



OTOC
ORDEM DOS TÉCNICOS
OFICIAIS DE CONTAS

BOLETIM ESCLARECIMENTOS **Anuidade de 01.04.2015 a 31.03.2016**

Plano Base - oferecido pela OTOC

O que é este seguro?

Este seguro de saúde foi negociado em 2007 pela OTOC com o Novo Banco. Todos os Toc's que tenham a sua inscrição devidamente regularizada e comunicada pela Ordem, recebem um cartão que os identifica para efeitos do seguro de Saúde.

Quando receberei este novo cartão?

Após comunicação da sua adesão ao seguro pela OTOC à Companhia de Seguros Tranquilidade, será emitido cartão, o qual será remetido para a morada que consta no sistema da OTOC.

Como poderei ter acesso ao cartão de Saúde?

Serão emitidos cartões para os novos Membros com direito ao seguro em cada anuidade. Até lá prevalecem os cartões que já se encontram na posse dos Membros.

Mais informamos que não é necessário preencher qualquer ficha de adesão, para este Plano Base, pois a sua inscrição é feita diretamente pela OTOC.

O que oferece o seguro de saúde da OTOC?

Na anuidade de 01/04/2015 a 31/03/2016, o Plano Base oferecido pela OTOC, contempla uma Cobertura de Hospitalização com um capital de 50.000€/ano.

O membro suporta uma franquia de **1.250€ por internamento/intervenção cirúrgica**, que incidirá sobre o montante a cargo da Pessoa Segura e, 10% ou 30% da despesa verificada com o internamento, de acordo com a utilização da Rede convencionada ou de Prestadores não convencionados. No entanto, caso o Membro recorra a comparticipação prévia, para todo o tipo de despesas, da A.D.S.E., A.D.M.E., S.A.M.S., S.N.S. Seguros ou outras instituições equiparadas, a Franquia por Internamento Hospitalar, será de **750€** e incidirá sobre o montante a cargo da Pessoa Segura.

Poderá ainda usufruir de 5 consultas de ambulatório, nomeadamente Consultas de Clínica geral e especialidade, com exceção de Consultas de Urgência, Obstetrícia e Estomatologia/Maxilo facial ou aquelas que se encontram excluídas.

Plano Base

Garantias	Comparticipação da Tranquilidade		Limite de Indemnização por pessoa por anuidade	Outras Condições
	Rede	Fora da Rede		
Hospitalização (1)	90%	70%	50.000 €	K máximo de € 7 (2)
Ambulatória (3)				Rede*: Copagamento de 15 € por consulta
Consultas **	100%	70%	5 Consultas	Fora de Rede: Máximo reembolsável por consulta de 22,50 €

(1) Existe uma franquia por Internamento/Intervenção cirúrgica de 1.250€, que incidirá sobre o montante a cargo da Pessoa Segura. Se a Pessoa Segura recorrer a participação prévia, para todo o tipo de despesas, da A.D.S.E., A.D.M.E., S.A.M.S., S.N.S. Seguros ou outras instituições equiparadas, a Franquia por Internamento Hospitalar, será de 750€ e incidirá sobre o montante a cargo da Pessoa Segura.

(2) De acordo com o estipulado no Artº 5º da Condição Especial de Despesas de Hospitalização, o valor do K será atualizado de acordo com o Código de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos, publicado pela Ordem dos Médicos em 1997.

(3) * Rede OTOC Base

**exceção de Consultas de Urgência, Obstetrícia e Estomatologia/Maxilo facial ou aquelas que se encontram excluídas.

Qual a idade limite de adesão ao seguro de saúde?

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

E o limite de permanência?

A idade de permanência no seguro de saúde para o Membro é de 75 anos.

Os meus descendentes podem ser incluídos no seguro de saúde?

O seguro de saúde que a OTOC oferece é só para os seus Membros, no entanto tem à disposição três planos de seguro, que pode optar por subscrever e incluir o seu agregado. Para mais pormenores, consulte o Boletim de esclarecimentos dos planos I, II e III ou a Solução Corretores de Seguros (vide contacto no fim).



OTOC
ORDEM DOS TÉCNICOS
OFICIAIS DE CONTAS

O que é um 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 acionadas, 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 ativas 90 dias depois.

