

SEGURO DE SAÚDE ASSP/MULTICARE



Para além da informação geral já indicada (Características e Vantagens, Condições de Adesão, Limites de Idade e Serviço de Apoio ao Cliente), apresenta-se agora informação específica sobre os seguintes pontos:

LIMITES DE IDADE | COBERTURAS, CARÊNCIAS E EXCLUSÕES
PERÍODOS DE CARÊNCIA | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS
PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO | LIMITES, CO-PRESTAÇÕES E REEMBOLSOS
PERGUNTAS FREQUENTES

LIMITES DE IDADE/TERMO DAS GARANTIAS

Se o associado aderir ao Seguro até aos 55 anos, há a possibilidade de beneficiar de seguro vitalício, na condição de o converter em Apólice Individual até aos 65 anos.

Os Associados, e os elementos do respectivo agregado familiar, deixam de estar ao abrigo do Seguro nas seguintes circunstâncias e datas:

- Denúncia/desistência do contrato de adesão ao Seguro;
- Associado e/ou cônjuge completarem 70 anos de idade;
- Abandono/desistência da Associação pelo associado;
- Os filhos completarem os 25 anos de idade, ocorrendo o termo das garantias no final da respectiva anuidade.

COBERTURAS, CARÊNCIAS E EXCLUSÕES

MÓDULO I

- Hospitalização

Cobre actos ou procedimentos médicos e cirúrgicos que impliquem a sua realização em ambiente hospitalar ou ambulatório, outras despesas de internamento e próteses cirúrgicas. **Cobertura sujeita a um período de carência de 90 dias.**

MÓDULO II

- Hospitalização

Ver supra.

- Ambulatório

Engloba os diversos actos médicos praticados em ambulatório, ou seja, aqueles que não exigem ambiente hospitalar. Incluem-se, entre outros:

- consultas médicas gerais e especializadas, urgências e domicílios;
- exames auxiliares de diagnóstico, como análises clínicas, radiografias, ecografias, Tac's, Ressonâncias, etc.

Cobertura sujeita a um período de carência de 90 dias, com as seguintes excepções:

» **Tratamentos sujeitos a período de carência de 12 meses:**

- Esclerose e/ou tratamento cirúrgico de varizes;
- Tratamento cirúrgico de hérnia discal;

- Hemorroidectomia e outros tratamentos às hemorróidas;
- Artroscopia;
- Septoplastia.

» **Tratamentos sujeitos a período de carência de 18 meses:**

- 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;
- Tratamentos cirúrgicos da apneia do sono.

» **Exclusões - Tratamentos não incluídos no Seguro:**

- Tratamentos de foro estomatológico (dentista);
- Psicanálise e psicoterapia;
- Aquisição de calçado ortopédico e correcções ortopédicas;
- Aquisição de Medicamentos.

Não são aplicados Períodos de Carência em duas situações:

- 1 - **Acidente do segurado:** nesta situação, o Seguro passa a vigorar de imediato;
- 2 - **Filhos:** desde que a data de admissão no Seguro (i) coincida com a da admissão do associado; ou (ii) ocorra nos 30 dias subsequentes à do respectivo nascimento.

REGIMES DE PRESTAÇÃO/PROCEDIMENTOS

Para resolver os seus problemas de saúde, o Segurado pode recorrer a:

A) Prestação Directa

O Segurado utiliza os Serviços Médicos da **Rede MultiCare**, pagando unicamente as co-participações previstas no Contrato (Ver **LIMITES...**)

B) Prestação por Reembolso

O Segurado recorre a Serviços Médicos **Fora da Rede** MultiCare (Serviços Privados ou Serviços Públicos de Saúde/SPS), sendo reembolsado posteriormente pela Seguradora das despesas efectuadas, nos termos previstos no Contrato (Ver **LIMITES...**).

O segurado dispõe ainda da Rede de Serviços Complementar de Serviços MultiCare e do Transporte de Urgência.

Os PROCEDIMENTOS A CUMPRIR variam conforme o tipo de serviço de saúde ou médico a que recorrer:

A) SERVIÇOS MÉDICOS DA REDE MULTICARE (Prestação Directa)

Para seleccionar os Médicos e outros Serviços **da Rede MultiCare**, aceda ao site/[Rede de Cuidados de Saúde](#) ou contacte ao Serviço de Apoio ao Cliente.

Não esqueça que para beneficiar das condições de Cliente MultiCare tem de apresentar sempre o seu Cartão MultiCare.

Se por qualquer imprevisto não tiver consigo o referido cartão no momento do acto médico, pode contactar excepcionalmente o **Serviço de Apoio ao Cliente** que lhe indicará um código unicamente válido para essa situação pontual.

