

QUESTÕES FREQUENTES

INSCRIÇÕES

1. Gostaria de saber que colaboradores podem ser inscritos nos Planos? Quais os familiares que podem também ser inscritos?

Aos Planos de Saúde da ACS, podem aderir por iniciativa própria os colaboradores do Grupo Altice Portugal ou por indicação expressa dos interlocutores das entidades externas, de acordo com as condições contratuais previamente acordadas.

A adesão aos Planos de Saúde é extensível aos familiares diretos (cônjuge e filhos), nas condições previstas no respetivo regulamento, através do preenchimento da ficha de inscrição respetiva (ficha alusiva ao familiar), bem como da apresentação dos demais documentos, indicados no formulário de inscrição.

No site da ACS (<http://www.acs.pt/page/inscricoes-nos-planos-de-saude>), poderão ser consultadas as condições de adesão dos diferentes Planos de Saúde.

2. Como posso aderir a um Plano de Saúde da ACS?

Os colaboradores devem imprimir e preencher as Fichas de Inscrição e Autorização de Débito Direto (quando aplicável), que se encontram disponíveis no site da ACS (<https://www.acs.pt/page/inscricoes-nos-planos-de-saude>) as quais terão de ser remetidas, conjuntamente com os outros documentos indicados, de acordo com o Plano de Saúde pretendido, para a ACS através dos seguintes canais:

- E-mail: atendimento.acs@altice.pt
- Correio CTT: ACS - Associação de Cuidados de Saúde, Apartado 14145, EC 5 Outubro, 1064-002 Lisboa

Se o seu Plano de Saúde não é de uma das empresas do Grupo Altice Portugal, por favor consulte as regras específicas, junto dos RH da sua empresa.

3. Os casais que vivem em união de facto também podem usufruir dos Planos de Saúde?

Os membros que vivem em união de facto com colaboradores do Grupo Altice Portugal, podem aderir aos Planos de Saúde da ACS desde que reúnam as demais condições de acesso aos mesmos.

As inscrições serão aceites quando comprovada a situação de união de facto, ou seja, quando fiscalmente a morada de residência for a mesma. Para o efeito, será necessário entregar os comprovativos abaixo indicados, acompanhados da respetiva ficha de inscrição.

Para inscrição nos Planos de Saúde Corporativos

- Se o beneficiário titular apresentar declaração de IRS em regime de união de facto, terá de apresentar a última nota de liquidação onde se encontram ambos os NIF na mesma morada fiscal;
- Se o beneficiário titular não apresentar declaração de IRS em regime de união de facto, terá de apresentar a última nota de liquidação (com morada) de cada elemento da união de facto, comprovando que ambos têm a mesma morada fiscal.

QUESTÕES FREQUENTES

Para inscrição no Plano de Saúde Clássico:

- O beneficiário titular deve apresentar declaração emitida pela Junta de Freguesia competente, acompanhada de declaração de ambos os membros da união de facto, sob compromisso de honra, de que vivem em união de facto há mais de dois anos e de cópia integral de registo de nascimento (de cada um).

Se o seu Plano de Saúde não é de uma das empresas do Grupo Altice Portugal, por favor consulte as regras específicas junto dos RH da sua empresa.

4. Não sei qual dos Planos de Saúde da ACS devo escolher, quais são as principais diferenças?

O Grupo Altice Portugal disponibiliza aos seus colaboradores dois Tipos de Planos de Saúde Corporativo com dois tipos de benefícios – o Tipo I e o Tipo II – ambos geridos pela ACS - Altice Cuidados de Saúde. A adesão ao Plano de Saúde em qualquer um dos seus Tipos é um ato individual e voluntário de cada um dos colaboradores. Está disponível no site da ACS (<https://acs.pt/page/inscricoes-nos-planos-de-saude>) um comparativo das condições e coberturas assim como o detalhe de cada um dos planos.

Para mais esclarecimentos, os colaboradores poderão contactar a Linha de Atendimento a Beneficiários da ACS 21 311 66 01 (Chamada para a rede fixa nacional) ou através do e-mail: atendimento.acs@altice.pt.

