



TRANQUILIDADE



ESCLARECIMENTOS

Plano Zero – oferecido pela CTOC

PERGUNTAS FREQUENTES

O que é o seguro de Saúde da CTOC?

É um seguro de saúde que foi negociado pela CTOC com o Grupo Espírito Santo (Companhia de Seguros Tranquilidade e Banco Espírito Santo) em que, através de um cartão de crédito BES/CTOC, que será emitido para todos os CTOC que tenham a sua inscrição regularizada, identificará os Membros para efeitos do seguro de seguro associado.

O que oferece o seguro de saúde da CTOC?

A CTOC oferece a todos os seus Membros um seguro de saúde Plano 0 com as características seguintes:

Garantias	Limite de Indemnização por pessoa/ano	Franquia	Comparticipação da Tranquilidade Dentro e Fora de Rede	Outras Condições
	Euros			
Hospitalização	€ 50.000	€1.000/ €750 em complementaridade	90%	K max. de € 7

Neste plano garante-se-lhe o pagamento das despesas de Hospitalização, até um capital de 50.000€/ano. O Membro suporta 10% da despesa verificada com o internamento já deduzida da franquia de €1000 por internamento/intervenção cirúrgica, que incidirá sobre o montante a cargo da pessoa segura.

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.M.S. Seguros ou outras instituições equiparadas, a Franquia por Internamento Hospitalar, será de **€750**.

Quando receberei este cartão BES/CTOC?

Até 30 de Junho de 2007. No entanto, não deixe de actualizar os seus dados junto da CTOC, nomeadamente a data de nascimento e a morada, sem a qual não é possível a emissão do cartão e o funcionamento do seguro.



Qual a idade limite de adesão ao seguro de saúde?

A idade limite para inclusão no seguro de saúde para o Membro é de 65 anos. Os Membros que à data de início da apólice (2007-04-01) tenham até 75 anos consideram-se aceites (apenas Plano 0) até 31 de Março de 2008.



E o limite de permanência?

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

Os meus descendentes podem ser incluídos no seguro de saúde?

A CTOC oferece o seguro de saúde (Plano 0) apenas aos seus membros. No entanto, o TOC pode subscrever, a seu cargo, para si e para os seus descendentes em regime de up-grade um de três planos de seguros (UG I, UG II, UG III) que tem à sua disposição.

Os meus ascendentes podem ser incluídos no seguro de saúde?

No seguro, e apenas em regime de up-grade 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 coabitem com o Participante. Assim, não é possível incluir os ascendentes no seguro.

Quando posso utilizar o seguro que a CTOC me oferece?

O seguro tem data início a 1 de Abril de 2007, mas comporta um período de carência de 90 dias, durante o qual as eventuais despesas de saúde não estão cobertas pelo seguro, excepto em situação de acidente que requeira tratamento de urgência em que funciona a cobertura de Hospitalização do Plano 0.

O que é o período de carência?

É o espaço de tempo que difere a eficácia das garantias da Apólice para uma data posterior à do início do contrato.

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

Sim, dado que são seguros independentes, logo são sempre aplicáveis os períodos de carência estipulados.

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

O Cartão BES/CTOC 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 ou para a CTOC** que o informarão do seu número de identificação de pessoa segura. Com esse dado em sua posse pode dirigir-se a qualquer prestador da rede e accionar o seguro.

O que é a cobertura de hospitalização?

É uma cobertura que garante o pagamento das despesas efectuadas pelo Membro em consequência de internamento numa unidade hospitalar.

Qual o âmbito da cobertura de Hospitalização?

A cobertura de hospitalização inclui, além das despesas decorrentes de internamento superior a 24 horas, as despesas realizadas com cirurgias praticadas em hospital em regime ambulatorio, assim como a quimioterapia realizada no hospital em regime ambulatorio.

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%) = $(€35.000 - €750) \times 90\% = €34.250 \times 90\% = €30.825$

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?

A escolha do médico 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 Advance Care – 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?

Directamente no site da CTOC em www.ctoc.pt ou em www.advancecare.pt, consulte onde diz Directório Clínico.

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 ambulatoria, quimioterapia. 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 do seguro?

- Doenças pré-existentes ou acidentes ocorridos antes da data de inclusão no seguro;
- Tratamentos de cirurgia estética ou plástica, tratamentos de rejuvenescimento ou emagrecimento;
- Hemodiálise, transplante de órgãos e 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 do seguro, para ter uma informação mais completa.

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

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.

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 sub-sistema ou contrato de seguro anteriormente accionado.

CONDIÇÕES GERAIS

As Condições Gerais e Especiais aplicáveis ao seguro de saúde oferecido pela CTOC aos seus Membros são o Mod. 242/021 – Abril 2006

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

assist.toc@avs-seguros.pt

Pedro Miguel Marques

Linha TOC -Telefone: 211 148 445

Nº de Fax: 211148449

PORTO

porto@avs-seguros.pt

Nº de Telefone: 220 045 546

Nº de Fax: 220 045 519

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