Utilizando os Serviços Médicos da Rede Multicare, o Segurado paga unicamente uma co-participação e uma franquia (excepto se recorrer aos SPS); o restante é da responsabilidade do Seguradora até ao limite anual indicado (ver **LIMITES...**).

B) FORA DA REDE MULTICARE/PRIVADOS (Prestação por Reembolso)

Recorrendo a médicos e serviços de saúde **privados**, fora da Rede Multicare, o Segurado é reembolsado em 30%:

A) ou do valor total dos serviços ou consultas **[1ª hipótese];**

B) ou do valor não reembolsado pela ADSE **[2ª hipótese].**

Em ambos os casos até ao limite anual indicado (ver **LIMITES...**).

A) Se optar pela 1ª hipótese:

Envie directamente os originais dos recibos e das prescrições para a MultiCare.

B) Se optar pela 2ª hipótese*:

- Fotocopie os recibos e as prescrições (se as houver);
- Entregue os **originais** na escola/ADSE;
- Solicite na escola/ADSE a **autenticação das fotocópias****,
- Solicite à ADSE uma **declaração** indicando o valor não reembolsado.
- Envie as fotocópias e a declaração para a MultiCare,

***A 2ª hipótese** é altamente mais vantajosa para o segurado pois é reembolsado 2 vezes: pela ADSE e pelo Seguro. Optando pela 1ª hipótese recebe unicamente do Seguro.

****Autenticação das fotocópias:** com a indicação "o original foi entregue na ADSE"; data; assinatura do funcionário e carimbo a óleo.

C) SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

O seguro reembolsa a totalidade das despesas pagas pelo Segurado até ao limite indicado (Ver **LIMITES...**).

Envie os **originais** dos recibos e prescrições para a MultiCare.

PRAZOS DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

Envie os recibos e prescrições, ou as fotocópias e declarações, para a Seguradora no prazo de 4 meses, a contar da data neles inscrita.

Endereço: Ver SERVIÇO DE APOIO AO CIENTE

MODO DE REEMBOLSO DAS DESPESAS

Os reembolsos são processados mensalmente e creditados directamente na conta bancária do segurado.

-> Rede Complementar de Serviços

Para se informar sobre esta Rede de Serviços, aceda ao site/Serviços/[Rede de Serviços Complementar](#) ou contacte o Serviço de Apoio ao Cliente. As vantagens consistem em **descontos** que lhe serão aplicados no acto de pagamento dos produtos ou serviços adquiridos, mediante a identificação como Cliente MultiCare (pela apresentação do cartão).

-> Transporte de Urgência

Em ambos os Módulos está incluído o **Transporte de Urgência** em ambulância ou outro meio adequado, caso se verifique a impossibilidade de deslocação do segurado pelos seus próprios meios. Contudo, em situações destas, é **obrigatório contactar previamente** o Serviço de Apoio ao Cliente a solicitar o transporte.

Atenção: estas despesas não são alvo de reembolso.

PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO

Há necessidade de **Pedidos de Autorização** prévia para alguns actos médicos.

Os pedidos, a endereçar à **MultiCare**, devem ser devidamente fundamentados pelo Segurado mediante prescrição médica, especificando as razões dos actos médicos que pretende realizar.

Após aprovação pelo Departamento Técnico, é emitida uma **Autorização**, que pode ser comunicada ao Segurado telefonicamente.

Actos/Serviços sujeitos a Pedidos de Autorização prévia:

- Consultas no Domicílio;
- Consultas de Psiquiatria;
- Genética;
- Medicina Nuclear;
- Ressonância Magnética;
- Polissonografia;
- Radioterapia;
- Meios Invasivos de Diagnóstico e/ou Terapêutica em Cardiologia;
- Meios Invasivos de Diagnóstico e/ou Terapêutica Vascular;
- Medicina Física e Reabilitação;
- Transporte de Urgência

LIMITES, CO-PARTICIPAÇÕES E REEMBOLSOS...

MÓDULO I

- HOSPITALIZAÇÃO

Coberturas	Limite anual	Rede MultiCare		Reembolso	
		Cliente	Seguro	Fora da Rede	SPS
Intervenções cirúrgicas em internamento	12000 €	200 € por cirurgia	100% do restante	30%	100%
Intervenções cirúrgicas em ambulatório					
Outras despesas de Internamento					
Próteses cirúrgicas					

MÓDULO II

- HOSPITALIZAÇÃO - Idem Módulo I

- AMBULATÓRIO

Coberturas	Limite anual	Rede MultiCare		Reembolso	
		Cliente	Seguro	Fora da Rede	SPS
Consultas de Cuidados Primários	1000 €	12,50 €	100% do restante	30%	100%
Consultas Especialidade		15,00 €			
Urgências		37,50 €			
Domicílios		25,00 €			
Análises (<i>cada uma</i>)		1,50 €			
Anatomia Patológica		5,00 €			
RX		5,00 €			
Ecografias		10,00 €			
Medicina Nuclear		12,50 €			
TAC		25,00 €			
Ressonância Magnética		62,50 €			
Outros EAD's *		10%			
Fisioterapia (<i>sub-limite</i>)		(500 €) **			
Consultas de Psiquiatria	6 Individual 12 Grupo	15,00 €			

Nota – as despesas em **Ambulatório** estão sujeitas a **franquia anual de 75 Euros/ano**; exceção: as despesas realizadas nos SPS.