Se o seu Plano de Saúde não é de uma das empresas do Grupo Altice Portugal por favor consulte as regras específicas junto da RH da sua empresa.

5. É possível “mudar” de tipo de Plano Corporativo?

Os beneficiários titulares e respetivo agregado do Grupo Altice em Portugal, de acordo com o definido no texto de cada um dos Planos Corporativos, podem mudar de um plano para o outro desde que cumpram as condições definidas para o efeito e que podem ser consultadas no site da ACS (<https://acs.pt/page/planos-de-saude>). A mudança de um plano para outro apenas pode ocorrer uma única vez, uma vez que não são permitidas reinscrições.

Mais se informa que, de acordo com as regras de cada um dos Planos de Saúde disponíveis no site da ACS (<https://acs.pt/page/planos-de-saude>), caso os beneficiários pretendam cancelar a inscrição, que detêm num determinado plano, não poderão efetuar uma nova inscrição em qualquer dos Planos de Saúde existentes.

Se o seu Plano de Saúde não é de uma das empresas do Grupo Altice em Portugal, por favor consulte as regras específicas junto dos RH da sua empresa.

6. Existe alguma contribuição (quota) que, regularmente, o beneficiário terá de pagar para usufruir do Plano de Saúde?

De acordo com os textos dos Planos de Saúde, as contribuições que são asseguradas pelos beneficiários podem ser consultadas detalhadamente no site da ACS. Consulte as condições específicas do Plano de Saúde do qual é ou pretende vir a ser beneficiário, em <https://acs.pt/page/planos-de-saude>.

Se o seu Plano de Saúde não é de uma das empresas do Grupo Altice em Portugal, por favor consulte as regras específicas junto dos RH da sua empresa.

QUESTÕES FREQUENTES

7. O que é um período de carência?

O período de carência num Plano de Saúde é o **tempo que decorre entre a data da adesão e a data em que as respetivas coberturas e garantias podem ser acionadas.**

Durante este período o beneficiário não pode usufruir das condições de cobertura oferecidas pelo plano de saúde, sendo devido o pagamento das respetivas quotas mensais.

O período de carência (em dias) poderá variar conforme o Plano de Saúde e, em cada um deles, poderá ter duração diferente por coberturas, estando as respetivas carências indicadas no regulamento de cada Plano de Saúde.

Por exemplo:

- Cobertura de parto/cesariana – Este período de carência é de aplicação obrigatória e tem a duração de 300 dias nos Planos Corporativos e de 180 dias no Plano Clássico.

8. Após a adesão ao Plano de Saúde é possível utilizar o mesmo de imediato? Quais os períodos de carência?

De acordo com os textos dos Planos de Saúde, os beneficiários ficam dispensados de períodos de carência desde que a inscrição seja efetuada no prazo máximo de 30 dias após a ocorrência do evento que possibilita a mesma (exceto parto/cesariana, cujo período de carência, de 300 dias, é de aplicação obrigatória). Caso a inscrição não obedeça aos 30 dias acima mencionados, serão aplicados os períodos de carência definidos no âmbito de cada um dos Planos de Saúde e que poderão ser consultados no site da ACS (<https://acs.pt/page/planos-de-saude>).

9. Não tenho comigo o cartão de beneficiário, mas preciso utilizar o Plano. Como posso fazer?

Os beneficiários poderão usufruir dos Planos de Saúde da ACS mesmo que não tenham consigo o cartão de beneficiário ou quando ocorra alguma dificuldade na validação do mesmo pelo prestador. Para o efeito deverá ser solicitado um código de autorização sem cartão através dos seguintes canais:

- Aplicação MyFidelidade: opção bastante simples e imediata
- Telefone: 21 311 66 01 (Chamada para a rede fixa nacional) - opção 4 “condicionalismos, utilização da rede e participações”
- Email: atendimentoacs@multicare.pt

O referido código de autorização também poderá ser solicitado pelos prestadores desde que o NIF (Número de Identificação Fiscal) e número de telemóvel do beneficiário estejam associados ao seu plano, já que, por questões de segurança, quando é o prestador a solicitar o referido código o mesmo é enviado para o telemóvel do beneficiário, ficando válido por 24h.

