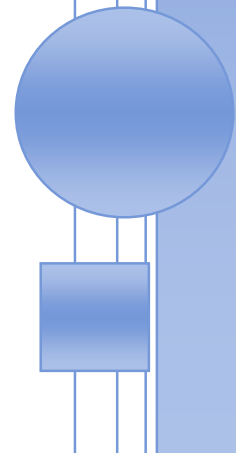




SEGURO DE DOENÇA

CONDIÇÕES 2010/2011

Outubro de 2010



INTRODUÇÃO

O Seguro de Saúde STI / ZURICH / [inLifeInsurance](#) / MÉDIS, é um seguro de reembolso, como aliás não poderia deixar de ser pois, sendo TODOS os sócios do STI e grande parte dos membros do Agregado Familiar beneficiários da ADSE, não poderíamos desonerar esta entidade das suas obrigações. Isto genericamente significa que as despesas têm de ser enviadas à ADSE para participação, nos termos normais, e posteriormente remetidas para indemnização do seguro de doença, conjuntamente com a declaração da ADSE para complemento de participação (nos casos em que esta não esteja dispensada). Sendo assim, será lógico neste momento perguntar para que serve então o cartão Medis, se o seguro continua a ser um seguro de reembolso? Bom, primeiro e talvez mais importante, o cartão Medis dá-lhe acesso, a um desconto nos actos médicos, pois se for a um prestador de cuidados de saúde da rede Médis ser-lhe-á cobrado apenas aquilo que esse prestador convencionou com a Medis (podendo depois, obviamente, enviar o recibo do valor pago para participação de novo do seguro), o cartão dá-lhe ainda acesso a todo um conjunto de serviços da rede Medis, como seja:

- Médico assistente Medis;
- Linha Medis;
- Redes de Saúde & Bem Estar;
- Serviços Adicionais:
 - Envio de extracto de benefícios;
 - Site Medis, onde poderá consultar, após prévio registo, condições gerais, especiais e particulares do seguro, extracto dos benefícios, plafonds disponíveis, consulta e alteração de dados pessoais, consulta e adesão ao Médico Assistente Medis, pedidos de documentação e cartões e pagamentos efectuados.

Temos consciência que a profunda alteração introduzida em Outubro de 2008 poderá ter originado, no início, alguma perturbação. Contudo estamos convictos que o novo seguro de saúde é melhor e mais eficaz que o anterior, diversificando a oferta sem contudo ter alterado **nenhuma** das garantias anteriores, pelo contrário, pois, por exemplo, o capital/ano por pessoa segura para hospitalização e cirurgia aumentou para 13.500,00 Euros. Igualmente passaram a estar cobertos alguns actos médicos que antes não estavam, como por exemplo a septoplastia, excisões cirúrgicas benignas da pele, tratamentos com laser a lesões benignas da pele e o tratamento cirúrgico de varizes.

Não menos importante e uma vez que os reembolsos passaram a ser efectuados directamente pela Medis, eliminando-se um degrau no circuito de pagamento, vai seguramente tornar mais célere o pagamento.

Em resumo, estamos convictos que o NOVO SEGURO DE SAÚDE, representa mais um passo na caminhada que o STI, em boa hora, encetou em 1991, de valorizar o apoio social aos sócios.

1. QUADROS DE GARANTIAS, FRANQUIAS E CAPITAIS

1.1. HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA

GARANTIAS	%	CAPITAL/ANO
Hospitalização e cirurgia	95% ou 100%, em caso de recurso pelos beneficiários a prestadores da rede ADSE	13.500,00 €

K=6.75 €

1.2. ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA

GARANTIAS	%	CAPITAL/ANO	FRANQUIA/ANO
Assistência ambulatoria	80% ou 85%, em caso de recurso pelos beneficiários a prestadores da rede ADSE	2.000,00 €	55,00 € / ano
* Consultas/E.A.D/A.H.R.E. (*)			
* Tratamentos			

(*) E.A.D. - Elementos Auxiliares de Diagnóstico;
A. H. R. E. - Assistência Hospitalar em Regime Externo
Comparticipação máxima por consulta - 31,00 €;
Comparticipação máxima fisioterapia 100,00 €

1.3. MEDICAMENTOS

GARANTIAS	%	CAPITAL/ANO	OBSERVAÇÕES
Medicamentos	50	150,00 €	C.M.E. - 3,75 € (*)

(*) C.M.E. - Participação Mínima por Embalagem - as embalagens de valor inferior a 3,75 € não são participadas;
As embalagens de valor superior a 3,75 € são participadas considerando-se o seu valor total, na percentagem estabelecida

1.4. ESTOMATOLOGIA

GARANTIAS	%	CAPITAL/ANO	FRANQUIA
Estomatologia	70	200,00 €	52,50 €

1.5. PRÓTESES E ORTÓTESES

GARANTIAS	%	CAPITAL/ANO	FRANQUIA/ANO
Próteses e ortóteses:		300,00 €	40,00 €
- Próteses	80		
- Ortóteses:			
- Aros	80	75,00 €	
- Lentes	80	75,00 €	
- Lentes de contacto	80	150,00 €	

1.6. MATERNIDADE

GARANTIAS	%	CAPITAL/ANO
Parto	95 ou 100%, em caso de recurso pelos beneficiários a prestadores da rede ADSE	1.000,00 €

2. PRÉMIOS ANUAIS PARA OS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR

HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA + AMBULATÓRIA + MATERNIDADE

- Cônjuge ou Filho 110,04 €/ano – 9,17 €/mês

HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA + MATERNIDADE (Não disponível para novas adesões)

- Cônjuge ou Filho Maior 60,84 €/ano – 5,07 €/mês
- Filho Menor 27,36 €/ano - 2,28 €/mês

Aos valores antes referidos acrescem 2,04 €/ano, por agregado familiar, para custos administrativos.

