocorridos durante a vigência da Apólice;
- l) tratamentos, cirurgia e outros actos destinados à correcção de anomalias, doenças ou malformações congénitas, salvo convenção expressa em contrário nos termos estipulados nas Condições particulares no que respeita a recém-nascidos incluídos na Apólice desde o seu nascimento;
- m) hemodiálise;
- n) transplantes de órgãos e suas implicações, salvo convenção expressa em contrário nos termos de cobertura adicional quando especialmente contratada;
- o) tratamentos em sanatórios, termas, casas de repouso, lares para a terceira idade e outros estabelecimentos similares, consultas e tratamentos de hidroterapia, medicina complementar, homeopatia, osteopatas e quiropatas, ou práticas semelhantes, bem como quaisquer actos médicos ou terapêuticos que não sejam reconhecidos pela Ordem dos Médicos portuguesa;
- p) medicamentos cuja introdução no mercado ainda não foi autorizada pela entidade competente;
- q) acidentes ocorridos e doenças contraídas em virtude de:
- prática profissional de desportos e participação, como amador, em provas desportivas integradas em campeonatos e respectivos treinos;
  - participação em competições desportivas e respectivos treinos com veículos, providos ou não de motor (*skate*, BTT, *rafting*, asa-delta, parapente e ultraleve incluídos);
  - prática de *ski* na neve e aquático, *surf*, *snow-board*, caça submarina, mergulho com escafandro autónomo, pugilismo, artes marciais, pára-quedismo, tauromaquia, *barrage*/saltos em equitação, espeleologia, *canoing*, escalada, *rappel*, alpinismo, *bungee-jumping* e outros desportos análogos na sua perigosidade;
  - utilização de veículos motorizados de duas rodas, três rodas ou motoquatro;
  - cataclismos da natureza, actos de guerra, declarada ou não, acções de terrorismo, sabotagem, perturbações da ordem pública e utilização de armas químicas e/ou bacteriológicas;
  - consequências da exposição a radiações.
- r) despesas realizadas com médicos que sejam cônjuges, pais, filhos ou irmãos da Pessoa segura;
- s) enfermagem privativa;

t) procedimentos de carácter experimental, assim como todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos cuja segurança e eficácia clínica não estejam igualmente comprovados cientificamente, de acordo com a prática médica;

u) assistência e tratamento hospitalar por razões de carácter social;

v) despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários;

w) as despesas de transporte do Segurado relacionadas com reabilitação, fisioterapia e diálise;

x) consequências de atraso injustificado ou negligência imputáveis ao prestador de cuidados de saúde ou à Pessoa segura no recurso a assistência médica, ou da recusa ou inobservância de tratamentos que lhe tenham sido prescritos.

**2 – No âmbito da Assistência Hospitalar e Cirúrgica ficam, ainda, sempre excluídas do presente contrato, as seguintes Cirurgias:**

a) todas e quaisquer técnicas cirúrgicas destinadas a corrigir erros de refacção da visão, incluindo:

I.queratotomia radial;

II.queratotomia fotorefractiva (queratotomia com *laser excimer/lasix*), excepto tratamentos refractivos à Miopia (cirúrgico ou laser), para situações com mais de 4 dioptrias;

III.*queratomieleusis* por *laser in situ*;

IV.inserção de lentes fáquicas intra-oculares.

b) tratamento cirúrgico da roncopia;

c)plastias mamárias de aumento ou redução de volume e suas consequências, quaisquer que sejam as indicações cirúrgicas ou remoção de material de prótese mamária, excepto cirurgias de reconstrução mamária por acidente ou doença.

## **6 - Procedimentos de utilização das garantias**

---

### **6.1. Assistência Hospitalar**

#### **Regime de Rede Convencionada**

##### Termo de Responsabilidade

Em caso de internamento, o procedimento a seguir deverá observar os seguintes passos:

- Deverá certificar-se de que o Hospital e os médicos que efectuarão a intervenção cirúrgica estão incluídos na Rede de Prestadores Convencionados;
- Com a antecedência possível, no mínimo 5 dias úteis antes do internamento, pode ser efectuado o pedido à seguradora de emissão de Termo de Responsabilidade; este destina-se a certificar que a intervenção está abrangida pelas garantias do seguro, dispensando normalmente a pessoa segura de pagamento de caução exigida na generalidade dos estabelecimentos hospitalares particulares;
- O pedido de Termo de Responsabilidade é feito num impresso de pré-autorização preenchido pelo médico prescritor;
- O impresso deverá ser remetido à Médis, para análise e emissão do respectivo Termo de Responsabilidade;