10. Até quando se pode usufruir dos Planos de Saúde?

De acordo com as regras definidas nos Planos de Saúde, que podem ser consultadas detalhadamente no site da ACS (<https://acs.pt/page/planos-de-saude>), estes poderão ser utilizados pelos seus beneficiários até ao momento em que percam essa qualidade (ex. limite de idade; divórcio (no caso dos cônjuges); cessação do vínculo à empresa).

Conforme definido, qualquer alteração das condições de inscrição deve ser comunicada à ACS no prazo máximo de 30 dias.

QUESTÕES FREQUENTES

11. Existe alguma situação em que os familiares possam manter a sua inscrição no Plano de Saúde, após falecimento do beneficiário Titular?

De acordo com a cláusula 2.2.7 do Plano de Saúde Clássico, os familiares dos beneficiários titulares não perdem a qualidade de beneficiário pelo falecimento do beneficiário titular desde que cumpram os requisitos definidos.

Nesse sentido, o futuro responsável deverá preencher o formulário de Substituição de Titular e remeter para a ACS conjuntamente com o assento de óbito e Formulário de Débito Direto (SEPA).

Para os restantes Planos de Saúde, não é possível o agregado familiar manter-se inscrito após o falecimento do titular.

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÕES

1. Como posso desistir do Plano de Saúde?

Os beneficiários que decidam voluntariamente desvincular-se do Plano de Saúde deverão comunicar, por escrito, a sua intenção à entidade gestora do Plano de Saúde, mantendo-se inalterados todos os seus direitos e deveres, até ao final do mês seguinte àquela comunicação, data em que se efetiva o cancelamento. A desistência do beneficiário-titular implica também a desistência de todo o agregado inscrito.

2. O meu filho vai fazer 26 anos, pode continuar inscrito?

Na maioria dos casos, não. Apenas pode manter a inscrição dos descendentes no seu Plano de Saúde até à véspera do 26º aniversário. A única exceção após esta data, são os descendentes deficientes inscritos no Plano Clássico ao abrigo do ponto 2.2.1.2 ou que tenham atribuição do estatuto de "Grande Doente", conforme definido no ponto 2.2.1.3.

3. Os cônjuges têm limite de idade para manter o Plano de Saúde?

Na maioria dos casos, não, à exceção do Plano Corporativo Tipo I onde os cônjuges e unidos de facto dos beneficiários-titulares apenas poderão permanecer inscritos até completarem 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

4. O meu pedido de desistência tem efeitos imediatos?

Não. O cancelamento produz efeitos no final do mês seguinte ao pedido ter dado entrada na ACS.

5. Após desistência do Plano de Saúde é possível a reinscrição?

No Plano Corporativo Tipo I e Tipo II não é permitida a reinscrição de beneficiários.

No Plano de Saúde Clássico apenas será permitida reinscrição aos beneficiários que reúnam as condições previstas nos pontos 2.2.1.1, 2.2.3 e 2.2.4.

Consulte as condições específicas do seu Plano de Saúde, em <https://acs.pt/page/planos-de-saude>.

QUESTÕES FREQUENTES

6. Vou sair da empresa, mas pretendo subscrever um seguro. Tenho alguma vantagem na Multicare?

Os colaboradores da Altice em Portugal que se desvinculem do grupo, apesar de deixarem de poder usufruir dos Planos de Saúde da ACS, têm a opção de aderirem a um conjunto de seguros de saúde Multicare, através do protocolo estabelecido.

Este protocolo garante condições especiais de acesso ao titular e agregado familiar a seguros de saúde Multicare, de forma independente da Altice / ACS. Consulte as condições específicas, em <https://www.acs.pt/page/protocolos>.

7. Os meus familiares cancelados por limite de idade, podem usufruir de alguma vantagem na Multicare?

Os descendentes e cônjuges que, por limite de idade, perdem direito aos Planos de Saúde da ACS podem usufruir igualmente do protocolo indicado no ponto anterior.