O prémio é pago por transferência bancária, e poderá ser pago mensal, trimestral, quadrimestral, semestral ou anualmente, consoante a sua opção sendo descontado, a partir do dia 20 de cada mês. O valor que o banco cobra por cada transferência bancária é de 0,50 Euros (cinquenta cêntimos), valor este que irá crescer ao prémio antes referido, por cada transferência bancária efectuada. Obviamente que se, por exemplo, optar pelo pagamento trimestral só pagará 4 transferências bancárias, em vez das 12 que pagará se optar pelo pagamento mensal.

3. PESSOAS SEGURAS

Todos os sócios do Sindicato dos Trabalhadores dos Impostos, com menos de 70 anos, no pleno gozo dos seus direitos, automaticamente e sem encargos;

Os sócios inscritos há, pelo menos, 15 anos, permanecem seguros até que perfaçam 75 anos;

Podem ainda ser pessoas seguras os seguintes membros do agregado familiar, desde que o sócio proceda à sua inscrição, mediante o preenchimento do boletim de adesão e faça o pagamento do respectivo prémio:

- Cônjuges ou equiparados com menos de 65 anos de idade;
- Filhos a cargo, em comunhão de mesa e habitação, solteiros e de idade inferior a 24 anos;
- Filhos maiores solteiros, já sem direito a abono de família mas que vivam em comunhão de mesa e habitação com o sócio;
- As crianças nascidas durante a vigência da adesão do agregado familiar a que pertencem poderão ser incluídas, sem preenchimento de questionário clínico, sendo automaticamente aceites, desde que a sua adesão seja pedida/efectuada por escrito, até 60 dias após o seu nascimento.

O agregado familiar, sendo incluído, deverá sê-lo na totalidade, excepto se algum dos seus elementos comprovar ter um outro seguro de doença cobrindo despesas de idêntica natureza.

A aceitação de qualquer Pessoa Segura do Agregado Familiar fica dependente do preenchimento duma proposta de adesão e da apresentação do respectivo questionário clínico.

4. ADMISSÃO AO SEGURO

A admissão ao seguro para os familiares depende do preenchimento de um boletim de adesão e respectivo questionário clínico. A data de início de cada adesão nunca poderá ser anterior à data da recepção daquele boletim ou carta no Sindicato.

5. PERMANÊNCIA NO SEGURO

A inclusão do agregado familiar no âmbito do contrato obriga à permanência por um período mínimo de um ano.

6. ÂMBITO DO SEGURO

O seguro garante às pessoas seguras o pagamento das despesas resultantes de acidente ou doença, ocorridos ou manifestados durante a vigência da apólice, de acordo com as percentagens e plafonds máximos contratados, ficando assim excluídas todas as despesas decorrentes de doenças ou estados de gravidez pré-existentes ou de acidentes ocorridos antes do início do contrato.

7. COBERTURAS

7.1 HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA

Constituem-se despesas elegíveis no âmbito da cobertura de Hospitalização as efectuadas em pagamento de actos médicos, cirúrgicos ou diagnósticos que requeiram meios e serviços específicos imprescindíveis em ambiente hospitalar para a sua realização, nomeadamente:

- 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 ou enfermaria);
- 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.

7.2. ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATÓRIA

Constituem-se despesas elegíveis no âmbito da cobertura de Ambulatório 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 (Clínica Geral e Especialidades);
- Honorários médicos relacionados com os actos realizados em ambiente não hospitalar;
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica realizados em ambiente não hospitalar (Análises clínicas, Radiografias, TAC's, Ressonâncias magnéticas, Electrocardiogramas, electroencefalogramas, etc.);
- 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;
- Serviços de enfermagem ao domicílio;
- Assistência Hospitalar em Regime Externo (A.H.R.E.):
 - Honorários médicos de pequenas cirurgias;
 - Piso de sala de operações;
 - Tratamentos;
 - Deslocações em transporte de urgência de e para o hospital.
- Tratamentos:
 - Encargos de enfermagem (aplicação de injeções, oxigénio, infusões endovenosas e transfusões, etc.);
 - Tratamentos de RX, radioterapia e quimioterapia;
 - Fisioterapia, só em caso de acidente garantido pelo contrato e que tenha exigido recurso a urgência hospitalar, situações pós-cirúrgicas ou acidentes vasculares cerebrais.
- Transporte de ambulância ou outro meio, de e para unidades de saúde, desde que o estado de saúde da pessoa segura o justifique;

- Ao abrigo desta garantia, garante-se também 5 consultas de psiquiatria por ano, nos termos e condições das restantes consultas.