#### **Regime de Reembolso**

Em caso de internamento, o procedimento a seguir deverá observar os seguintes passos:

- Com a antecedência possível, no mínimo 5 dias úteis antes do internamento, pode ser efectuado o pedido de pré-autorização à seguradora. Este destina-se a certificar que a intervenção está abrangida pelas garantias do seguro;
- O pedido de pré-autorização é feito num impresso de pré-autorização preenchido pelo médico prescritor;
- O impresso deverá ser remetido à Médis, para análise;
- Depois de saber que o processo de pré-autorização foi autorizado deverão ser enviados os recibos originais para a Médis para efeitos de reembolsos.

## **6.2. Assistência Ambulatória**

### **Regime de Rede Convencionada**

#### Consultas

Se pretender uma consulta com um Médico Assistente Médis ou com um Médico de Cuidados de Saúde Primários (Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia, Estomatologia, Medicina Dentária e Oftalmologia) a Pessoa Segura poderá fazê-lo directamente para o consultório de um médico que conste da relação de prestadores convencionados;

**Importante:** Caso pretenda um Especialista, de uma especialidade não mencionada no ponto anterior, a consulta terá que ser referenciada por um Médico Assistente Médis ou por um Médico de Cuidados de Saúde Primários, a menos que se trate de uma consulta de seguimento em que o período decorrido desde a última consulta não ultrapasse os 90 dias.

No caso de ser necessário uma consulta de referenciação, a Pessoa Segura terá que suportar os respectivos co-pagamentos.

#### Elementos auxiliares de diagnóstico e Tratamentos

A marcação de análises ou de outros exames complementares de diagnóstico deverá ser feita directamente para os centros convencionados.

Determinados actos necessitam de **pré-autorização** da Médis por forma a garantir que o Colaborador realize o tratamento sem ter quaisquer tipo de preocupações.

A pré-autorização consubstancia-se na emissão de documentos de autorização a enviar ao Médico que propôs a cirurgia ou qualquer outro tipo de tratamento ou exame, ao Hospital ou à entidade prestadora do serviço, e à Pessoa Segura.

Alguns actos médicos que necessitam de pré-autorização:

- Procedimento cirúrgico em Ambulatório (ambiente hospitalar ou consultório);
- Quimioterapia e Radioterapia;
- Fotocoagulação, Xenon, Litotricia;
- Meios Complementares de Diagnóstico;\*

(\*) Medicina Nuclear Diagnóstica e Terapêutica, Cardiologia de Intervenção, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica Vascular Invasivos, Ressonância Magnética, Serviços Especiais de Neurofisiologia (exames EEG topográficos com potenciais evocados e estudos de sono), Era, Electroencefalografia, Respostas do tronco cerebral, Respostas semiprecoces, Respostas auditivas corticais, Posturografia, Exames de Genética, Histerosalpingografia, Amniocentese, Meios Complementares de Diagnóstico Invasivos com Anestesia Geral.

Caso a Médís requeira pré-autorização, a pessoa segura deverá assegurar-se que o seu Médico da Rede Médís forneceu a informação necessária para a mesma através do preenchimento do **Impresso de Informação Clínica** que deverá ser remetido à Médís via electrónica ou por Fax, para o Departamento Médico da Médís através do Fax 21-0053847. Caso o médico não pertença à Rede Médís deverá solicitar, através da Linha Médís, o **Impresso de Informação Clínica** - para que o mesmo forneça a referida informação.

O procedimento relativo ao pagamento consiste em:

- Ser desembolsado um co-pagamento nos termos referidos Quadro de **GARANTIAS, COMPARTICIPAÇÕES E LIMITES MÁXIMOS**, ficando a despesa de imediato liquidada.

### **Regime de Reembolso**

#### Honorários Médicos de Consultas

O procedimento deverá corresponder:

- Preenchimento do impresso de reembolso de despesas de saúde juntando-lhe os originais dos recibos.

#### Elementos auxiliares de diagnóstico

O procedimento passará por:

- preenchimento do impresso de reembolso de despesas de saúde.
- juntar os originais dos recibos;
- juntar a respectiva prescrição médica (cópia).

