



TRANQUILIDADE



OTOC
ORDEM DOS TÉCNICOS
OFICIAIS DE CONTAS

BOLETIM ESCLARECIMENTOS II

Planos I, II e III (a subscrever pelo TOC)

Após 01.08.2010

PERGUNTAS FREQUENTES

O que é o seguro de saúde da OTOC em regime de upgrade?

É um seguro de saúde negociado pela OTOC com a Companhia de Seguros Tranquilidade, com condições únicas e excepcionais no mercado, que proporciona o acesso dos Membros da OTOC e respectivos agregados familiares, à subscrição de 3 opções de seguro de saúde de acordo com as suas necessidades.

O que oferece o seguro de saúde da OTOC em regime de upgrade?

No seguro de upgrade o TOC pode escolher para si e/ou para o seu agregado familiar um conjunto de coberturas, desde as mais simples até à protecção mais completa, em função das suas necessidades.

Desde 01.08.2010 existe um novo plano de garantias a vigorar para este seguro.

Para o TOC estes planos são complementares ao Plano Base/Plano 0 (seguro oferecido pela OTOC).

Como funcionam os vários planos?

Os planos de upgrade funcionam sempre de forma crescente, desde uma oferta mais simples a uma oferta que assegura o máximo de protecção.

Para o TOC os planos de upgrade funcionam sempre em complemento do Cartão BES/OTOC (Plano Base). Assim, o capital de Hospitalização que lhe é atribuído está associado ao Cartão BES/OTOC (€50.000).

Para o TOC e seu agregado o *plafond* máximo de Hospitalização é sempre de €50.000, quer seja em Território Nacional, quer seja, aderindo a Rede Internacional.

No Plano 1 ou UG I, acrescem as coberturas de Ambulatório e Medicamentos.

No Plano 2 ou UG II, é anulada a aplicação da primeira franquia na cobertura de Hospitalização e acresce Estomatologia, assim como a cobertura de 2ª Opinião Médica.

No Plano 3 ou UG III acresce a Rede Médica em Espanha, em regime Ambulatório e Internamento Hospitalar, a Rede Convencionada United Healthcare (E.U.A), em sede de Internamento Hospitalar, a cobertura de Parto e de Próteses e Ortóteses.

No Plano 1 existe uma franquia de €1.000 por Internamento/Intervenção Cirúrgica. No caso de agregados que adiram a estes upgrades, existe também a franquia de €1.000 apenas no UG1, por internamento/intervenção cirúrgica.

No entanto, caso a Pessoa Segura recorra a comparticipação prévia, para todo o tipo de despesas, da A.D.S.E., A.D.M.E., S.A.M.S., S.M.S. Seguros ou outras instituições equiparadas, a franquia por Internamento Hospitalar, será de **€750**.

Novo Plano de Garantias – em vigor após 01.08.2010

Planos Upgrade OTOC

Garantias	Comparticipação da Tranquilidade		Limite de Indemnização por pessoa por anuidade	Outras Condições	
	Rede	Fora da Rede			
Hospitalização	90%	90%	50.000 €	Rede: Fora de Rede: K máximo de 7€	Franquia de €1.000/internamento/intervenção cirurgica
Ambulatória				Rede: Co-pagamento de 13€ consultas Co-pagamento de 25€ consultas urgencia Fora de Rede:	Franquia Anual de 30€/pessoa
Consultas	100%	60%	5.000 €	Fora de Rede:	
Outras Despesas	80%	60%		Máximo Consulta de €35	
Medicamentos	---	80%	400 €	Franquia de 3€ por receita	
Assistência Médica ao Domicílio	Co-pagamento de 15 € por consulta				
Estomatologia				Rede: Co.pagamento de 13€ por visita	Fora de Rede: Franquia Anual de 50€/pessoa
Visitas	100%	60%	400 €		
Outras Despesa	90%	60%			
Cobertura de Segunda Opinião Médica					
Parto	90%	60%	2.500,00 €		
Próteses e Ortóteses	-	80%	1.500 €	Limite anual por pessoa em ortoteses oculares de 400€	
Cobertura Internacional					

Quem é que paga o seguro de saúde em regime de upgrade?