7.3. MEDICAMENTOS

Constituem-se despesas elegíveis no âmbito da cobertura de Medicamentos as efectuadas com a aquisição de medicamentos definidos, classificados e registados segundo a legislação aplicável do Ministério da Saúde, ou seja, é reembolsável o montante remanescente à dedução da parcela comparticipável pelo Sistema Nacional de Saúde que incide sobre o preço final do medicamento.

Não constituem despesas reembolsáveis as efectuadas em pagamento de:

- Especialidades de venda livre;
- Vacinas, excepto se prescritas por médico em virtude de se tratar de vacinas obrigatórias para deslocação ao estrangeiro;
- Anti-sépticos, produtos de estética, de higiene geral e artigos sanitários.

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

- os medicamentos deverão ser prescritos por um médico e destinar-se ao tratamento de lesões conseqüentes de doença ou acidente cuja cobertura seja contratualmente garantida;
- 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 dos medicamentos prescritos e ainda o correspondente recibo, com a menção expressa dos medicamentos fornecidos e das importâncias que, após dedução do montante da comparticipação, se a houver, ficam a cargo da pessoa segura.

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

7.4. ESTOMATOLOGIA

Constituem-se despesas elegíveis no âmbito da cobertura de Estomatologia e Medicina dentária as efectuadas, no caso de:

Consultas;
Elementos auxiliares de diagnóstico;
Tratamentos;
Próteses;
Ortóteses.

7.5 PRÓTESES / 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.

7.6. MATERNIDADE

Constituem-se despesas elegíveis no âmbito da cobertura de Parto as efectuadas em caso de interrupção involuntária da gravidez, parto natural ou parto por cesariana incluindo a diária do recém-nascido enquanto durar o internamento da parturiente.

8. PERÍODO DE CARÊNCIA

As novas adesões ou readmissões têm os seguintes períodos de carência:

- A cobertura de Parto, encontra-se sujeita a período de carência de 365 dias;

- A cobertura de Hospitalização, Estomatologia e Próteses/Ortoses, encontra-se sujeita a período de carência de 180 dias;
- As restantes despesas, encontram-se sujeitas a período de carência de 90 dias;
- Encontram-se ainda sujeitas a período de carência de 12 meses (365 dias), as coberturas relativas às prestações ou actos médicos decorrentes de:
 - Esclerose e/ou tratamento cirúrgico de varizes;
 - Tratamento cirúrgico de hérnia discal;
 - Hemorroidectomia e outros tratamentos às hemorroidas;
 - Artroscopia;
 - Septoplastia.
- Encontram-se ainda sujeitas a período de carência de 12 meses (365 dias), as coberturas relativas às prestações ou actos médicos decorrentes de:
 - Amigdalectomia, adenoidectomia, miringotomias com ou sem aplicação de tubos de ventilação;
 - Rinoseptoplastia;
 - Excisão cirúrgica de lesões benignas da pele;
 - Tratamentos com laser a lesões benignas da pele;
 - Tratamento cirúrgico da apneia do sono.

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.

9. DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES

As despesas consequentes de doenças pré-existentes, relativamente a qualquer das pessoas seguras, sócios ou familiares, não estão cobertas pelo seguro.

10. ÂMBITO DAS COBERTURAS

Os seguros só são válidos para doentes tratados em Portugal, salvo em casos excepcionais, desde que aconselhados clinicamente e com acordo prévio da seguradora.

O seguro funciona em caso de acidente ou doença súbita ocorrida no estrangeiro em estadia de duração máxima de 30 dias.

11. OUTRAS CONDIÇÕES

É sempre da livre escolha das pessoas seguras o médico, hospital ou clínica a utilizar.

As diferenças entre os valores reclamados pelas pessoas seguras e participados pela seguradora darão lugar a declarações individuais para efeitos de IRS, desde que as reclamações tenham sido feitas mediante documentos originais.

Igualmente, serão emitidas tais declarações relativamente aos prémios suportados pelos sócios devidos à inscrição de membros do agregado familiar.

12. EXCLUSÕES

Excluem-se do âmbito das garantias do contrato, entre outras constantes das condições gerais da apólice, os seguintes casos:

- a) Doenças preexistentes ou acidentes ocorridos antes da data de inclusão no seguro;
- b) Acidentes de trabalho ou doenças profissionais;
- c) Doenças infecto-contagiosas, quando em situação de epidemia declarada pelas autoridades de saúde;
- d) Quaisquer patologias resultantes, directa ou indirectamente, da acção do Vírus da imunodeficiência 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, 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 a interrupção voluntária da gravidez, assim como todos os actos médicos com ela relacionados;
- i) Consultas, tratamentos e testes de infertilidade, bem como os métodos de fecundação artificial e suas consequências;
- j) Qualquer tratamento: - E/ou intervenção cirúrgica realizada com a intenção de melhorar a aparência pessoal e/ou remover tecido corporal são;
- De correcção da obesidade, tratamentos de emagrecimento e afins e suas consequências;
- E cirurgias de cariz estético e/ou reconstrutivo, excepto se consequentes de acidente ou doença ocorridos durante a vigência da apólice;
- k) Tratamentos, cirurgia e outros actos destinados à correcção de anomalias, doenças ou malformações congénitas do conhecimento prévio do paciente no início do contrato, salvo convenção expressa em contrário nos termos estipulados nas Condições Particulares no que respeita a recém nascidos incluídos na Apólice desde o seu nascimento;
- l) Hemodiálise;
- m) Transplantes de órgãos e suas implicações, salvo convenção expressa em contrário nos termos de cobertura adicional quando especialmente contratada;
- n) 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;
- o) Medicamentos cuja introdução no mercado ainda não foi autorizada pela entidade competente;
- p) 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, canoagem 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.
- q) Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuges, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura;
- r) Enfermagem privativa;
- s) 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;
- t) Assistência e tratamento hospitalar por razões de carácter social;
- u) Despesas com serviços que não sejam clinicamente necessários;
- v) Acidentes e doenças cobertas por seguros obrigatórios;
- w) As despesas de transporte do Segurado