#### Tratamentos

O procedimento será:

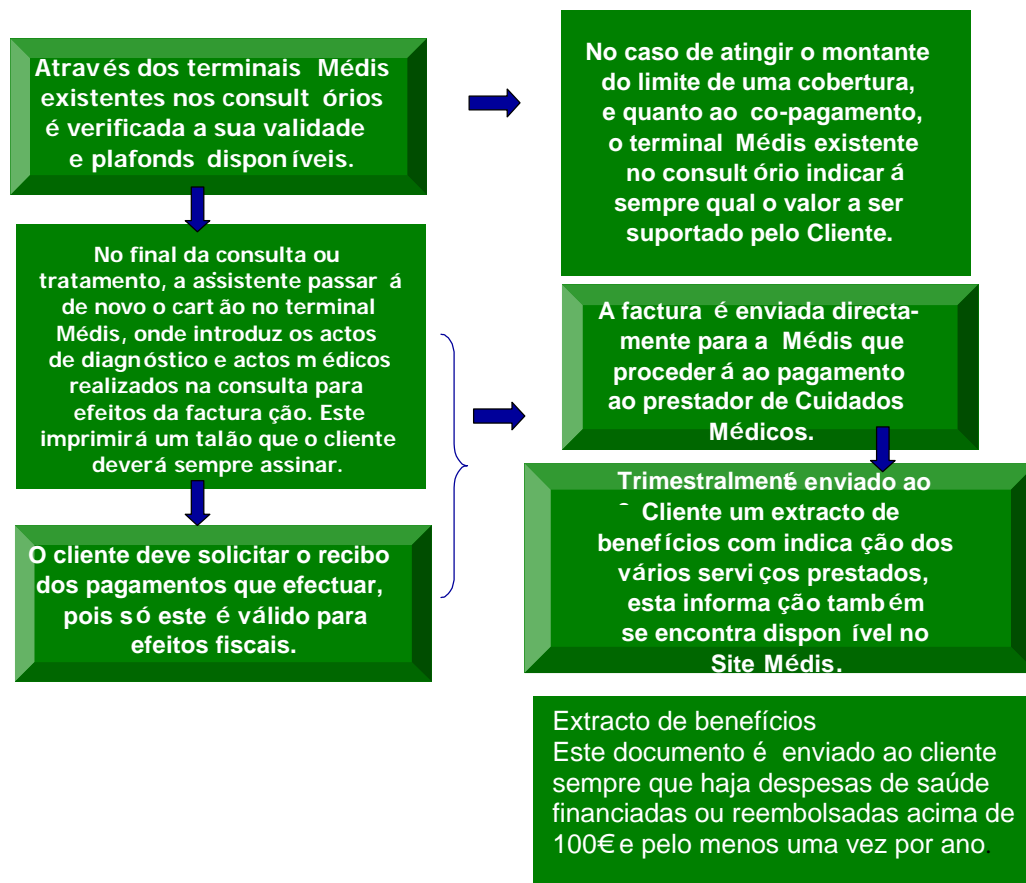
- preenchimento do impresso de reembolso de despesas de saúde.
- juntar os originais dos recibos;
- juntar o respectivo relatório elaborado pelo médico assistente ou especialista, detalhando o diagnóstico e o tratamento prescrito.

No Regime de Reembolso a pessoa segura assume inicialmente toda a despesa, somente depois recuperará o valor que lhe é devido.