Quando o TOC subscreve o seguro de saúde em regime de upgrade, para si e/ou para o seu agregado familiar, o Tomador de Seguro é sempre o TOC.

O que devo fazer para subscrever este seguro?

Deve preencher uma proposta, que encontrará no site da OTOC. Sugerimos contacto com a AVS – Corretor de Seguros, que melhor o poderá acompanhar e esclarecer eventuais dúvidas sobre a subscrição deste seguro. Para esse efeito encontra os contactos na última página deste boletim.

Qual a idade limite de adesão ao seguro de saúde?

A idade limite para inclusão no seguro de saúde é de 64 anos.

E o limite de permanência?

A idade limite de permanência no seguro de saúde para o Membro e seu conjugue é de 75 anos. A idade limite para os descendentes é de 25 anos.

Os meus descendentes podem ser incluídos no seguro de saúde?

O TOC tem à sua disposição, e do seu agregado, 3 planos alternativos de seguro de saúde onde pode incluir os seus descendentes até à idade limite de permanência no seguro.

Pode incluir os seus agregados na altura da subscrição do seguro, na data de renovação do seu seguro, aquando o casamento ou União de facto ou por nascimento de descendente.

Quando posso fazer alterações ao meu seguro/contrato?

As alterações à apólice de seguro, só podem ser efectivadas na data de renovação, mediante a apresentação de um pedido de alterações que deve chegar às entidades competentes com o limite de 30 dias antes da data de renovação.

Quando posso proceder à exclusão de uma pessoa segura no meu contrato?

Durante a vigência do contrato, o Tomador de Seguro pode pedir, por escrito, a exclusão de uma pessoa segura do agregado familiar. A exclusão só produzirá efeito na data de renovação do contrato.

Os meus ascendentes podem ser incluídos no seguro de saúde?

No seguro, em regime de upgrade suportado pelo TOC, só pode ser incluído o agregado familiar. Este define-se como o conjunto de pessoas constituído pelo Membro, o seu cônjuge ou pessoa que com ela viva em união de facto, e os filhos menores e solteiros (ou, não sendo menores, até ao limite de idade de 25 anos, desde que sejam estudantes, incluindo adoptados, tutelados e curatelados), que com ele coabitem.

Assim, não é possível incluir os ascendentes neste seguro.

Quando é que tem início este seguro?

A data início do seu seguro, será validada aquando da entrada da proposta original, devidamente preenchida e assinada, em qualquer uma das entidades competentes.

Quando posso utilizar o seguro subscrito por mim (TOC)?

O seguro tem data início na data de formalização da sua adesão, mas comporta um período de carência geral de 90 dias, ou 300 dias para a cobertura de Parto, durante o qual as eventuais despesas de saúde não estão cobertas pelo seguro, excepto em situação de acidente que requeira tratamento de urgência.

O que é o período de carência?

Considera-se Período de Carência o espaço de tempo, que medeia entre a data início do seguro e a data em que as coberturas podem ser devidamente accionadas, ou seja, durante os primeiros 90 dias de vigência do contrato não pode utilizar os benefícios do mesmo, dado que as coberturas contratualizadas só estarão activas 90 dias depois.

Qual é o período de carência?

Será sempre de 90 dias em geral, e de 300 dias para quem optar por um plano com cobertura de Parto.

No caso de ter um outro seguro de saúde também são aplicáveis os períodos de carência?

Sim, o protocolo da OTOC, apenas permite seguros novos, pelo que os períodos de carência são sempre obrigatórios e intransponíveis.

Como é que me reconhecem como beneficiário do seguro de saúde?