Ficam, ainda, sempre excluídas do presente contrato, as seguintes Cirurgias:

- a) Tratamento cirúrgico da roncopatia;
- b) Plastias mamárias de aumento ou redução de volume, quaisquer que sejam as indicações cirúrgicas ou remoção de material de prótese mamária.

13. SEGURO COMPLEMENTAR À ADSE

O seguro de saúde funciona em complementaridade com o subsistema de segurança social da ADSE, ou com outro, no caso de membros do agregado familiar não beneficiários desta.

14. NORMAS A OBSERVAR NOS PEDIDOS DE REEMBOLSO

Todos os pedidos de reembolso deverão ser efectuados através de impresso próprio, fornecido pelo STI, ao qual serão agrafados os recibos (originais ou fotocópias, consoante os casos) e/ou outros elementos, conforme a seguir se discrimina:

14.1. CONSULTAS *

Relativamente às consultas - clínica geral e especialidades - (excepto tratando-se de dentista: ver estomatologia) é dispensada a declaração da ADSE para efeitos de complemento de participação, devendo ser remetida apenas fotocópia do recibo onde conste sempre a especialidade médica.

14.2. ELEMENTOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO OU TRATAMENTOS *

Para além da fotocópia do recibo, é indispensável juntar a declaração da ADSE (original) indicando o montante participado, bem como a fotocópia da prescrição médica que esteve na sua origem.

14.3. ESTOMATOLOGIA (consultas e/ou tratamentos) *

Para além da fotocópia do recibo, é indispensável juntar também o original da declaração da ADSE, indicando o montante participado, contudo, o médico, deve, no próprio recibo, discriminar os actos médicos praticados de forma clara; **ver ponto 7.4.**

14.4. MEDICAMENTOS *

Uma vez que todas as pessoas seguras são beneficiárias da ADSE, de outros subsistemas ou do Serviço Nacional de Saúde, tendo portanto hoje acesso a receitas com direito a participação pelos mesmos, a seguradora só participará nos remanescentes não participados pelo Estado.

Assim, para além do recibo da farmácia (original), é necessário juntar fotocópia da receita do médico autenticada pela farmácia; **ver ponto 7.3.**

14.5. PRÓTESES E ORTÓTESES *

À semelhança das consultas, também nos óculos (aros e lentes) é dispensada a declaração da ADSE indicando o montante participado, bastando enviar fotocópia do recibo, bem como fotocópia da prescrição médica, passada por médico da especialidade ou optometrista; **ver ponto 7.5.**

Relativamente às próteses e a outras ortóteses não referidas no parágrafo anterior, é também necessário juntar, para além dos documentos ali referidos, o original da declaração da ADSE indicando o montante participado.

14.6. EM CASOS DE INTERNAMENTO SUPERIOR A 24 HORAS (COM OU SEM INTERVENÇÃO CIRÚRGICA) *

- Os recibos deverão ser sempre acompanhados de discriminação de todas as despesas;

* Chamamos a sua especial atenção para os prazos de remessa dos documentos para participação, referidos no alínea 14.12. deste número na presente informação

- Os recibos devem ser acompanhados de relatório médico, tão detalhado quanto possível, a justificar o internamento e esclarecendo a natureza da intervenção ou do acto médico;
- Antes de efectuarem as intervenções, as equipas cirúrgicas deverão ser informadas de que os reembolsos da seguradora são efectuados de harmonia com a tabela da Ordem dos Médicos em vigor. Os honorários das equipas médico-cirúrgicas, reembolsados no âmbito da cobertura de Hospitalização e Cirurgia, obedecerão ao estabelecido no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos. No entanto, o limite máximo será sempre o que resulta da aplicação de um valor de k igual a 6,75 €.

14.7. MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR NÃO BENEFICIÁRIOS DA ADSE

Os membros do agregado familiar beneficiários de outro subsistema que participe nas despesas (por exemplo, SAMS, ADMA, ADMG, etc.) deverão remeter declaração original da entidade de que são beneficiários, com indicação do montante participado, em todos os casos onde nos pontos anteriores se refere a necessidade de declaração da ADSE.

Os membros do agregado familiar beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, nos casos em que este não participe nas despesas, deverão enviar os documentos originais. Neste caso deverão também enviar fotocópia do cartão de beneficiário deste sistema de saúde, ou na falta deste, documento que comprove que beneficia desse sistema.