O que é uma franquia e copagamento?

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

O que é uma comparticipação?

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

Posso escolher livremente o médico a quero ir?

Terá total liberdade de escolha do médico, estando este integrado ou não na nossa Rede de Prestadores Convencionados em Portugal.

No caso de ter um seguro de saúde noutra seguradora, também são aplicáveis os períodos de carência?

São sempre aplicáveis os períodos de carência estipulados.

O que é a rede de Prestadores?

Conjunto de prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente médicos, hospitais, clínicas, centros de diagnóstico e outras unidades de saúde que têm um acordo de prestação de serviços com a AdvanceCare. A utilização da rede de prestadores é mais cómoda para o cliente visto que o Segurado só terá de desembolsar o montante a seu cargo, sendo a parte a cargo da Tranquilidade paga diretamente pela AdvanceCare ao prestador, e ainda porque as percentagens de comparticipação de despesas médicas são mais elevadas dentro da rede do que fora da rede de prestadores.

Onde posso consultar a rede de prestadores?

Em www.advancecare.pt consulte onde diz “Redes Advancecare” - “Rede Médica Nacional” - “Seguradora: Tranquilidade” - “Produto: OTOC Base”

Para a cobertura de Ambulatório a Rede de Prestadores a consultar é identificada como Rede Essencial. Deve validar junto da Linha o seu médico para garantir que se encontra convencionado, caso pretenda beneficiar das vantagens associadas.



OTOC
ORDEM DOS TÉCNICOS
OFICIAIS DE CONTAS

Qual a diferença entre recorrer a médicos da rede de prestadores ou médicos fora da rede?

O maior benefício de recorrer a médicos na rede de prestadores é o facto de o cliente não ter de desembolsar a totalidade do montante da despesa. Apenas tem que pagar o montante a seu cargo, sendo o remanescente pago diretamente pela Tranquilidade ao prestador.

Por outro lado, na rede de prestadores, 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, o que é particularmente relevante quando é uma percentagem da despesa que fica a cargo do cliente. Contudo, alertamos que para beneficiar dos valores de Rede, tem de obrigatoriamente apresentar o seu número de cartão de saúde. A não apresentação desta identificação mesmo que em Prestadores integrados na Rede Convencionada, que origem faturação em valores que não sejam convencionados, caso passíveis de comparticipação, serão sempre em percentagem fora de Rede.

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.

Quais os casos em que necessito de uma Pré-Autorização?

Carecem de autorização os seguintes atos médicos:

- Hospitalização, cirurgias e quimioterapia;

Obrigatoriamente se recorrer a rede, preferencialmente se recorrer a fora de rede.

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, adiante especificados, e 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 do Serviço de Assistência a Clientes (707 78 20 50), o cliente deve obter autorização para a realização de certos atos médicos. A AdvanceCare procede a uma análise da informação e verifica se o ato médico que está a ser pedido é garantido - consoante o enquadramento das Condições Gerais do seguro - e está adequado à situação descrita.

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;



OTOC
ORDEM DOS TÉCNICOS
OFICIAIS DE CONTAS

- Hemodiálise, transplante de órgãos, S.I.D.A. e suas implicações;
- Tratamentos não reconhecidos pela Ordem dos Médicos Portuguesa;
- Despesas realizadas com médicos que sejam cônjuge, pais, filhos ou irmãos da Pessoa Segura.

No entanto, **deve sempre consultar as Condições Gerais e Especiais**, para ter uma informação mais completa.

LINHAS DE ASSISTÊNCIA

CORRETOR:

Solução Corretores e Consultores de Seguros SA

Telefone 211 148 045

Fax: 211 148 009

Email: assistencia.toc@solucao.pt

SERVIÇO ASSISTÊNCIA CLIENTES SINISTROS- 707 78 20 50

- Médicos, clínicas, laboratórios e outros prestadores de cuidados médicos da rede de prestadores;
- Processos de comparticipação de despesas médicas;
- Pré-autorizações.

LINHA CARTÕES DE SAUDE (NOVO BANCO) - 707 781 782

- Pedir segunda via do cartão. Confirme primeiro a sua identificação junto do Corretor.