• TOC

Em todos os contactos com os prestadores o TOC:

- No caso de accionar a cobertura de Hospitalização: deve apresentar ambos os Cartões de Saúde – **(i) Cartão BES/OTOC para o Plano 0 e (ii) Cartão de Saúde** para qualquer dos planos de upgrade, que permitem identificar o seu número de pessoa segura.
- No caso de outras coberturas: deve apresentar o Cartões de Saúde Tranquilidade para qualquer dos planos de upgrade que permitem identificar o seu número de pessoa segura.

Também nos contactos com a **Linha do Seguro de Saúde** (707 786 778) ou preenchimento de impressos de reembolso de despesas deve informar/ fazer constar os seus números de pessoa segura inscritos em ambos os cartões.

• Agregado

Em todos os contactos com os prestadores a Pessoa Segura deve apresentar o seu Cartão de Saúde Tranquilidade que permite identificar o seu número de beneficiário e usufruir das garantias associadas aos planos.

O que devo fazer se precisar de usar o seguro e ainda não tiver recebido o cartão?

O Cartão BES/OTOC é o que o identifica como beneficiário do seguro de saúde. Assim, caso necessite de recorrer ao seguro e ainda não tiver recepcionado o cartão deve ligar para a AVS que o informará do seu número de identificação de pessoa segura. Com esse dado em sua posse pode dirigir-se a qualquer prestador da rede e acionar o seguro.

Quais as garantias que podem ser cobertas pelo seguro?

De acordo com o plano que optar (UG I, UG II ou UG III) pode ter diferentes garantias, designadamente:

- **Hospitalização** – garantia das despesas efectuadas em consequência de internamento numa unidade hospitalar. Ficam incluídas as despesas com cirurgias ou tratamentos de quimioterapia realizados em regime ambulatorio e as despesas de internamento motivadas por doenças do foro psíquico no máximo de 15 dias por anuidade;
- **Ambulatório** – cobertura das despesas com cuidados médicos ambulatorios, incluindo consultas de clínica geral e especialidade, exames, análises e tratamentos;
 - As consultas de ginecologia e ecografias ginecológicas ficarão limitadas, nos planos sem a cobertura de parto, ao máximo de 3 por anuidade, a mais que se comprove a existência de uma doença deste foro.
 - As consultas com médicos do foro psíquico também são cobertas, até ao máximo de 3 por anuidade.
- **Parto** – garantia de todas as despesas relacionadas com o Parto
- **Estomatologia** – garantia das despesas relacionadas com estomatologia, decorrentes de consultas e tratamentos, intervenções cirúrgicas e próteses dentárias;
- **Próteses e Ortóteses** – comparticipação de despesas com óculos e lentes de contacto, próteses e ortóteses ortopédicas e auditivas e com o aluguer ou aquisição de cadeiras de rodas e camas articuladas;
- **Medicamentos** – reembolso de despesas realizadas com medicamentos, registados no INFARMED ou entidades similares, desde que prescritos por um médico. Não estão cobertas vacinas de qualquer tipo e respectiva aplicação, excepto em relação às previstas no Programa de Medicina Preventiva (Plano Nacional de Vacinação);
- **Rede Espanhola**
- **Rede Internacional (United HealthCare);**
- **Segunda Opinião Médica;**
- **Assistência Médica ao Domicilio;**

O que é a Rede Internacional?

É a cobertura das despesas de hospitalização e ambulatório na rede de prestadores da Sanitas, em Espanha, e na United HealthCare nos Estados Unidos da América. Através da Cobertura Internacional o Cliente pode ter acesso a uma rede de prestadores de cuidados médicos nos Estados Unidos da América, através de uma das maiores seguradoras da área da saúde de todo o mundo, a United HealthCare, pomos à disposição do Cliente os melhores médicos e hospitais de cada área de especialidade, com reputação a nível internacional, como o Mount Sinai Hospital

em Nova Iorque, o MD Anderson Cancer Centre em Houston ou o Children Memorial Hospital em Chicago.