14.8. CARACTERÍSTICAS GERAIS A QUE DEVEM OBEDECER OS RECIBOS E/OU AS FOTOCÓPIAS

- Todos os recibos, se de entidades individuais, deverão ser do modelo 6 do CIRS e neles deverá constar a especialidade do médico
- Todos os recibos apresentados devem ser passados em nome da pessoa segura a quem foram prestados os cuidados médicos
- Não se aceitam recibos rasurados ou dos quais não conste (ou seja ilegível) a respectiva data
- As fotocópias dos recibos deverão ser legíveis e sem rasuras, sob pena da sua devolução

14.9. AS FOTOCÓPIAS DOS RECIBOS DEVEM SER SUBSTITUÍDAS PELOS RESPECTIVOS ORIGINAIS, QUANDO:

- A entidade que prestou os cuidados médicos tenha acordo com a ADSE;
- As despesas respeitarem a membros do agregado familiar que não sejam beneficiários da ADSE, nem de qualquer outro subsistema que participe nas despesas;
- As despesas digam respeito a taxas moderadoras.

14.10. DECLARAÇÃO DA ADSE PARA EFEITOS DE COMPLEMENTO DE COMPARTICIPAÇÃO, INDICANDO O MONTANTE COMPARTICIPADO

O seguro de doença funciona em complementaridade com o subsistema básico de segurança social da ADSE, organismo de que são beneficiários todos os sócios do STI, ou com outros subsistemas que participem nas despesas, em caso de membros do agregado familiar.

Assim, é necessário que, sempre que remeter recibos para participação da ADSE, os faça acompanhar do pedido de declaração para efeitos de complemento de participação (neste momento a ADSE já disponibilizou no seu site – www.adse.pt – a possibilidade de impressão da declaração para efeitos de complemento de participação).

Depois da ADSE lhe devolver a declaração com indicação da parte participada, deverá juntar-lhe as fotocópias dos recibos, previamente efectuadas, e da requisição/receita do médico (se for o caso) e remetê-la ao STI, pois só assim o processo estará em condições de ser remetido à seguradora.

Este procedimento apenas é dispensado nos honorários médicos referentes a consultas de clínica geral e especialidades, bem como em relação a óculos (aros e lentes).

14.11. REEMBOLSO DE DESPESAS PRÉ-COMPARTICIPADAS PELA ADSE

As despesas apresentadas à Médica que venham acompanhadas de um comprovativo original da pré-participação pela ADSE, desde que se encontrem abrangidas contratualmente e exista para a

cobertura em causa plafond disponível, serão reembolsadas nos termos do fixado nas condições do seguro, sem necessidade de apresentação de documentação clínica justificativa. Em resumo na condição de que não existam dúvidas quanto ao enquadramento contratual da despesa apresentada, não serão pedidos relatórios a despesas pré-comparticipadas pela ADSE.

Naturalmente que o enquadramento contratual tem de estar sempre garantido, já que as Condições de cobertura pela ADSE não coincidem forçosamente com as do seguro de saúde. Para saber se a despesa está garantida pelo seguro de saúde pode ser necessário pedir relatórios e estes devem ser fornecidos.

Exemplificando: o seguro de saúde exclui as doenças congénitas mas a ADSE não exclui. Assim sendo, perante despesas relativas a uma doença congénita, mesmo que a ADSE participe, o Seguro não participará no remanescente. Ora, para saber se as despesas estão ou não associadas a uma doença congénita, a seguradora pode ter necessidade de pedir um relatório.

O mesmo acontece com as pré-existências, não excluídas certamente pela ADSE. Assim, se for necessário, para a gestão do sinistro, assegurar que a despesa não decorre de uma pré-existência, a seguradora poderá ter de pedir um relatório.

O que a seguradora não fará é pedir justificativos para as despesas no sentido de verificar se as mesmas são clinicamente necessárias. Tal avaliação, pressupõe-se ter sido efectuada pela ADSE.

14.12 PRAZO PARA REMESSA DOS JUSTIFICATIVOS DAS DESPESAS PARA COMPARTICIPAÇÃO

O prazo para entrega à seguradora dos justificativos das despesas para participação é de 90 dias, a contar da data da realização das mesmas, excepto quando dependam de declaração da ADSE, sendo aqui alargado para 270 dias.

14.13. IMPRESSO PARA CAPEAR A REMESSA DE RECIBOS AO STI

Todos os pedidos de reembolso deverão ser efectuados através de impresso próprio, fornecido pelo STI, ao qual deverão ser agrafados os originais ou fotocópias dos recibos, consoante o caso, bem como de outros elementos, se necessários (por exemplo, declaração da ADSE, receita do médico, etc.). *Recorda-se que os membros do agregado familiar beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, nos casos em que este não participe nas despesas, deverão enviar os documentos originais. Neste caso deverão também enviar fotocópia do cartão de beneficiário deste sistema de saúde, ou na falta deste, documento que comprove que beneficia desse sistema.*

15. SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE MÉDIS

A Médís é um Sistema Integrado de Prestação de Cuidados de Saúde que oferece aos seus Clientes o acesso a Médicos, Hospitais e a uma variedade de serviços e profissionais de saúde, seleccionados segundo rigorosos critérios de qualidade.

Como Cliente Médís passará a ter acesso a:

15.1. CARTÃO MÉDIS

A cada Cliente Médís é atribuído um Cartão Medis personalizado, que identifica o cliente e permite o seu acesso ao Sistema Integrado de Saúde.