### **6.3. Informação da Seguradora/Comunicação com a Seguradora – Regime de Prestações Convencionadas**

#### **6.3.0. Cartão Médís**

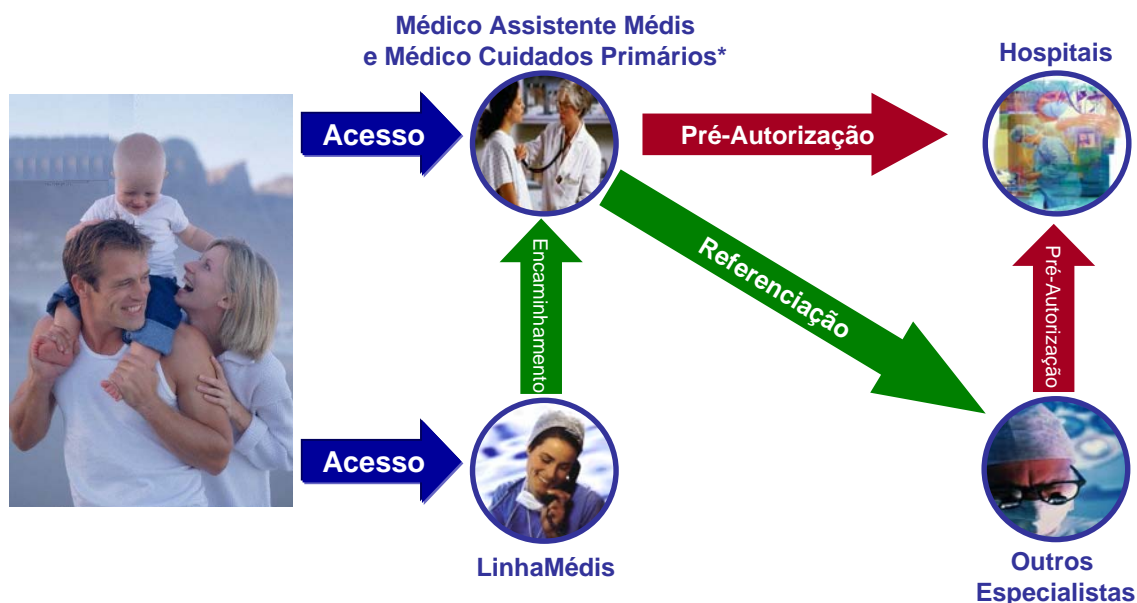
A cada Pessoa Segura será atribuído um Cartão Médís personalizado cujo funcionamento é em seguida descrito:



### 6.3.. Acesso ao Sistema



### 6.3.3. Acesso e Circulação no Sistema



\* Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia, Estomatologia e Oftalmologia

### 6.3.4. Declaração de valor não participado

A Seguradora emitirá um extracto demonstrativo dos valores: apresentados, participados e não pagos.

### 6.3.5. Declaração de IRS

#### Despesas Apresentadas não Participadas

No termo de cada anuidade, a Seguradora emitirá uma declaração, por cada Pessoa Segura, referindo as despesas de saúde que lhe foram apresentadas e as que não participou.

Estas declarações não consideram as eventuais participações que posteriormente a Pessoa Segura obtenha, pelo que a responsabilidade da respectiva utilização é exclusiva de cada contribuinte.

### 6.3.6. Como proceder para saber o montante gasto em cada momento

Extracto de benefícios

Este documento é enviado ao cliente sempre que haja despesas de saúde financiadas ou reembolsadas, acima de 100€ e pelo menos uma vez por ano.

Esta informação também se encontra disponível no site Médis.

Para aceder a esta informação, basta efectuar o registo no site Médis [www.medis.pt](http://www.medis.pt) (Na área Público) por forma a obter a chave de activação que permitirá aceder à área reservada ao Empregado e respectivo agregado familiar.

Daqui pode concluir quais os capitais ainda disponíveis por cobertura.

### 6.3.7 Médico Assistente Médis



O **Médico Assistente Médis** é um médico especialista em Medicina Geral e Familiar ou em Medicina Interna, que está disponível para acompanhar, os nossos Clientes, em todos os momentos.

O **Médico Assistente Médis** tem uma disponibilidade alargada pelo que, pessoal ou telefonicamente, obterá o atendimento e aconselhamento que mais precisar. Afinal trata-se de um médico que o conhece bem e com quem tem uma relação de proximidade e confiança.

O **Médico Assistente Médis** beneficia de um conhecimento profundo dos procedimentos da Médis e a sua articulação com a Linha Médis facilita a utilização rápida e eficiente dos benefícios do seu Seguro de Saúde.

Vantagens de ter um **Médico Assistente Médis**:

- Acessibilidade;
- Disponibilidade;
- Atendimento personalizado;
- Rapidez no atendimento.

Através de um simples contacto com a Linha Médis ou através do site Médis ([www.medis.pt](http://www.medis.pt)), o Cliente pode escolher, livremente, o seu **Médico Assistente Médis** para si e para o seu agregado familiar.

A partir do momento em que o Cliente escolhe um Médico Assistente Médis, ele passa a ser o seu elo de ligação entre o Sistema Integrado de Saúde Médis e o seu bem-estar.

### 6.3.8 - Redes de Saúde & Bem Estar

Complementando os benefícios que o Cliente já dispõe na Rede Médis, a Rede de Saúde & Bem Estar disponibiliza um conjunto de bens e serviços a preços preferenciais, que permitem ao Cliente beneficiar de descontos em Health & Fitness Clubs, Termas, Ópticas, Prestadores de Cuidados Domiciliários, Serviços de Enfermagem, Psicologia Clínica, Estética, entre outros abaixo discriminados.