SMD - SERVIÇO MÉDICO AO DOMICILIO

1. Como posso aderir?

Para aderir a este serviço deverá ter em conta os prazos limite de efetivação do pedido (melhor descritos no [Formulário SMD](#)) e a obrigatoriedade de permanência de uma anuidade. Para o efeito deverá remeter o [Formulário SMD](#) devidamente preenchido e assinado para o endereço atendimento-acs@altice.pt

Os beneficiários aderentes participam no custo deste serviço, mediante o pagamento de 2,00€ de quota mensal por agregado familiar inscrito.

2. Quanto pago por cada consulta de médico ou de enfermagem?

Sempre que recorrer ao Serviço Médico ao Domicílio, ficarão ao encargo do beneficiário os seguintes valores:

	Consultas Médicas	Enfermagem
Beneficiários aderentes ao SMD	4,00 €	3,00 €
Beneficiários não aderentes ao SMD e Familiares não beneficiários do Plano de Saúde	49,00 €	30,00 €

3. Como posso pedir uma consulta médica em casa?

Pode solicitar a deslocação da equipa médica/enfermagem (24 horas por dia, 7 dias por semana), através do número 21 311 66 01 (Chamada para a rede fixa nacional), e aguardar a chegada na sua residência (alocada aos dados pessoais constantes na ACS).

Nota: O período de espera pelo prestador do SMD no domicílio pode ser de algumas horas. Assim, este serviço não deve ser usado em situações de urgência e socorro. Nessas situações, chame o 112 ou dirija-se a um hospital.

4. Posso desistir do serviço e reativar?

Pode cancelar o serviço para a anuidade seguinte, obrigatoriamente, mediante comunicação escrita dirigida à ACS (carta ou email) por parte do(a) Beneficiário(a) Titular, acompanhado do [Formulário SMD](#) com a opção de "Cancelamento" assinalada. Os pedidos de cancelamento do serviço surtem efeitos no final do ano, desde que tenham dado entrada na ACS até 30 dias antes do início da

Atualização v1_2023 a 26/07/2023 ATD

QUESTÕES FREQUENTES

anuidade seguinte, ou seja, até 1 de dezembro, para que tenham efeitos a partir do dia 1 de janeiro do ano seguinte.

Este serviço admite reinscrições, desde que respeitadas as regras de anuidade em epígrafe.

COBERTURAS E COMPARTICIPAÇÕES

1. Onde posso consultar os plafonds do meu Plano de Saúde?

Os plafonds de cada cobertura constam dos textos dos Planos de Saúde, os quais podem ser consultados detalhadamente no site da ACS, em <https://acs.pt/page/planos-de-saude>.

2. O que é a franquia e quantas vezes tenho de pagar?

Apenas uma vez por ano, o valor da franquia é anual e corresponde ao montante estabelecido nas cláusulas do seu Plano de Saúde, referente ao encargo integralmente suportado pelo beneficiário, até consumo total da franquia anual.

Consulte as franquias aplicáveis ao seu Plano de Saúde, em <https://acs.pt/page/planos-de-saude>.

3. Qual a comparticipação do meu Plano de Saúde?

De acordo com as condições definidas em cada Plano de Saúde, consulte as condições específicas, em <https://acs.pt/page/planos-de-saude>.

COPAGAMENTOS

1. É efetuado algum pagamento quando se executa algum ato clínico?

De acordo com as condições definidas em cada Plano de Saúde, que poderão ser consultadas no site da ACS, fica à responsabilidade dos beneficiários proceder, junto do prestador, à liquidação do copagamento a seu encargo. Procedimento este igualmente aplicado para o Serviço Médico ao Domicílio.

Se utilizar os Centros Clínicos e Núcleos da ACS, o copagamento não é efetuado no ato, sendo estas despesas posteriormente debitadas, diretamente em vencimento ou por débito direto, de acordo com as regras definidas em cada Plano de Saúde.

2. Onde posso consultar os copagamentos dos serviços que utilizo?

Poderá consultar os seus copagamentos devidamente discriminados nos Avisos de Pagamento emitidos pela ACS mensalmente (exceto serviços de SMD). Os valores de copagamentos são igualmente sujeitos à emissão de uma fatura por parte do prestador de serviços, pelo que esses documentos são igualmente comprovativos desses atos.

3. Porque tenho uma comparticipação na cobertura de ambulatório e depois tenho de pagar sempre um valor fixo nas consultas?