Em cada utilização o sistema informático da Médís verifica a validade da apólice, bem como os seus capitais e coberturas.

Após a prestação dos cuidados de saúde é disponibilizada, no terminal do prestador da Rede Médís, informação sobre o co-pagamento que fica a cargo do Cliente, bem como sobre o valor que será pago pela Médís. Quando o Cliente tiver esgotado o seu capital ou não tiver aquela cobertura, poderá beneficiar dos preços convencionados entre a Médís e os prestadores da sua rede convencionada.

15.2. MÉDICO ASSISTENTE MÉDIS

O Médico Assistente Médís 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), 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.

15.3. LINHA MÉDIS

A Linha Médis 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 Médis 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 Médis proporciona a informação e o apoio necessários, permitindo que os Clientes tirem o máximo benefício do Sistema Integrado de Saúde Médis.

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 Médis a solução mais eficaz.

15.4. REDE MÉDIS

A rede integrada de prestadores de cuidados de saúde – Rede Médis - é constituída por cerca de 6.000 Médicos das mais variadas especialidades médico-cirúrgicas, 1.000 centros de imagiologia, análises clínicas e medicina física e reabilitação, 350 Clínicas e 70 Hospitais em Portugal e em Espanha.

Os profissionais de Saúde e as Instituições da Rede Médis proporcionam os seus serviços de forma privilegiada aos Clientes Médis, ou seja, cada Cliente Médis para ter acesso à Rede Médis basta identificar-se com o seu Cartão Médis, passando a beneficiar do seguinte:

- Preços dos actos médicos inferiores aos do mercado privado da saúde, em resultado da negociação que a Médis tem com os prestadores de cuidados de saúde da sua rede convencionada;
- Sistema racional de referência entre os profissionais de saúde da Rede Médis e consequente orientação para os cuidados de saúde que mais se adequam a cada situação clínica;
- Simplicidade e rapidez no processo de facturação, uma vez que o Cliente é financiado pela Médis, não tendo necessidade de desembolsar qualquer tipo de montante. No site Médis ou no extracto de benefícios terá acesso à informação dos actos médicos que usufruiu.

Nos Hospitais CUF e CUF Descobertas pode contar com uma assistência personalizada, que se traduz na existência de um espaço físico próprio, onde está sediada uma equipa da Médís, pronta a informar e a encaminhar os Clientes.

15.5. REDES DE SAÚDE & BEM ESTAR

DESCRIÇÃO	COBERTURA	BENEFÍCIOS
IMPLANTOLOGIA	Lisboa, Porto, Braga, Vila Real	Preços Médís
PSICOLOGIA CLINICA	Nacional (141)	Preços Médís (€25)
CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	Nacional (25)	Até 25% desconto
SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	Nacional (28)	Até 20% desconto
TRANSP. ESPECIALIZADOS	Nacional	Preços Médís
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 Médís (€25)
ÓPTICAS	Nacional (+400)	Até 20% desconto
TERMAS	Nacional (13)	Até 50% desconto
ESTETICA	Nacional (32)	Até 10% desconto
HEALTH & FITNESS CLUBS	Nacional (37)	Até 30% desconto
CHECK-UP'S	Lisboa, Porto, Coimbra (5)	Preços Médís
OSTEOPATIA	Nacional	Preços Médís (€25)
PREPARAÇÃO PARA O PARTO	Lisboa, Porto (4)	Até 20% desconto

Complementando os benefícios que o Cliente já dispõe na Rede Médís, 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 descritos:

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

15.6. SERVIÇOS ADICIONAIS

A Médís disponibiliza informação actualizada sobre o seu Plano de Saúde, sobre os prestadores de cuidados de saúde da Rede Médís, bem como todos os serviços e novidades que a Médís coloca ao dispor. Esta informação traduz-se no:

- **Envio de Extracto de Benefícios:** Todos os Clientes receberão em casa o extracto de benefícios com a indicação dos serviços de saúde que usufruíram, os co-pagamentos efectuados e a quantia que foi deduzida ao capital da cobertura utilizada. A periodicidade do envio do extracto será trimestral se as despesas efectuadas forem superiores a 100 € e no caso de serem inferiores a este valor o envio do extracto será anual.
- **Site Médís:** Em www.medis.pt encontra toda a informação de que necessita, de forma simples e rápida. Visite-nos em www.medis.pt e fique a conhecer a Médís a fundo.
- **Para os Clientes Médís, o Site Médís disponibiliza acesso imediato a informação sobre a Médís em geral e sobre a sua apólice em particular, nomeadamente:**
 - condições gerais, especiais e particulares do seguro;
 - extracto de benefícios;
 - plafonds disponíveis;
 - consulta e alteração de dados pessoais;
 - consulta e adesão ao Médico Assistente Médís;
 - pedidos de documentação e cartões;
 - pagamentos efectuados.

PERGUNTAS FREQUENTES (FAQ'S) SOBRE O SEGURO DE SAÚDE

1- Qual a utilidade do meu Cartão Saúde Zurich/Médís?

O Cartão Saúde Zurich/Médís permite o acesso à Rede de Prestadores de Cuidados de Saúde contratada pela Medis.