* EAD's – Exames Auxiliares de Diagnóstico

** Sub-limite incluído no limite anual dos 1000 €.

Limite anual: valor anual máximo coberto pelo Seguro (=Capital coberto).

Cliente: Co-participação suportada pelo segurado.

Seguro: Seguradora

Fora da Rede: Serviços Médicos Privados

SPS: Serviços Públicos de Saúde

PERGUNTAS RECORRENTES / RESPOSTAS

- Quando é que o seguro entra em vigor?

Formalmente o seguro entra em vigor apenas receba o Cartão MultiCare; em termos práticos, só depois de passados os períodos de carência indicados para cada risco/doença concreta. Para o efeito consulte COBERTURAS

- Porque é que, quando se recorre a serviços Fora da Rede MultiCare é mais vantajoso optar pela 2ª hipótese? E se eu enviar os originais logo para a MultiCare?

Se proceder como é indicado na **2ª hipótese**, receberá muito mais dinheiro: recebe da ADSE e recebe do Seguro. Se enviar só para a MultiCare, recebe menos dinheiro. Um exemplo: vai ao seu cardiologista, médico privado sem acordo com a MultiCare, e paga 100 €. Ao optar pela 2ª hipótese, receberá da ADSE (por exemplo) 30 €; e recebe do Seguro mais 21 € (30% do valor não reembolsado pela ADSE) - **um total de 51 €**. Enviando os originais directamente para a MultiCare recebe desta unicamente 30 € (30% do valor da consulta). É preciso dizer mais?

- Temos direito a receber uma declaração do seguro para efeitos de IRS?

De acordo com o Código de IRS, um seguro de saúde dá direito a 2 declarações ou a uma declaração dupla: com a indicação do prémio anual pago pelo cliente; e com a indicação dos montantes não comparticipados pela Seguradora. Se por acaso não receber estas declarações, contacte a Seguradora e solicite-as.

- O que são os Períodos de Carência?

É o período de tempo que medeia entre a data da aceitação como segurado e a data em que começa a beneficiar das vantagens/direitos do seguro. Todos os seguros de saúde apresentam este mecanismo, aliás absolutamente legal. As seguradoras consideram-no uma salvaguarda necessária para evitar que as pessoas, estando já doentes, se segurem para logo a seguir recorrerem a um acto médico às vezes de custo superior ao valor do prémio pago...

- No ambulatório paga-se uma franquia de 75 €. O que é a franquia e porquê?

As seguradoras são confrontadas muitas vezes com situações de pagamento de montantes anuais aos segurados equivalentes ou superiores ao valor do prémio pago pelos clientes. A franquia é assim um mecanismo de compensação para este facto possível: é uma taxa ou montante anual cobrado/deduzido às indemnizações ou reembolsos devidos aos segurados. Não será agradável, mas não há alternativa; é um acto legal e é uma prática comum a todas as seguradoras. Quem tem seguro de habitação ou outro, sabe como é...

- Qual as principais diferenças entre Seguro Individual e Seguro de Grupo?

Um Seguro é um contrato individual quando o tomador do seguro é uma pessoa singular (o seu seguro automóvel, por ex.); é um contrato de grupo quando o tomador é a instituição que celebra o acordo com a seguradora. É o nosso caso.

Um seguro de grupo tem uma vantagem evidente: o prémio anual a pagar pelos aderentes é sempre, mas sempre, mais barato.

- Se eu perder o Cartão MultiCare o que é que eu tenho de fazer?

Ligar para o Serviço de Apoio ao Cliente e pedir uma 2ª via. Se entretanto precisar de fazer alguma consulta, ligue para o mesmo Serviço solicitando um código de substituição do cartão, válido unicamente para o acto médico em curso.

- Se eu quiser desistir do seguro, como é que eu faço?

Simples: comunica-nos a decisão por carta e devolve-nos o cartão MultiCare.

- Se eu desistir de associado o que devo fazer para continuar no seguro?

Se desistir de associado e for cliente do seguro perde automaticamente o direito a este seguro de grupo, devendo devolver imediatamente o Cartão MultiCare. Para poder continuar a usufruir do seguro de saúde MultiCare deve contactar Serviço de Apoio ao Cliente e agir em conformidade com as indicações que forem dadas. Mas vai pagar muito mais.