O que é a Rede Espanhola?

É a rede de prestadores da Sanitas em Espanha (com mais de 20.000 médicos e 520 clínicas/hospitais).

O que é a Segunda Opinião Médica?



É uma cobertura assente em dois serviços inovadores:

- ***InterConsulta***: acesso no caso de diagnóstico de uma doença grave a uma 2ª opinião de aconselhamento médico com um dos melhores especialistas mundiais. Perante o diagnóstico de uma doença grave, o Cliente acede a este serviço via telefone, sendo-lhe feito um questionário e feita a constituição física do seu processo clínico, o qual é enviado para um dos 5 melhores especialistas mundiais da especialidade, que emitem um relatório médico sobre a situação.
- ***InterSaúde***: assegura a assistência na gestão logística nas deslocações ao estrangeiro. Na posse do relatório dos melhores especialistas mundiais, o Cliente acede a este serviço via telefone de forma a ser observado/ tratado pelo melhor especialista; para o efeito a BestDoctors encarrega-se da organização logística da deslocação do doente – incluindo marcação de viagem, alojamento, consulta, cirurgia, contratação de tradutor, etc., cujos custos associados, serão sempre da integral responsabilidade do Cliente.

Em que consiste a Assistência Médica ao Domicílio?

Inclui o envio de médico ao domicílio, o transporte de ambulância e o aconselhamento médico.

O que é o “K” mencionado na cobertura de Hospitalização?

É o valor de referência do preço de cada acto médico, publicado no Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos da Ordem dos Médicos em 1997, sendo constituído por um valor máximo, um mínimo e um valor médio. O valor do acto médico obtém-se multiplicando o número de K atribuído a esse acto pelo valor estabelecido para o K. Neste produto é utilizado o valor do K médio, cujo valor fixamos em €7.

O que é uma franquia?

É a importância que, em caso de sinistro, fica a cargo do Membro.

Exemplo 1 – Sem recurso prévio a outro sistema de saúde

- Total da despesa = €40.000
- Franquia = €1.000
- Reembolso à Pessoa Segura (90%) = $(€40.000 - €1.000) \times 90\% = €39.000 \times 90\% = €35.100$

Exemplo 2 – Com recurso prévio a outro sistema de saúde

- Total da despesa = €40.000
- Participação da ADSE = €5.000
- Total da despesa a cargo da Pessoa Segura = €40.000 - €5.000 = €35.000
- Franquia = €750
- Reembolso à Pessoa Segura (90%) = (€35.000 - €750) x 90% = €34.250 x 90% = €30.825

O que é uma participação?

É a percentagem, ou valor máximo, de despesas médicas garantidas pelo contrato que ficam a cargo da Tranquilidade.

Posso escolher livremente o médico a que quero ir em Portugal ou no estrangeiro?

A escolha do médico, em Portugal ou no estrangeiro é livre. No entanto, para a cobertura de Hospitalização, é sempre necessária uma pré-autorização por parte da entidade que gere os sinistros de saúde – a AdvanceCare – antes da realização do acto cirúrgico.

O que é a rede de prestadores (AdvanceCare)?

É o conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, e outras unidades de saúde que têm um acordo de prestação de serviços com a AdvanceCare.

O que é a AdvanceCare?

É a empresa constituída pela Tranquilidade, outras seguradoras e a United Health Care, uma das maiores companhias de seguros da área da saúde, dos Estados Unidos da América. A AdvanceCare tem a seu cargo a constituição e gestão da rede de prestadores, a resolução dos pedidos de participação de despesas médicas e a prestação de uma série de serviços relacionados com cuidados de saúde.

Quais as vantagens de recorrer à rede de prestadores?

A utilização da rede de prestadores é mais cómoda para o Cliente não só porque o segurado só terá de desembolsar o montante a seu cargo, sendo a parte a cargo da Tranquilidade paga directamente pela AdvanceCare ao prestador, mas também porque as percentagens de participação de despesas médicas são mais elevadas dentro da rede do que fora da rede de prestadores.