2 - Como devo proceder para utilizar o meu Cartão Saúde Zurich/Médís?

Num Prestador de Cuidados de Saúde da Rede Médís, deverá apresentar o Cartão Saúde Zurich/Médís para ter acesso aos serviços do Prestador a preços convencionados com a Médís.

Exemplo: Consulta particular = € 70,00 Consulta a preços Médís = € 40,00 (preço variável em função do Prestador e/ou Especialidade).

3 – O que faço com o recibo de consultas ou despesas como Próteses Oftalmológicas (aros ou lentes)?

O titular e agregados menores – deverá enviar o original do recibo da consulta para a ADSE e cópia para o STI acompanhada do impresso de reembolso de despesas. Este reembolso é efectuado sem que seja necessário aguardar pela participação da ADSE.

Outros – se for enviada cópia do recibo com o número de ADSE a companhia irá proceder ao reembolso de forma idêntica à dos titulares e agregados menores. Se for enviada apenas cópia do recibo sem número ADSE a seguradora só efectua o reembolso após recepção do original do recibo.

Outras Despesas – aguardar declaração ADSE e reenviar junto com as cópias dos recibos e das prescrições médicas. Excepto aquelas que já vêm do acordo com ADSE.

4 – É necessário preencher algum documento pelo médico dentista para efeitos de reembolso?

Não, basta o recibo discriminar o acto médico.

5 – Este seguro é diferente do anterior?

Para além de ter as mesmas condições do seguro anterior (reembolso), ainda faculta a todos os sócios e aderentes a possibilidade de utilizar a Rede Médís.

6 – Como poderei ter acesso a toda a informação referente ao meu seguro, por exemplo o estado dos reembolsos, plafonds etc.?

Deverá começar por efectuar o registo no site da Médís (<http://www.medis.pt>). As instruções para o fazer, encontram-se disponíveis no site da [inLifeInsurance](http://www.inlife.pt) (<http://www.inlife.pt>) e também no site do STI (<http://www.stimpostos.pt>) Depois de estar registado passa a ter acesso a toda a informação via internet sobre os plafonds utilizados, assim como do estado dos reembolsos.

8 – Quais os actos para os quais é necessário solicitar Pré-Autorização?

A necessidade de Pré-Autorização pode colocar-se em função do tipo de acto médico e/ou natureza do Prestador. Em todos os casos, os Prestadores de Cuidados de Saúde têm conhecimento de quais as situações que requerem pré-autorização.

Requerem pré-autorização todos os internamentos médicos e/ou cirúrgicos e todos os actos médicos realizados em regime de hospital dia, como por exemplo, Radioterapia e Quimioterapia.

São objecto de análise clínica, com vista ao reembolso, todos os procedimentos abaixo discriminados, pelo que os respectivos recibos terão que vir acompanhados do impresso de informação clínica devidamente preenchido.

São objecto de análise clínica, com vista ao reembolso, todos os procedimentos abaixo discriminados, pelo que os respectivos recibos terão que vir acompanhados do impresso de informação clínica devidamente preenchido.

Procedimentos que carecem de análise Clínica para reembolso:

- Medicina Nuclear Diagnóstica e Terapêutica
- Cardiologia de Intervenção
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica Vascular Invasivos
- Ressonância Magnética
- Serviços Especiais de Neurofisiologia – Códigos 14.00.05 a 14.00.15 (Exames EEG Topográficos c/ potenciais evocados e estudos de sono)
- ERA 08.02.01
- Electroencefalografia 08.02.02
- Respostas do tronco Cerebral 08.02.03
- Respostas semi-precoces (RSP) T+P 08.02.04
- Respostas Auditivas Corticais 08.02.05
- Posturografia 08.04.04
- Videonistagmografia 08.04.09
- Polisonografia 10.01.26
- Exames de Genética
- Histerosalpingografia
- Amniocentese
- Meios Complementares de Diagnóstico Invasivos com Anestesia Geral

Nota: Carecem ainda de autorização os exames realizados em meio hospitalar em que é facturado à Médis um Bloco Operatório e Honorários Médicos em separado (Ex.: Biopsia Prostática) e outros exames que pela sua natureza específica requeiram análise da Direcção Clínica da Médis, etc.

9 – Quando o medico quiser cobrar a totalidade da consulta (sem considerar o preço convencionado com a Médis) como devo proceder?

Por favor peça a identificação do médico, da clínica, o contacto da mesma e queira comunicar de imediato para
jose.dantas@inlife.pt,
carlos.alexandre@inlife.pt,
vasco.soares@inlife.pt

(Nos seus contactos, quer telefónicos, quer escritos, deve mencionar sempre o seu numero de Cartão Zurich/Médis)

10 - O meu cartão está activo?

Sim, quando recebe o cartão na sua morada este já se encontra activo.

11 – Quando for necessário recorrer à Linha Médis, se a informação prestada por esta entidade não estiver de acordo com as condições deste contrato como devo proceder?

Comunicar de imediato (mencionando sempre o numero de Cartão Zurich/Médis) para:
jose.dantas@inlife.pt,
carlos.alexandre@inlife.pt,
vasco.soares@inlife.pt

12 – Temos que pagar pelo seguro de saúde?