Os encargos nas consultas não são calculados em %, são copagamentos fixos, transversais a todos os beneficiários. Noutros atos realizados em regime Ambulatório, poderá ser aplicada a % de copagamento correspondente ao seu Plano de Saúde, de acordo com a condições específicas de cada um, e desde que o ato não tenha estipulado o pagamento de um valor fixo por cada utilização.

Poderá consultar em detalhe esta informação, nas condições específicas do seu Plano de Saúde, em <https://acs.pt/page/planos-de-saude>.

Atualização v1_2023 a 26/07/2023 ATD

QUESTÕES FREQUENTES

4. Como posso pedir uma declaração de complementaridade para apresentar noutra seguradora ou subsistema de saúde?

As declarações de complementaridade apenas podem ser emitidas pela ACS após a liquidação da totalidade do valor do encargo do beneficiário. Pode ser solicitada por escrito, via e-mail através do atendimento.acs@altice.pt.

As declarações de complementaridade relativas a recibos comparticipados pela Multicare, através do processo de reembolsos, devem ser solicitadas à Multicare através do email atendimentoacs@multicare.pt.

REEMBOLSOS

1. Onde posso consultar o valor comparticipado pelo meu Plano de Saúde?

Os beneficiários dos Planos de Saúde da ACS podem validar se determinado ato é âmbito do plano que usufruem e qual a regra subjacente ao reembolso (percentagem e valor de referência a considerar) através da consulta das regras de comparticipação descritas no respetivo plano, e na “Tabela de comparticipações”, a qual se encontra disponível no site da ACS. Sempre que não encontrem os atos que necessitam, ou pretendam informações mais específicas, os beneficiários poderão questionar a Multicare, remetendo a prescrição dos atos que pretendem realizar ou indicando os códigos ou nomenclatura dos atos, caso tenham essa informação.

Relembramos que alguns dos atos clínicos, mesmo que efetuados fora da rede convencionada da ACS-Multicare, carecem de autorização prévia para serem passíveis de reembolso. Nesse sentido, recomendamos que, antes da execução de qualquer ato clínico, verifique a informação que se encontra disponível na tabela de “Regras e Condicionamentos” de cada um dos Planos de Saúde.

2. Como posso enviar uma despesa para reembolso?

Para solicitar o reembolso das despesas de saúde fora da rede convencionada da ACS-Multicare deverá submeter o pedido de reembolso, preferencialmente, através da Área de Cliente MyFidelidade (APP ou PC). Caso o faça por esta via, não necessita de enviar quaisquer documentos físicos para a Multicare, basta apenas enviar cópia digital dos mesmos (ex. fotografia).

Em alternativa, poderá **enviar o pedido de reembolso por correio CTT para a Multicare**, cumprindo os seguintes passos:

- Preencher o formulário Reembolso de Despesas Médicas, disponível nos Documentos Úteis do site [www.acs.pt](https://acs.pt/page/documentos-uteis-planos-de-saude) (<https://acs.pt/page/documentos-uteis-planos-de-saude>)
- Juntar o recibo original e a prescrição, caso se trate de um ato diferente de consulta, tal como exame médico, tratamento, ou outro, acompanhados da Autorização Prévia pela Multicare, quando aplicável
- Juntar a informação clínica, como exames e relatórios (sendo que a Multicare pode solicitar esclarecimentos ou informação clínica relevante adicional)
- Em despesas previamente comparticipadas, deve juntar declarações das entidades que as comparticiparam, indicando o valor pago.
- Enviar a documentação para a seguinte morada:

QUESTÕES FREQUENTES

Multicare - Seguros de Saúde, S.A.
Apartado 24213
EC Campo Ourique
1251-997 Lisboa

O pedido de reembolso poderá ser também entregue presencialmente nos seguintes locais:

- Centros Clínicos ACS;
- Postos Multicare, nas principais unidades hospitalares: Luz Saúde, CUF e Lusíadas.

O reembolso será realizado de acordo com as condições do seu Plano de Saúde.