Isto, aliado ao facto de que, na medida em que existe um acordo com a Tranquilidade, os preços praticados aos nossos Clientes são mais baixos do que os preços praticados junto do público em geral, torna-se particularmente benéfico.

Onde posso consultar a rede de prestadores?

Em www.advancecare.pt consulte onde diz “Redes Advancecare” – “Rede Médica Nacional” – “Seguradora: Tranquilidade” – “Produto: Sanos”.

O que é uma *pré-autorização*?

É a aprovação dada pelos serviços clínicos da Tranquilidade, quando exigível nos termos da apólice, para a utilização de alguns cuidados de saúde, que implicam a prévia autorização da AdvanceCare. Esta autorização deve ser solicitada pelos próprios prestadores (médicos) quando for utilizada a rede de prestadores, ou pelo segurado quando este utilizar serviços clínicos fora da rede.

Através da Linha do Seguro de Saúde (707 786 778), o cliente deve obter autorização para a realização de certos actos médicos. A área de gestão de sinistros de saúde da AdvanceCare procede a uma análise da informação e verifica se o acto médico que está a ser pedido é clinicamente necessário – consoante o enquadramento das Condições Gerais do seguro - e está adequado à situação descrita.

Quais os casos em que necessito de uma *pré-autorização*?

Carecem de autorização a hospitalização, cirurgia ambulatória, quimioterapia, fisioterapia e terapia da fala. Se por uma situação de urgência não for possível solicitar a pré-autorização, devem ser contactados a Linha acima referida, no prazo máximo de 48h ou no prazo mais curto de período de tempo possível.

Quais as principais exclusões?

- Doenças pré-existentes ou acidentes ocorridos antes da data de inclusão no seguro;
- Tratamentos de cirurgia estética ou plástica, tratamentos de rejuvenescimento ou emagrecimento;
- Tratamentos de infertilidade ou métodos de fecundação artificial;
- Hemodiálise, transplante de órgãos e S.I.D.A. e suas implicações;
- Curas de repouso, exames de rotina e check-up;
- Doenças epidémicas oficialmente declaradas;
- Tratamentos não reconhecidos pela Ordem dos Médicos Portuguesa;
- Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura.

No entanto, esta informação não dispensa a leitura integral das Condições Gerais, Especiais e Particulares para ter uma informação mais completa

O que é doença pré-existente?

É a doença manifestada antes do início do contrato e que o Cliente seja portador à data de início do mesmo.

Se tiver dúvidas sobre o seguro, após ter aderido, o que devo fazer?

Poderá sempre contactar a **Linha do Seguro de Saúde** (707 786 778) através da qual pode aceder a informações sobre:

- Coberturas e capitais do seguro;
- Médicos, clínicas e outros prestadores de cuidados médicos da rede de prestadores;
- Processos de comparticipação de despesas médicas;
- Pré-autorizações;

- Pagamento de prémios

Outras Informações importantes:

-

-Atenda a que deve assegurar que a sua conta bancária deve estar devidamente provisionada na data de renovação do contrato. O não pagamento do prémio conduz a anulação da sua apólice.

REGRAS E PROCEDIMENTOS DE ADESÃO

- A adesão é facultativa;
- O TOC e o seu agregado poderão optar por um dos planos de upgrade. Este plano tem de ser comum ao TOC e seu respectivo agregado familiar;
- Tomador de seguro: TOC;
- Qualquer adesão a um plano de Upgrade implica sempre preenchimento de proposta de adesão (obrigatoriamente);
-

• CANAIS DE ADESÃO AO SEGURO

Site OTOC:

Imprima sempre o Boletim de Adesão e preencha-o de forma **completa**, assinando-o no final

Envie o Boletim de Adesão devidamente preenchido e assinado para a AVS (ver morada no fim deste documento).