DESCRIÇÃO	COBERTURA	BENEFÍCIOS
IMPLANTOLOGIA	Lisboa, Porto, Braga, Vila Real	Preços Médis
PSICOLOGIA CLÍNICA	Nacional (141)	Preços Médis (€25)
CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	Nacional (25)	Até 25% desconto
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	Nacional (28)	Até 20% desconto
TRANSP. ESPECIALIZADOS	Nacional	Preços Médis
GASES MEDICINAIS	Lx, Pt, Bg, Aveiro, Coimbra, V.Castelo	Até 20% desconto
PRÓTESES E ORTÓTESES	Lisboa, Porto (8)	Até 15% desconto
AUDIOLOGIA	Nacional (23)	Até 20% desconto
NUTRIÇÃO	Nacional (70)	Preços Médis (€25)
ÓPTICAS	Nacional (+400)	Até 20% desconto
TERMAS	Nacional (13)	Até 50% desconto
ESTÉTICA	Nacional (32)	Até 10% desconto
HEALTH & FITNESS CLUBS	Nacional (37)	Até 30% desconto
CHECK-UP'S	Lisboa, Porto, Coimbra (5)	Preços Médis
OSTEOPATIA	Nacional	Preços Médis (€25)
PREPARAÇÃO PARA O PARTO	Lisboa, Porto (4)	Até 20% desconto

O acesso aos serviços faz-se através da identificação como Cliente Médis.

### 4.3 Linha Médís

A **Linha Médís** é um serviço de informação, aconselhamento e encaminhamento em Cuidados de Saúde, que funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana.

A filosofia da **Linha Médís** centra-se no facto de que o acesso fácil à informação permite tomar decisões mais adequadas a cada situação clínica. Não substituindo o Médico, a Linha Médís proporciona a informação e o apoio necessários, permitindo que os Clientes tirem o máximo benefício do Sistema Integrado de Saúde Médís.



Este processo inovador e cientificamente testado pela American Accreditation Health Care Commission/URAC, funciona com a máxima segurança, permitindo que os Enfermeiros, através da utilização de mais de 500 algoritmos de triagem clínica, possam com rapidez e fiabilidade estar preparados para, no momento, sugerir a disposição final decorrente do contacto:

- Emergência;
- Urgência hospitalar;
- Marcação urgente de consulta;
- Marcação de consulta;
- Cuidados em casa.

Qualquer Cliente que necessite tomar uma decisão sobre cuidados de saúde para si ou para os seus familiares encontrará na **Linha Médís** a solução mais eficaz.

## 7- Perguntas Mais Frequentes

---

### 1. Na cobertura de Hospitalização está incluído o Parto?

Não.

### 2. Qual o co-pagamento para uma cirurgia?

10% do valor total até ao limite do capital.

### 3. O que significa pré-autorização ?

Significa que se torna necessário obter autorização anteriormente ao acto de Hospitalização, realização de Exame ou Tratamento, de modo a garantir o devido financiamento pela Médís.

*Para tal deverá assegurar-se que o seu Médico da Rede Médís forneceu a informação necessária através do preenchimento do Impresso de Informação Clínica (IIC) que deverá ser remetido à Médís via electrónica ou por fax para o departamento médico da Médís, através do fax 21 – 0053847.*

Caso o médico não pertença à Rede Médís deverá solicitar, através da linha Médís, um impresso para que o mesmo forneça a referida informação.

### 4. Para uma Hospitalização em regime ambulatorio é necessário Pré-Autorização ?

Sim

**5. Poderá optar por um Internamento em Espanha nas seguintes Instituições independentemente de não ter a cobertura Internacional?**

- Clideba e Hospital Sta. Justa em Badajoz;
- Clínica Recoletas em Madrid, Ciudad Real e Albacete
- Ntra. Sra. De Guadalupe em Cáceres
- Clínica Ntra. Sra del Rosário em Toledo
- Hospital General de Catalunya em Barcelona

Sujeito no entanto aos procedimentos normais para este tipo de situações, nomeadamente a Pré-autorização

**6. Como proceder para marcar uma consulta ?**

*Médico de cuidados primários* - (Medicina Geral e familiar, Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia, Estomatologia e Oftalmologia) – directamente para o consultório ou para os centros de meios complementares de diagnóstico, identificando-se como Cliente Médis

*Outros Especialistas* – é necessária que seja efectuada a referência pelo Médico Assistente Médis, pelo Médico de Cuidados Primários ou pela Linha Médis.