3. Existe algum prazo para entrega das despesas para reembolso?

As despesas são válidas para efeitos de reembolso desde que remetidas à Multicare no prazo máximo de 30 dias após a realização do ato clínico. Este prazo é contado a partir da data de emissão do respetivo documento fiscal.

É necessário garantir que o tipo de despesa realizada é âmbito das condições do Plano de Saúde subscrito pelo beneficiário e que o prestador emite o recibo (incluindo o detalhe dos serviços prestados) em conformidade com os valores pagos, com o nome e NIF da pessoa a que se refere a despesa.

Após receção de toda a documentação necessária na Multicare, o processamento das despesas para reembolso decorre aproximadamente num prazo médio de 10 dias úteis, sendo enviado um SMS caso tenha o n.º de telemóvel registado nos seus dados pessoais do seu Plano de Saúde. A este prazo acrescem cerca de 5 dias úteis para a Multicare proceder à transferência bancária do valor de reembolso.

Quando submetido o reembolso via MyFidelidade, pode consultar na aplicação, o estado do mesmo a qualquer momento.

Posteriormente, poderá confirmar o valor reembolsado no seu aviso de pagamento da ACS.

AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS

1. Como posso saber se um ato carece ou não de autorização prévia?

Alguns dos atos clínicos, pelas suas características, carecem de autorização prévia, independentemente do local de realização. Para confirmação da necessidade de autorização prévia, os beneficiários deverão consultar a tabela de Regras e Condicionismos associada ao Plano de Saúde do qual são beneficiários e que se encontra disponível no site da ACS (<https://acs.pt/page/documentos-uteis-planos-de-saude>) ou solicitar esclarecimentos através dos seguintes canais:

- Telefone: 21 311 66 01 (Chamada para a rede fixa nacional) opção 5 "autorizações"
- Email: autorizacoesacs@multicare.pt

2. O que fazer para solicitar autorização prévia?

Os pedidos de autorização devem ser efetuados diretamente à Multicare, preferencialmente pelo prestador em plataforma própria para o efeito. Confirme previamente com o seu prestador.

QUESTÕES FREQUENTES

De acordo com o definido na tabela de “Regras e Condicionais” afeta a cada um dos Planos de Saúde geridos pela ACS e disponíveis no site da ACS (<https://acs.pt/page/documentos-uteis-planos-de-saude>), o pedido deverá contemplar toda a informação clínica necessária, nomeadamente, a prescrição, relatório médico justificativo e local de realização. O pedido deverá ser realizado com a antecedência necessária para que os serviços possam garantir resposta atempada.

Caso seja o beneficiário a formalizar o pedido, nomeadamente em situações de reembolso, a referida documentação deverá ser remetida através de um dos seguintes canais:

- Email: autorizacoesacs@multicare.pt
- Correio: Multicare – Seguros de Saúde, S.A.
Departamento de Gestão Saúde
Apartado 24213
EC Campo Ourique
1251-997 Lisboa

3. Qual o prazo para emissão de uma autorização prévia?

De acordo com o definido na tabela de “Regras e Condicionais” afeta a cada um dos Planos de Saúde geridos pela ACS e disponíveis no site da ACS (<https://acs.pt/page/documentos-uteis-planos-de-saude>), as autorizações serão tratadas num prazo de 5 a 10 dias úteis, conforme detalhe abaixo, desde que o pedido seja acompanhado de toda a informação clínica necessária (prescrição, relatório médico justificativo e local de realização):

- Meios Auxiliares de Diagnóstico (exames): 5 dias úteis
- Internamentos, cirurgias e outros procedimentos com recurso a utilização hospitalar: 5 dias úteis
- Tratamentos de Medicina Física e Reabilitação (MFR): 10 dias úteis
- Estomatologia: 10 dias úteis
- Outros Serviços: 5 dias úteis

Quando o processo de autorização estiver concluído, os beneficiários serão notificados através dos canais formais, preferencialmente, via telemóvel com o envio de um SMS, caso a ACS disponha do registo do nº de telemóvel no Plano de Saúde.

GRANDES DOENTES (exclusivo do Plano Clássico)

1. Como sei se posso ser considerado Grande Doente?

De acordo com o definido no Anexo I do texto do Plano Clássico, considera-se Grande Doente o beneficiário que seja portador ativo de alguma das doenças constantes do referido anexo. Consulte as condições específicas do Anexo I em <https://acs.pt/page/plano-classico>.