Delegações da OTOC:

Solicite o Boletim de Adesão disponível nas Delegações da OTOC e preencha-o de forma **completa**, assinando-o no final

Deixe o Boletim de Adesão devidamente preenchido e assinado em qualquer Delegação da OTOC

Delegações da AVS Corretores de Seguros:

Solicite o Boletim de Adesão disponível nas Delegações da OTOC e preencha-o de forma completa, assinando-o no final

Deixe o Boletim de Adesão devidamente preenchido e assinado em qualquer escritório da AVS

- Será emitida uma apólice por cada agregado familiar;
- A data início do seguro será a data de entrada da proposta original, junto das entidades competentes;
- A alteração de plano só é permitida na data de vencimento da apólice;
- Alertamos que para a Cobertura Internacional, é indispensável a autorização de débito em conta, conforme consta da declaração individual do seguro de saúde;

- Os planos de upgrade detêm um cartão Tranquilidade, emitido pela Advancecare com tempo de emissão de cerca de 15 dias úteis após a inclusão do aderente/agregado
- Se o TOC deixar de ser Membro da OTOC, qualquer upgrade subscrito cessa na data de exclusão do Plano Base;

PROCEDIMENTOS PARA ACCIONAR O SEGURO

1. Nas prestações convencionadas (dentro de rede)

- Seleccionar um prestador da Rede de Prestadores indicado pela Tranquilidade;
- Apresentar o seu cartão de saúde quando receber serviços clínicos no prestador;
- Pagar ao prestador a parte da despesa que fica a seu cargo.

2. Nas prestações indemnizatórias (fora de rede) – Reembolso

- Apresentar o impresso de sinistros devidamente preenchido;
- Apresente sempre os **recibos originais** das despesas efectuadas; Estes devem obrigatoriamente indicar o nome da pessoa a quem respeita, discriminar os serviços prestados (consulta, acto médico praticado, descrição das análises, radiografias, tratamentos realizados), a especialidade médica e obedecer às normas legais, nomeadamente de natureza fiscal;
- Para efeito de emissão de Termo de Responsabilidade deverá ser solicitada a pré-autorização junto do Administrador / Tranquilidade, de acordo com o disposto nas respectivas Condições Especiais aplicáveis,

Note: Tem um prazo de 180 dias para apresentar as despesas, conforme artº 19, das Condições Gerais.

3. Complementaridade

Caso um Participante seja beneficiário da ADSE, ADME, SAMS, ARS/SMS ou outras Instituições equiparadas, deverá igualmente apresentar na Tranquilidade fotocópia dos documentos referidos nos parágrafos anteriores, bem como um documento original comprovativo da parte da despesa não reembolsada ao abrigo do subsistema ou contrato de seguro anteriormente accionado.

CONDIÇÕES GERAIS

As Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao seguro de saúde subscrito pelos TOC em regime de up-grade para si ou membros do agregado familiar são o Mod. 280/021 – Maio 2009 ou Mod. 280/021- Agosto 2010 conforme data de subscrição do seu seguro.

CONTACTOS AVS CORRETORES DE SEGUROS

Se tiver dúvidas sobre o seguro, antes de ter aderido o que devo fazer?

Contactar a **AVS- Corretores de Seguros, S.A.**

LISBOA

Pedro Miguel Marques

Linha TOC - Telefone: 21 114 84 45

Nº de Fax: 21 114 84 49

assist.toc@avs-seguros.pt

PORTO

porto@avs-seguros.pt

Nº de Telefone: 22 004 55 46

Nº de Fax: 22 004 55 19

COIMBRA

coimbra@avs-seguros.pt

Nº de Telefone: 239 838 368

Nº de Fax: 239 838 361

PORTIMÃO

portimao@avs-seguros.pt

Nº de Telefone: 282 480 340

Nº de Fax: 282 480 349

FUNCHAL

funchal@avs-seguros.pt

Nº de Telefone: 291 233 872

Nº de Fax: 291 224 356