**7. O que significa referênciação?**

Significa o encaminhamento para o especialista da Rede adequado à situação clínica identificada, criando-se a respectiva autorização para a realização da consulta.

**8. Caso um especialista o/a encaminhe para outra especialidade terá que pedir nova referênciação ao Médico Assistente Médis ou ao Médico de Cuidados Primários da Rede?**

Não. A referênciação para outra especialidade é criada pela assistente do Médico que efectuou a consulta.

**9. Quando um Médico de Cuidados Primários o/a referencia para uma especialidade, não pode escolher esse especialista?**

O Médico pode aconselhar, mas o cliente tem total liberdade em escolher o Médico da Rede Médis dessa especialidade.

**10. Se não pedir ou não tiver a referênciação é possível ir à consulta de especialidade?**

Sim, Mas pagará a totalidade dos valores acordados entre a Médis e o Prestador e depois deverá apresentar a despesa para ser reembolsado nos termos dos planos acordados com a regra das despesas realizadas Fora da Rede Médis.

As idas ao especialista Fora da Rede Médis não carecem de referênciação, e o cliente será reembolsado nos termos dos planos acordados.

**11. Se for um Médico de Cuidados Primários Fora da Rede ou de um Centro de Saúde que o/a encaminhe para uma especialidade, terá que recorrer ao Médico Assistente Médis ou outro Médico de Cuidados Primários para obter a referênciação?**

Não. Basta entrar em contacto com a Linha Médis e solicitar a referênciação para a especialidade recomendada pelo médico Fora da Rede.

**12. Para marcação de exames auxiliares de diagnóstico terá que pedir Pré-Autorização?**

Depende do exame, sendo necessário para tal consultar quais os exames auxiliares de diagnóstico que necessitam de Pré-Autorização

**13. Que cuidados de saúde necessitam de pré-autorização?**

- Hospitalização com Internamento Médico ou Cirúrgico (incluindo extensão do período de internamento fixado)
- Cardiologia de Intervenção
- Tratamento Cirúrgico de Ambulatório

- Meios Complementares de Diagnóstico Invasivos com Anestesia Geral
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Ressonância Magnética
- Medicina Nuclear Diagnóstica e Terapêutica
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica Vascular Invasivos
- Outros exames de Neurofisiologia
- Incluindo todos os Potenciais Evocados Neurosensoriais
- Exames de Genética
- Histerosalpingografia
- Amniocentese
- Implantes dentários
- Litotricia
- Scan Coronário – Heart Scan

Nota: Carecem ainda de autorização os exames realizados em meio hospitalar em que é facturado à Médis um Bloco e Honorários Médicos em separado (ex: Biópsia Prostática).

#### **14. O que é o MAM?**

O MAM é o médico assistente Médis, um Médico especialista em Clínica Geral ou em Medicina Interna

#### **15. Como poderá escolher o MAM?**

Através da Linha Médis e do Site Médis ([www.medis.pt](http://www.medis.pt))

#### **16. Quando se esgotam os “plafonds”, continua a ter algum benefício?**

Sim, pagando os preços acordados com os prestadores Médis nas Coberturas de Ambulatório e Estomatologia.

Basta para tal que se identifique como Cliente Médis apresentando o seu cartão.

#### **17. O que significa um co-pagamento?**

Traduz a quota-parte do custo da consulta, do exame efectuado em regime de ambulatório, ou da hospitalização, que será suportada pela pessoa segura.

#### **18. Se for internado num Hospital fora da Rede Médis, não estando em condições de ser transportado, a Médis comparticipa como se fosse da Rede?**

Só haverá lugar a financiamento como se da Rede Médis se tratasse, se for uma situação de risco de vida em que o Cliente é encaminhado para uma unidade hospitalar não pertencente à Rede, sem qualquer possibilidade de avisar a Médis, situação como tal confirmada por relatório clínico posterior.

#### **19. Que procedimento deve ter numa situação de urgência?**

Em caso de urgência deverá imediatamente ligar para o 112.

Se se dirigir a um Hospital da Rede Médis basta identificar-se como Cliente Médis com a apresentação do respectivo cartão.