2. Como posso pedir o estatuto de Grande Doente?

A atribuição inicial do estatuto de Grande Doente tem que ser solicitada pelo beneficiário, mediante apresentação de documentação clínica, a qual será submetida a aprovação da Direção Clínica. Quando aprovado, o estatuto de Grande Doente produz efeitos à data do respetivo pedido, salvo situações expressamente autorizadas pela Direção Clínica.

Pode submeter o seu pedido via e-mail através do atendimento.acs@altice.pt, juntamente com a seguinte documentação:

Atualização v1_2023 a 26/07/2023 ATD

QUESTÕES FREQUENTES

- Atestado de incapacidade multiusos (opcional);
- Relatórios Clínicos que atestem a(s) patologia(s);
- Relatório de Anatomia Patológica, quando aplicável;

Todos os pontos acima indicados do Plano de Saúde Clássico, encontram-se disponíveis para consulta no site da ACS, através do seguinte endereço: <https://acs.pt/page/plano-classico>.

3. Qual a validade do Estatuto de Grande Doente?

Quando autorizado, a validade do Estatuto de Grande Doente é variável conforme a doença (entre 1 e 5 anos), podendo os prazos ser consultados no Anexo I do plano. Consulte as condições específicas em <https://acs.pt/page/plano-classico>.

4. A validade do meu estatuto de Grande Doente está a terminar. Como posso renovar?

Por norma, a reavaliação da atribuição do estatuto de Grande Doente, será da iniciativa da entidade gestora do Plano de Saúde, mas os beneficiários podem, por sua iniciativa, solicitar a sua renovação, remetendo um processo clínico com informação atualizada nos 6 meses antes de terminar a validade.

É obrigatório o envio da seguinte documentação:

- O formulário de “Atualização de condições do estatuto de Grande Doente (GD)” com os dados do beneficiário devidamente preenchidos;
- **Cópia de relatórios médicos** a anexar como meios de prova (relatório médico atual e detalhado);
- Os beneficiários que possuem **Atestado de Incapacidade Multiuso** válido devem anexar cópia.

LINHA DE CRÉDITO (exclusivo do Plano Clássico)

1. O que é a linha de crédito?

A “linha de crédito” é um processo automático de cálculo de prestações para liquidação de copagamentos na cobertura de internamento, e é um benefício exclusivo para os beneficiários do Plano de Saúde Clássico da Meo, S.A.

2. Qual a percentagem que tenho de pagar mensalmente na linha de crédito?

A percentagem da prestação é calculada automaticamente, ao abrigo da Linha de Crédito autorizada pela Meo, SA, sendo o valor mensal a pagar equivalente a 7,5% do valor da remuneração, para o caso de remunerações até € 2.000,00, e 15% para remunerações superiores a € 2.000,00.

3. Tenho um Plano Corporativo. Posso usufruir da linha de crédito?

Não, a linha de crédito é um mecanismo exclusivo, de longa data, para o Plano Clássico. Contudo, poderá solicitar apoio financeiro para liquidar copagamentos elevados (sob condições), tendo a ACS alternativas à linha de crédito, para os beneficiários dos Planos Corporativos. Para mais informações, contacte o Atendimento da ACS através dos canais habituais.

QUESTÕES FREQUENTES

4. Posso liquidar o copagamento, na totalidade, sem usufruir da linha de crédito?

Sim. Mediante pedido escrito à ACS, pode solicitar o pagamento total do seu encargo, devendo enviar o respetivo pedido após receção do Aviso de Pagamento com o valor da primeira prestação.

5. Estão a debitar-me um valor mensal de linha de crédito elevado. Posso fasear em prestações?

Não. A linha de crédito, em si, já é um faseamento em prestações do valor total a pagar, pelo que não é possível fasear o valor das mensalidades em novas prestações. A prestação é calculada automaticamente, sendo a prestação equivalente a 7,5% do valor da remuneração, para o caso de remunerações até € 2.000,00, e 15% para remunerações superiores a € 2.000,00.