Só os cônjuges e filhos, **para os sócios o prémio é suportado na íntegra pelo STI.**

13 – Se tiver alguma dúvida, quais os contactos que devo utilizar?

STI	218 161 710
Linha Zurich/Médis	707 300 788
inLifeInsurance	707 201 249

GLOSSÁRIO DO SEGURO DE SAÚDE

ACIDENTE – O acontecimento fortuito, súbito e anormal devido a causa exterior e violenta, estranha à vontade do tomador do seguro, do beneficiário ou das pessoas seguras e que nesta origem lesões corporais passíveis de constatação médica objectiva.

ACIDENTE, DOENÇA OU GRAVIDEZ PRÉ-EXISTENTE – Qualquer acidente que tenha ocorrido ou qualquer doença ou gravidez que se tenham manifestado e /ou tenham dado origem a tratamento médico em data anterior à do início do contrato ou das adesões, se posteriores.

ADERENTES – As pessoas seguras que fazem parte do grupo seguro.

AGREGADO FAMILIAR – O cônjuge ou equiparado da pessoa segura e/ou filhos, adoptados e enteados menores ou maiores a cargo, nas condições definidas no esquema que regula a concessão de abono de família.

APÓLICE – Documento que titula o contrato de seguro celebrado entre o tomador de seguro e a companhia de seguros, composto pelas respectivas condições gerais, especiais, se as houver, e particulares acordadas, bem como pela proposta de seguro, boletins de adesão e certificados individuais de adesão.

C. N. V. R. A. M. – O Código de Nomenclatura e Valores Relativos dos Actos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos (última versão).

DESPESA MÉDICA – Despesas efectuadas pela pessoa segura relativas a serviços clinicamente necessárias.

DOENÇA – Alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente, com sintomatologia manifestada e passível de constatação médica objectiva.

DOENÇA MANIFESTADA – Toda a doença que tenha sido objecto de um diagnóstico inequívoco ou que, com suficiente grau de evidência se haja revelado e tenha dado lugar ao respectivo tratamento.

DOENÇA SÚBITA – A alteração involuntária do estado de saúde, não causada por acidente, que exija tratamento de urgência em Hospital, em regime ambulatorio ou de internamento.

FRANQUIA – Parte do risco, expressa em valor, dias ou percentagem que, em caso de sinistro, fica a cargo do beneficiário. e cujo montante se encontra estipulado nas condições particulares da apólice.

GRUPO – Conjunto de pessoas ligadas entre si e ao tomador do seguro por um vínculo ou interesse comum.

HOSPITAL OU CLÍNICA – Estabelecimento de saúde, privado ou público em regime privado, dotado de uma direcção técnica e de uma administração própria, oficialmente reconhecido como destinado e habilitado ao tratamento, em regime de ambulatório ou de hospitalização, de doentes, acidentados ou grávidas e recém nascidos, onde médicos e enfermeiros diplomados asseguram uma assistência permanente – médica, cirúrgica e de enfermagem – durante vinte e quatro horas por dia. Excluem-se expressamente as termas, casas de repouso, lares de terceira idade, centros de tratamento tóxico-dependente e alcoólicos e outros estabelecimentos similares.

HOSPITALIZAÇÃO – Todo o internamento de uma pessoa segura, num hospital ou clínica, por um período superior a 24 horas ou que origine 1 diária hospitalar, para tratamento médico ou cirúrgico, por causa abrangida pela apólice.

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA – Todo o acto médico classificado como cirurgia no C. N. V. R. A. M..

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA SEM HOSPITALIZAÇÃO – o acto médico classificado como cirurgia no C. N. V. R. A. M., praticado sem o recurso à hospitalização da pessoa segura e ao qual se atribua, naquele código, um número de “K’s” superior a 50.

MATERNIDADE – Parto, cesariana ou interrupção involuntária de gravidez, em regime de hospitalização.

MÉDICO – O licenciado por uma faculdade de medicina autorizado a exercer a profissão pelo organismo competente do País onde exerce (em Portugal, a Ordem dos Médicos). Para efeitos desta apólice não são considerados os honorários de serviços prestados no âmbito de especialidades não reconhecidas pela Ordem dos Médicos tais como Naturopatas, Parapsicólogos, Homeopatas, Osteopatas e outros.

PERÍODO DE CARÊNCIA – Espaço de tempo, fixado nas condições gerais e/ou particulares, que medeia entre o início do contrato ou a data de admissão de uma pessoa segura, se posterior, e a data da entrada em vigor, para essa pessoa segura, das coberturas garantidas pela apólice.

PESSOA SEGURA – É a pessoa abrangida pelas garantias do contrato, que esteja indicado nas condições particulares da apólice. Em caso de inclusão do agregado familiar também são consideradas pessoas seguras cada um dos seus membros.

SEGURADORA – É a entidade que assume a responsabilidade pela cobertura dos riscos referidos na apólice.

SINISTRO – Evento ou série de eventos susceptíveis de fazer funcionar as garantias do contrato.

TOMADOR DO SEGURO – A pessoa singular ou colectiva que subscreve o contrato de seguro e que é responsável pelo pagamento dos prémios.

TODOS OS IMPRESSOS AQUI REFERIDOS PODEM SER DESCARREGADOS, DA HOME PAGE DO STI: WWW.STIMPOSTOS.PT